

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

**Indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA per i Servizi di Attivita' di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR) in ambito sanitario, con riferimento ai consumi e agli abusi di sostanze psicoattive e alle dipendenze patologiche.**

A relazione dell'Assessore Saitta:

Premessa:

La Riduzione del danno/Limitazione dei Rischi (di seguito RdD/LdR), secondo la letteratura internazionale e le linee guida europee è, insieme, un approccio, una politica e un sistema di interventi e mira a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società (OEDT - Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze con sede a Lisbona). Più in generale è un insieme di strategie, politiche sociali e azioni messe in atto dai servizi sanitari, dalle associazioni e dagli individui per ridurre le conseguenze (fisiche e sociali) negative associate ad alcuni tipi di comportamenti, legali o illegali.

Dagli anni '80 la RdD ha ridisegnato le politiche sulle droghe in tutto il mondo e soprattutto in Europa, dove è entrata a far parte strutturalmente sia della Strategia che dei Piani d'Azione comunitari sulle droghe ed è considerata pilastro fondante delle politiche dell'Unione. Come approccio, infatti, essa vede l'uso di droghe come fenomeno sociale complesso, ampiamente normalizzato, non riducibile in termini di malattia o, peggio, di devianza, e caratterizzato da una pluralità di modelli di consumo, la maggioranza dei quali compatibili con la vita dei singoli e delle comunità. La prospettiva della RdD/LdR è, in questo scenario, pragmatica e realistica: promuove un governo del fenomeno (versus l'ideologica e impraticabile meta del "consumo zero") attraverso due, interconnesse, direttrici: la valorizzazione e la costruzione di contesti di minimizzazione del rischio e del danno, grazie a politiche e interventi negli ambiti sociale, sanitario, normativo e dei contesti urbani; e la promozione e il sostegno delle competenze e delle strategie di chi consuma, mirate a un uso più sicuro, autoregolato, sostenibile.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA) ha incluso tra i più importanti ed efficaci interventi di RdD/LdR:

- Interventi di strada / nei setting naturali (Outreach interventions)
- Programmi di scambio siringhe (Needle Syringe Programs NSP)
- Programmi con terapie sostitutive per gli oppiacei (Opioid Substitution Treatments OST)
- Stanze del consumo (Drug Consumption Room DCR)
- Analisi delle sostanze nei setting naturali (Pill testing / Drug checking programs)
- Interventi di RdD/LdR in ambito penitenziario
- Programmi di distribuzione del naloxone (Take Home Naloxone THN)

Il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARD), approvato con D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012, evidenzia come nel 2010 il 4,9% dei soggetti trattati era sieropositivo per HIV, il 30,7% era sieropositivo o vaccinato contro l'infezione da HBV e il 34% era sieropositivo per HCV. Questi dati rappresentano probabilmente una sottostima dei soggetti infettati da questi virus. La proporzione di soggetti sottoposti al test è, infatti, bassa. Escludendo dal calcolo i soggetti trattati per cannabis, tabacco, gambling e disturbi alimentari la proporzione di soggetti testati, risulta

insoddisfacente: il 53,4% per HIV, il 79,2 per HBV e il 62,6 per HCV. Pertanto, gli obiettivi generali prioritari sono mirati:

- ad aumentare la quota in trattamento di soggetti consumatori di eroina, non perdendo i casi già in carico, e aumentando i casi non ancora conosciuti dai Ser.D. Questo deve diventare un obiettivo dei Ser.D. per la ritenzione in trattamento degli eroinomani e obiettivo prioritario e prevalente delle Unità di Strada e altre iniziative outreach per raggiungere con atteggiamenti attivi la popolazione sommersa;
- ad aumentare la continuità assistenziale fra le varie fasi di intervento e fra le diverse unità operative: dalle unità mobili per il contatto precoce all'inclusione in programmi di trattamento; dai Ser.D. ai servizi specialistici deputati al trattamento delle patologie correlate, il passaggio dal carcere alla vita libera;
- ad aumentare le attività di screening per le patologie correlate e delle vaccinazioni per l'epatite B ed epatite C.

La Relazione al Parlamento del 2016 a cura del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri sottolinea come:

- sia fondamentale una politica bilanciata e basata sui cosiddetti “quattro pilastri” (contrasto al narcotraffico, prevenzione, cura – riabilitazione e riduzione del danno), già adottata e raccomandata dalla Commissione Europea. Inoltre, mette in evidenza come tra gli utenti monitorati nei Ser.D. per patologie infettive vi è un'importante disomogeneità nella proporzione di utenti testati che rende l'interpretazione dei dati sulla positività ai marker per le patologie infettive qui trattate critica per le differenze rilevate;
- sia comprovato che le misure di riduzione del rischio e del danno sono la chiave per prevenire la diffusione del virus HIV/AIDS e altre malattie infettive trasmissibili per via ematica e sessuale (tra cui HCV e HBV), migliorando così la salute pubblica e riducendo la mortalità diretta e indiretta legati alla droga.

Il Progetto nazionale denominato “PPC2” (Prevenzione Patologie Correlate all'uso di sostanze), finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha diffuso nel 2017 le “Nuove Linee di indirizzo per lo screening e la diagnosi delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze nei Servizi per le Dipendenze” (realizzate dall'Istituto Superiore di Sanità con la collaborazione attiva del Gruppo Tecnico Interregionale Dipendenze della Commissione Salute). Dal progetto emerge che, nonostante gli sforzi compiuti nel tempo volti

alla prevenzione dell'HIV/AIDS, si registra oggi, nell'ambito della popolazione in carico ai Ser.D italiani, una bassa proporzione di persone testate per le principali patologie infettive, a livello nazionale. Risulta, quindi, indispensabile incrementare le attività di screening delle principali patologie infettive tra gli utenti dei Servizi per le dipendenze, attraverso efficaci procedure di offerta dei test nell'ambito di un più ampio e articolato spettro di azioni di informazione, sensibilizzazione e prevenzione rivolto alla popolazione generale.

Inoltre, l'utenza a carico dei Ser.D si è profondamente modificata nel corso degli anni con l'aumento relativo di persone che riportano modalità di assunzione non endovenosa di sostanze diverse dall'eroina. In considerazione dell'effetto di tali sostanze sui comportamenti individuali, inclusi quelli a livello sessuale, tale popolazione presenta, comunque, un rilevante rischio di contrarre patologie infettive, tra le quali quelle da HIV, HBV, HCV e la sifilide.

In particolare, una diagnosi tardiva di infezione da HIV aumenta il rischio di arrivare ad una fase conclamata della malattia (AIDS) e riduce la probabilità di un adeguato recupero immunologico a seguito del trattamento farmacologico. In maniera analoga, la consapevolezza di essere soggetto ad un'infezione cronica trasmissibile quale quella da HBV, da HCV e la sifilide, può consentire l'adozione di comportamenti che evitino la trasmissione dell'infezione e favorire un trattamento farmacologico efficace.

È, quindi, opportuno coinvolgere tutte le tipologie di Servizi per il contrasto alle dipendenze (Ser.D, Servizi di alcologia ecc.) in adeguati programmi di prevenzione delle principali patologie infettive associate alle dipendenze basati sulla riduzione del rischio comportamentale (iniettivo, sessuale ed igienico-sanitario) e su una tempestiva diagnosi e terapia.

Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS), approvato con Intesa Stato Regioni -Rep. Atti n. 180/CSR del 26.10.2017 - e recepito con la D.G.R. n. 32-8458 del 22.2.2019 evidenzia come la popolazione italiana abbia una conoscenza del virus HIV in termini essenziali e che, contemporaneamente, ha scarse informazioni in molti ambiti specifici, in particolare in quello preventivo. Inoltre, risulta altresì scarso il ricorso al Test HIV.

Tra gli obiettivi prioritari degli interventi previsti nel Piano diversi sono quelli ricompresi in interventi di RdD e LdR come, ad esempio:

- Delineare e realizzare progetti finalizzati alla definizione di modelli di intervento per ridurre il numero delle nuove infezioni.
- Facilitare l'accesso al test e l'emersione del sommerso
- Garantire a tutti l'accesso alle cure

Infatti, è ampiamente comprovata l'efficacia di interventi finalizzati a ridurre i comportamenti a rischio (esercizio consapevole della sessualità, miglioramento dell'adesione alla terapia, corretto uso del profilattico maschile e femminile, counselling) agendo soprattutto con interventi di riduzione del rischio e del danno nelle popolazioni chiave: ad esempio attraverso l'implementazione di programmi di offerta gratuita e sostituzione di siringhe sterili e di distribuzione di profilattici maschili e femminili, programmi di offerta attiva del test HIV, terapia sostitutiva, interventi sulle persone con Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST).

Il Piano Regionale di Prevenzione, approvato con D.G.R. n. 27-7048 del 14 giugno 2018, fissa obiettivi, programmi e azioni da intraprendere per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie, in raccordo con i diversi ambiti sanitari e con altri settori le cui politiche impattano sulla salute delle persone. In specifico nell'ambito del *Programma 8 - Prevenzione e controllo delle malattie trasmissibili* sono stati previsti obiettivi mirati alla prevenzione dell'HIV:

- l'attuazione del *Piano di offerta del test HIV* in Piemonte prevedendo a seconda delle specificità locali gli strumenti e le modalità organizzative più idonei per una efficace applicazione;
- la riorganizzazione della rete dei Centri IST tramite l'unificazione dei tre Servizi della Città di Torino, in modo tale da assicurare una risposta esaustiva non solo in termini di diagnosi e trattamento delle infezioni sessualmente trasmesse, ma riguardo alla salute sessuale nel suo complesso. Una serie di azioni indicate dal Piano regionale summenzionate includono pertanto interventi di RdD e LdR.

Pertanto, considerato che:

Il Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010, approvato con L.R. 18 del 6.08.2007, stabilisce come l'attuale organizzazione dei servizi nel territorio preveda l'accesso diretto ai servizi a bassa soglia; In questi contesti la persona viene presa in carico non solo per lo specifico problema di cui è portatrice, ma anche per tutti gli altri aspetti, al fine di individuare il terreno di intervento più appropriato.

Nell'ambito dell'area della "Patologia delle Dipendenze" nel PSSR 2007-2010 si afferma che:

- *"persiste ancora, in parte dell'opinione pubblica e nel mondo dei decisori politici, una visione dicotomica, semplificata ed arretrata, della contrapposizione sviluppatasi in anni passati: trattamento farmacologico o invio presso comunità, SERT o privato, riduzione del danno o avvio di percorsi di cura e reinserimento sociale e così via"*;

- nelle aree dei servizi a bassa soglia e di riduzione del danno, molti progetti innovativi sono stati caratterizzati da discontinuità e da una sorta di 'cronicizzazione della sperimentazione in quanto raramente sono stati incorporati nel sistema dei servizi;
- l'erogazione di interventi di riduzione del danno (RdD) che abbiano superato la prova dell'evidenza di efficacia come attività ordinarie, in tutte le ASL.;

con la D.G.R. n. 48-9094 del 1.07.2008 sono state approvate le disposizioni regionali in materia di organizzazione dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze e le indicazioni per la predisposizione dei Piani Locali delle Dipendenze.

Nell'allegato "1" al provvedimento succitato, nella tabella intitolata "Criticità e obiettivi per i Piani Locali delle Dipendenze", si è disposto affinché in ogni Dipartimento di Patologia delle dipendenze venga avviato almeno un progetto di riduzione del danno.

con la determinazione n. 957 del 22.12.2008 sono stati individuati i beneficiari dei fondi regionali per i Servizi di bassa soglia e di riduzione del danno e le prescrizioni a cui i beneficiari medesimi dovevano attenersi.

con la D.G.R. n. 61-12251 del 28.09.2009 di "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento nonché le procedure previste per l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali delle strutture private di assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica – revoca della D.G.R. n. 49-9325 del 12.05.2003", all'art. 11, sono stati approvati i nuovi standard di funzionamento per i servizi denominati "Drop-in" e per i servizi denominati "Unità di strada";

con la D.G.R. n. 63-13648 del 22.03.2010 è stato approvato il Piano regionale dei Servizi di bassa soglia e di riduzione del danno con contestuale stanziamento del fondo regionale di €1.023.171,00 destinato al potenziamento dei servizi già attivi sul territorio regionale;

con il DCPM del 12 gennaio 2017 (*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*), pubblicato in G.U. Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017, all'Art. 28 (*Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche*), comma "1" lett. "k" sono stati individuati gli "interventi di riduzione del danno".

Per quantificare la stima dell'impatto economico sul F.S.R. il Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e socio sanitari della Direzione Regionale Sanità ha chiesto alle Direzioni Generali delle ASL i costi attualmente sostenuti dai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze e la stima degli stessi necessari per implementare tutte le attività individuate nell'Allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Constatato che con D.G.R. n. 23-8257 del 27.12.2018 di assegnazione delle risorse al S.S.R., Tabella B/2 – 2° livello: Assistenza Distrettuale sono stanziati risorse per le dipendenze patologiche (euro 84.500.000) e per la dipendenza gioco d'azzardo (euro 3.701.686) per un importo complessivo pari a euro 88.201.686.

Dall'analisi e valutazione si evince che le prestazioni/attività attualmente sostenute dalle ASL ammontano a euro 1.798.271,85 mentre la stima dei costi da sostenere rispetto a tutte le prestazioni/attività previste dall'allegato "A" ammonta, indicativamente, a euro 2.000.000/anno. L'importo dei costi aggiuntivi, anche se in fase di prima applicazione, devono comunque trovare copertura economica all'interno della quota di finanziamento annualmente attribuito alle ASL, così come indicato nella D.G.R. n. 23-8257 di assegnazione delle risorse al S.S.R., Tabella B/2 – 2°

livello: Assistenza Distrettuale - stanziamento risorse per le dipendenze patologiche pari a euro 84.500.000 e pertanto non comporta oneri aggiuntivi rispetto a quelli già stanziati.

Per quanto sopra menzionato, si propone pertanto l'approvazione del presente provvedimento con i contenuti di cui all'Allegato "A", inerente l'elenco e la descrizione delle prestazioni, attività e contesti degli interventi di Riduzione del Danno – Limitazione dei Rischi.

Con successiva determinazione dirigenziale, considerata la fase di prima applicazione in modo omogeneo e graduale sul territorio regionale delle prestazioni LEA nell'ambito dei Servizi/Attività di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR), si individueranno le quote del fondo regionale che le singole ASL destineranno alle attività/progetti indicati nell'Allegato "A", tenuto conto dei progetti di carattere regionale-sovralocale e/o di particolare interesse ("Neuttravel" presso ASL TO4, progetto "PIN" presso l'ASL Città di Torino, etc.) che alcune ASL hanno da tempo attivato e rientranti, comunque, tra gli interventi di RdD e LdR .

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR 1-4046 del 17 ottobre 2016.

La Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge;

visto il Testo aggiornato del TU 309 del 1990 pubblicato sul Supplemento Ordinario della G.U. n. 62 del 15.03.2006;

vista la D.G.R. n. 27-4183 del 23.7.2012;

visto il DCPM del 12 gennaio 2017;

visto Il Piano Nazionale di interventi contro l'HIV e AIDS (PNAIDS), approvato con Intesa Stato Regioni.108/CSR del 26 ottobre 2017;

visto il Piano Regionale di Prevenzione, approvato con D.G.R. n. 27-7048 del 14 giugno 2018;

vista la D.G.R. n. 23-8257 del 27.12.2018;

vista la D.G.R. n. 32-8458 del 22.2.2019;

la Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

*delibera*

-di approvare gli indirizzi per la prima applicazione, in modo omogeneo sul territorio regionale, delle prestazioni LEA nell'ambito dei Servizi/Attività di Riduzione del Danno (RdD) e di limitazione dei rischi in ambito sanitario rispetto ai consumi e agli abusi di sostanze psicoattive e alle dipendenze patologiche, secondo quanto indicato nell'Allegato A contenente l'elenco e la descrizione delle attività/progetti e i contesti degli interventi di Riduzione del Danno – Limitazione dei Rischi che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

-di dare atto che le prestazioni/attività attualmente sostenute dalle ASL ammontano a circa euro 1.798.271,85 mentre la stima dei costi previsti rispetto a tutte le prestazioni/attività indicate dall'allegato "A" ammonta a circa euro 2.000.000/anno;

-di dare atto che l'importo dei costi previsti, deve trovare copertura economica all'interno della quota di finanziamento annualmente attribuito alle ASL, così come indicato nella D.G.R. n. 23-8257 di assegnazione delle risorse al S.S.R., Tabella B/2 – 2° livello: Assistenza Distrettuale -

stanziamento risorse per le dipendenze patologiche pari a euro 84.500.000 e pertanto non comporta oneri aggiuntivi rispetto a quelli già stanziati;

-di demandare a successiva determinazione del Dirigente del Settore dei Servizi sanitari e sociosanitari, per l'attuazione, in fase di prima applicazione, in modo omogeneo e graduale sul territorio regionale delle prestazioni LEA nell'ambito dei Servizi/Attività di Riduzione del Danno (RdD) e di Limitazione dei Rischi (LdR), l'individuazione delle quote del fondo regionale che le singole ASL destineranno alle attività/progetti indicati nell'Allegato "A".

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

## **LIVELLI ESSENZIALI della Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR)**

### **Premessa**

#### **Gli interventi di Riduzione del Danno / Limitazione dei Rischi (RdD/LdR) in ambito sanitario rispetto ai consumi e agli abusi di sostanze psicoattive e alle dipendenze patologiche.**

Gli interventi di riduzione del danno in Italia risalgono ai primi anni '90, annoverano ormai più di 25 anni di operatività, e sono diventati pratica validata e consolidata. Gli ultimi indirizzi orientativi di riferimento per gli operatori dei servizi socio-sanitari risalgono alle Linee guida elaborate nel 2000 dal Ministero della Salute (allora Ministero della sanità) e successivo aggiornamento del 2008 (a cura del Comitato scientifico presso il Ministero Affari sociali), ed al Piano d'azione nazionale 2008-2012 del Ministero "Affari sociali".

Il recente DCPM del 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017, relativo all'aggiornamento che viene richiesto rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.), include (art. 28, lettera K) gli interventi di RdD/LdR. L'obiettivo della definizione dei L.E.A. della RdD/LdR consiste nell'acquisire una uniformità di prestazioni (regionali e nazionali), superando le differenze e disparità di interventi che non dipendono dalla diversità dei bisogni dei differenti contesti , ma dall'omissione di interventi necessari ed indispensabili.

Nel suo evolversi nel tempo, dal contrasto alle overdosi e all'epidemia di HIV innestatasi sul consumo per via endovenosa delle persone tossicodipendenti, fino ad oggi, la RdD/LdR si è prima imposta come “quarto pilastro” ( affiancandosi alla repressione del narcotraffico, alla prevenzione e alla cura-riabilitazione) assumendo progressivamente rilievo nelle Raccomandazioni degli indirizzi dell' Unione europea agli Stati membri in tema di interventi sulle droghe (cfr. Raccomandazione Consiglio d'Europa, giugno 2003, Strategia e Piani d'Azione europei); in seguito la RdD/LdR. si è affermata come approccio e principio ispiratore delle politiche complessive di governo dei territori, in particolare le aree metropolitane, con l'obiettivo di coniugare con modalità sinergiche una complessità di azioni strategiche condotte da agenzie diverse ma convergenti sugli obiettivi di sanità pubblica e di sicurezza urbana.

Secondo EMCCDA e Harm Reduction International (HRI) si definisce la RdD/LdR come *“Un insieme di politiche, programmi e interventi mirati a ridurre le conseguenze negative del consumo di droghe, legali e illegali, sul piano della salute, sociale ed economico, per i singoli, le comunità e la società, fortemente inserita negli ambiti della sanità pubblica e dei diritti umani”*.

Gli interventi di RdD/LdR si caratterizzano per il loro marcato pragmatismo, per il ruolo di centralità conferito alle persone coinvolte ed alle loro competenze di autoprotezione e responsabilità, per la valorizzazione del contesto sociale come fattore di contenimento dei rischi. Essi si integrano, e sono interconnessi, sia con gli interventi di cura che di prevenzione. Per quanto concerne il trattamento, il lavoro delle Unità di strada e dei drop-in funge spesso da “ponte” nel raccogliere la motivazione e sostenere l'accesso a programmi riabilitativi, fornendo un contributo iniziale alla modificazione degli stili di vita. Rispetto all'ampio arco degli interventi di prevenzione, tutte le azioni di outreach, proiettate nelle diverse realtà territoriali, costituiscono una inevitabile componente all'interno di un articolato continuum di azioni. Il mutamento del mercato delle sostanze psicoattive (non solo NPS tramite internet), e delle modalità e degli stili di consumo, richiedono un periodico aggiornamento degli interventi di RdD/LdR e una continua attività di ricerca.

Per quanto riguarda sia la riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze psicoattive che le iniziative di limitazione dei rischi viene privilegiato “l'approccio di combinazione” (*combination intervention*) degli interventi (secondo l'EMCDDA, nella RdD/LdR, la combinazione integrata di più servizi e prestazioni che concorrono a una maggior efficacia dei risultati rispetto a un dato obiettivo)<sup>1</sup>.

La RdD/LdR si realizza pertanto attraverso l'associazione di più interventi combinati:

- Tramite la trasmissione di corrette informazioni sui rischi connessi all'assunzione delle diverse sostanze psicoattive, l'obiettivo è di accrescere, individualmente e in gruppo, le conoscenze dei fruitori e stimolare scelte consapevoli e responsabili.
- Tramite le azioni di counselling, con modalità tipicamente informali, ad ogni intervento di riduzione del danno e di limitazione dei rischi, si individualizza l'approccio più efficace nei confronti delle differenti soggettività e dei diversi riferimenti culturali dei consumatori.
- Tramite il coinvolgimento e la valorizzazione delle competenze dei consumatori che possono essere utilmente ingaggiati anche nel supporto tra pari.
- Tramite la messa a disposizione di presidi sanitari (es. siringhe sterili, profilattici, naloxone...)
- Tramite la costituzione di servizi predisposti (es. Drop in, Unità di strada...) e la definizione di funzioni e prestazioni mirate RdD/LdR all'interno del sistema dei servizi preposto alla cura delle dipendenze patologiche, che fa capo al Dipartimento per le Dipendenze.
- Tramite il collegamento e l'integrazione con gli interventi di altre istituzioni e servizi, in primo luogo dei servizi sociali e per gli adulti in difficoltà.
- Tramite il costante coordinamento, verifica e ridefinizione degli interventi, che richiedono l'aggiornamento e la formazione continua degli operatori

---

<sup>1</sup> in EMCDDA (2010) Harm Reduction. Evidence, impact and challenge, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>

**Livelli Essenziali di Assistenza della Riduzione del danno/Limitazione dei Rischi (RdD/LdR)****a) Prestazioni di RdD/LdR**

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
Counselling	Il counseling è una tecnica di colloquio che mira a sostenere e abilitare la persona a prendere decisioni utili per la propria vita. In ambito di RdD/LdR, in particolare, la metodologia include l'approccio del counseling breve, che si basa sulla centralità della persona (counseling client oriented), sulla sua titolarità a definire i propri obiettivi. Opera nella direzione dell'uso sicuro e dell'autoregolazione dei consumi, della prevenzione dalle IST e di altri danni correlati. Riconosce, valorizza e sostiene le competenze del consumatore. Il counselling per la RdD/LdR interviene in ogni fase della traiettoria di consumo, non ha obiettivi predeterminati, opera step by step verso modalità di uso funzionali e meno rischiose. Il counselling può avvenire on line, anche attraverso l'utilizzo di programmi di automonitoraggio e self management del consumo, chat e e-counselling con operatori professionali e forum o blog tra pari.	Carcere; Ser.D; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in; Website di consulenza on line		Il counseling offerto a persone migranti ove necessario deve potersi avvalere della mediazione culturale
Materiale informativo	Flyer cartacei e/o virtuali da distribuire nei setting di uso e nei servizi o tramite web, esplicativi delle caratteristiche delle sostanze legali e illegali secondo un approccio scientifico, degli effetti desiderati e indesiderati, dei comportamenti utili a promuovere un uso consapevole e funzionale alla vita del consumatore, a ridurre rischi e danni potenzialmente correlati all'uso e alle diverse	Carcere; Ser.D; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in; Consulenze on line		Il materiale offerto a persone migranti deve prevedere la traduzione nelle diverse lingue; le informazioni offerte devono considerare eventuali specificità di genere; per una maggiore adeguatezza delle informazioni e una

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
	<p>modalità di assunzione.</p>			<p>migliore efficacia comunicativa, è raccomandato includere i destinatari nel processo di redazione dei messaggi e delle informazioni</p>
<p>Materiali per l'uso sicuro di droghe</p>	<p>Distribuzione gratuita di materiali a scopo di promozione di modalità sicure di assunzione e di prevenzione dei rischi e dei danni potenziali legati all' assunzione di sostanze. In relazione ai diversi pattern e setting di uso, distribuzione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• materiale sterile per l'assunzione per via iniettiva (siringhe, fiale di vetro di acqua sterile, tamponi disinfettanti)</li> <li>• materiale sterile per altre vie di assunzione (inalazione o fumo): cannucce monouso, lamina di alluminio idonea all'uso</li> <li>• altro materiale di profilassi: es- profilattici per la prevenzione delle IST</li> <li>• distribuzione di liquidi per prevenire la disidratazione</li> <li>• tutti gli altri presidi utili a prevenire rischi correlati a specifiche modalità / setting di uso</li> </ul>	<p>Carcere; SerD; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in; Erogatori automatici sul territorio; Eventuali altri servizi / attività sul territorio in contatto con i destinatari</p>	<p>I materiali forniti devono rispettare specifici criteri di qualità, in relazione allo specifico uso da parte dei destinatari (ad esempio siringhe adeguate, lamina d'alluminio atossica).</p>	<p>Ai fini di ampliare la rete di distribuzione di alcuni dei presidi citati, è auspicabile l'attivazione di altri attori del territorio, in ambito sanitario (farmacie, medici di base) e non sanitario (servizi sociali, dormitori, gestori di locali), adeguatamente informati e accompagnati da operatori della RdD/LdR, secondo l'approccio del lavoro di rete e dell'empowerment di comunità locale. Allo scopo di valutare l'adeguatezza dei materiali, è auspicabile il coinvolgimento dei destinatari, anche attraverso le associazioni d'interesse, e degli operatori del settore. In riferimento agli interventi nei luoghi del divertimento, è necessario che nell'organizzazione degli interventi si possa</p>

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
				<p>garantire, attraverso la sensibilizzazione degli organizzatori e delle amministrazioni locali, la fornitura gratuita di acqua, come strumento di tutela della salute</p>
<p>Drug checking</p>	<p>Identificazione e analisi delle sostanze psicoattive - attraverso l'utilizzo di diverse metodiche e strumenti disponibili - all'interno dei contesti del consumo e nei servizi di RdD/LdR, e contestuale restituzione ai consumatori delle informazioni così acquisite, al fine di migliorare le loro conoscenze circa composizione ed effetti delle droghe presenti sul mercato, con attenzione particolare alle NSP, e accrescere la capacità di auto protezione e contenimento dei rischi potenziali. Il drug checking favorisce la relazione e l'attività di counselling rivolto ai consumatori nel rispetto degli standard di garanzia della privacy. Consente al tempo stesso di aumentare la conoscenza degli operatori circa i modelli di consumo e il loro monitoraggio, valorizza le competenze dei consumatori e si interfaccia con il sistema di allerta nazionale e regionale SAR sulle pericolosità delle sostanze, in funzione della limitazione dei rischi e dei danni</p>	<p>SerD; Interventi di outreach (contesti ed eventi del loisir, legali e illegali, tranne eventi a carattere popolare e tradizionale quali sagre ecc; tutte le modalità di intervento, con unità mobile o meno); Drop in.</p>	<p>Analisi sul campo: attivare il Drug Checking nei progetti di Outreach e nei Drop In</p> <p>Analisi in laboratorio (definire protocolli di collaborazione tra DPD e i Laboratori di Tossicologia Forense per l'analisi delle sostanze, ai fini diagnostici).</p>	<p>Il drug checking è auspicabile per tutte le sostanze di cui non si conosca qualità e composizione a causa del loro statuto illegale, dunque sia per le sostanze “quali oppiacei e cocaina sia per quelle sintetiche e NPS. Per questa ragione, può essere effettuato sia in contesti informali e setting naturali di uso che presso i servizi. E' raccomandata l'implementazione di un servizio appositamente dedicato all'analisi, alla restituzione contestuale e al counselling, in tempi rapidi. Nei setting commerciali (locali, discoteche) e negli eventi organizzati, legali e illegali, la sua effettuazione è preceduta da accordi con gestori e organizzatori, al fine di garantire la massima accessibilità ed efficacia e</p>

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
				disporre di un contesto relazionale adeguato e che garantisca l'anonimato.
Alcoltest	L'utilizzo dell'etilometro permette di effettuare un efficace lavoro di prevenzione rispetto al comportamento a rischio di guida in stato di ebbrezza; favorisce inoltre la relazione e la possibilità di effettuare counselling per la promozione di un consumo più consapevole di alcool.	SerD; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in.	Dotazione di un etilometro per ogni intervento di outreach e drop in	Oltre all'utilizzo di etilometri elettronici, possono essere utilizzati e distribuiti etiltest chimici monouso, specifici per neo patentati
Presidio sanitario nei setting naturali di uso e negli interventi di outreach	Interventi / presidi che prevedono la presenza di personale infermieristico e/o medico con esperienza nel settore del consumo e delle dipendenze. Nell'ambito dei contesti di divertimento e del loisir per Presidio infermieristico-sanitario si intende un'area sanitaria attrezzata, mobile e adattabile ai diversi contesti, formali e informali. Presta assistenza sanitaria e primo soccorso attraverso triage, monitoraggio delle situazioni sanitarie e l'eventuale richiesta dell'intervento del soccorso avanzato qualora necessario	Interventi di outreach (in tutti i contesti, tranne eventi a carattere popolare e tradizionale quali sagre ecc; tutte le modalità, con o senza unità mobile)	Da prevedere almeno per i progetti a carattere regionale. E' raccomandata la stipula di un protocollo ad hoc con il 118 regionale, accompagnata da momenti di formazione comuni.	
Screening base HIV, HCV, HBV, Sifilide, ..	Offerta di screening infettivologico Hiv, Hcv, Hbv e sifilide anche attraverso test salivari (HIV-HCV) in setting formali e informali e nei servizi, in forma consensuale, anonima e gratuita; effettuazione del test e restituzione degli esiti con counselling mirato all'informazione, alla prevenzione e limitazione dei comportamenti a rischio, nonché eventuale accompagnamento alle Unità di malattie infettive e ai trattamenti indicati.	Carcere; SerD; interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in; Presso le sedi di associazioni di volontariato riconosciute (laddove possibile).	Offerta di screen., anche con test salivari (HIV-HCV), in tutti gli amb. SerD, Drop In, interventi di Outreach, almeno 1 volta/anno, come da debito SIND. Lo screen. deve essere offerto gratis a tutti gli afferenti ai servizi, compreso i partner di paz. positivi.	L'offerta del test HIV può essere realizzata anche attraverso, e in pieno accordo, con le associazioni di volontariato riconosciute che si dedicano alla prevenzione e alla lotta alla malattia.

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
Naloxone	<p>- Distribuzione gratuita di naloxone ai consumatori e alle loro reti prossime (famigliari e amicali) per incentivare un'azione diffusa e una rete capillare per la prevenzione delle morti per overdose da oppiacei. Il quadro normativo italiano stabilisce che il naloxone sia un farmaco da banco, utilizzabile da tutti i cittadini anche privi di competenze sanitarie, date le sue caratteristiche farmacologiche che ne fanno un farmaco salvavita sicuro, privo di particolari rischi ed effetti indesiderati.</p> <p>La consegna del farmaco avviene nei servizi e nei contesti di intervento con la consulenza degli operatori professionali e/o pari, attraverso interventi di informazione e formazione – individuale e di gruppo- e consulenza individuale mirata a un suo corretto utilizzo. La maggior efficacia e capillarità della distribuzione di naloxone implica la valorizzazione delle competenze dei consumatori e l'attivazione delle loro reti e relazioni amicali, famigliari e sociali.</p> <p>- Disponibilità e l'accesso al farmaco nelle farmacie, come previsto dalla normativa vigente, e corretta informazione dei farmacisti nel merito, nonché loro sensibilizzazione alla promozione del farmaco e a fornire ai clienti una adeguata informazione sul suo utilizzo</p>	<p>Carcere; SerD; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in.</p>	<p>I servizi indicati devono dotarsi di adeguate modalità di consegna, prevedendo l'informazione per un corretto utilizzo e periodici momenti informativi, sia individuali che di gruppo.</p>	<p>L'Italia è uno dei pochi paesi nel mondo ad aver oltre vent'anni di esperienza nella distribuzione di naloxone ai fini della RdD/LdR, sebbene in modo diseguale a livello regionale. Questa esperienza enfatizza il ruolo proattivo, di empowerment, per la promozione della salute giocato dai consumatori, sia informalmente che attraverso esperienze organizzate di peer support. La facilitazione e promozione del peer support in questo ambito è da considerarsi una pratica professionale funzionale ed efficace, fortemente raccomandata. In ambito carcerario è necessario prevedere un sistema e un protocollo di pronto intervento per overdose e altri danni correlati al consumo, stipulato tra gli operatori interni (SerD, operatori sanitari, infermieri, agenti, ..) che metta gli stessi operatori in grado di intervenire tempestivamente.</p>
Empowerment dei	<p>Gli interventi di RdD/LdR hanno nelle competenze e nell'attivazione dei consumatori un aspetto</p>			<p>Nella RdD/LdR le competenze</p>

Prestazioni	Descrizione	Servizi / Contesti di intervento	Standard minimi	Note e raccomandazioni
<p>consumatori per la promozione della salute e del benessere</p>	<p>metodologico cruciale, in quanto assumono l’approccio proattivo di promozione della salute che si basa sul coinvolgimento attivo dei destinatari e dell’intera comunità sociale. Coerentemente, sotto il profilo delle prestazioni professionali, gli interventi e i servizi di RdD/LdR implicano:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la conoscenza, il sostegno, il riconoscimento e il rafforzamento delle competenze, delle abilità e delle reti relazionali dei consumatori, ai fini della promozione di stili di consumo più sicuri</li> <li>• lo sviluppo e la facilitazione di percorsi di supporto tra pari tra consumatori, sia a livello informale (peer support e self empowerment individuale e di gruppo) che organizzato (formazione, sostegno e coinvolgimento di gruppi di peer support o di singoli peer educators nell’ambito degli stessi servizi / interventi).</li> </ul>	<p>Carcere; SerD; Interventi di outreach (in tutti i contesti; in tutte le modalità); Drop in.</p>		<p>dei consumatori sono valorizzate in diverse prospettive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• conoscenza aggiornata dei modelli di consumo, della qualità delle sostanze sul mercato, del mercato stesso</li> <li>• conoscenza e valorizzazione delle strategie di autoregolazione del consumo (individuali e gruppali) viste anche come risorsa da valorizzare negli interventi professionali</li> <li>• consulenza nella produzione di materiali informativi</li> <li>• sviluppo di una comunicazione orizzontale tra pari per la prevenzione, la limitazione dei rischi e la riduzione dei danni</li> <li>• cooperazione solidale tra consumatori (peer support)</li> <li>• collaborazione e interventi i sinergia con i servizi</li> <li>• risorsa per la valutazione e il ri-orientamento di servizi e interventi</li> <li>• attivazione per un rapporto positivo con il contesto sociale</li> </ul>

**b) Servizi / attività che garantiscono l'accesso alle Prestazioni di RdD/LdR**

Servizi / contesti / attività	Descrizione	Standard minimi
Carcere	La RdD/LdR, in quanto approccio e sistema di prestazioni /servizi / interventi integrato al sistema dei servizi sociosanitari per le dipendenze, nonché inclusa nei LEA, deve essere accessibile a tutti i cittadini, quale che sia la loro condizione. In ambito penitenziario, dove sono riscontrati comportamenti di uso di droghe esposti a maggior rischio stante le limitazioni imposte dal contesto, gli interventi sono garantiti dal SSN, competente per la salute delle persone detenute (D.P.C.M. 1 aprile 2008 e seguenti). Concorrono pertanto ad assicurare gli interventi di RdD/LdR i Servizi sanitari all'interno dei Penitenziari, quando necessario, provvedono ad identificare specifici protocolli di intervento in integrazione con i SerD di riferimento degli istituti. al personale infermieristico va garantito un adeguato percorso formativo. Possono concorrere anche organismi della società civile competenti in materia di RdD/LdR, educazione e empowerment per la promozione della salute, anche attraverso lo sviluppo e la facilitazione di pratiche di peer support tra le persone detenute.	Le prestazioni di RdD/LdR devono essere garantite in ogni istituto penitenziario
Ser.D	Ser.D - Servizi per le Dipendenze	Tutte le prestazioni di RdD/LdR (ad eccezione di quelle specifiche previste nei soli contesti di outreach) sono fornite presso le Sedi ambulatoriali territoriali dei Ser.D e presso le sedi di somministrazione delle terapie
Drop In	Centri socio-sanitari a bassa soglia finalizzati alla RdD/LdR, con accesso diretto e immediato, aperti a consumatori in ogni fase delle loro traiettorie, senza precondizioni trattamentali o obiettivi precostituiti, e con caratteristiche di anonimato. L'organizzazione degli orari di apertura e degli spazi, la modalità di accoglienza e di erogazione delle prestazioni sono orientate alla ottimizzazione dell'accessibilità, alla sartorialità dell'intervento, all'empowerment per la tutela della salute, a facilitare, quando sia richiesta dall'utente, la presa in carico sanitaria e l'accompagnamento socio-sanitario, a sviluppare positive dinamiche di peer support nella	-Prevedere la presenza di un Drop In in ogni capoluogo di provincia, in relazione alla prevalenza del fenomeno, con particolare attenzione alla copertura del territorio di Area Metropolitana Sud. -Con orari di apertura adeguati alla popolazione target. -con garanzia di continuità dei Drop In già in essere - in Area metropolitana è necessario prevedere più Drop In, di dimensioni contenute, con fasce orarie diversificate, per meglio rispondere ai bisogni dell'utenza.

Servizi / contesti / attività	Descrizione	Standard minimi
	<p>popolazione afferente, con finalità di promozione della salute e del benessere. I drop in sono anche presidio territoriale per la comunità sociale, cui possono afferire domande di informazione, consulenza, richieste di mediazione sociale, interventi in caso di situazioni percepite come problematiche dalla popolazione o dai consumatori stessi.</p>	<p>Qualora le caratteristiche del contesto non richiedessero la necessità dell'apertura di un Drop In, ogni DPD dovrà rispondere ai bisogni di LdR/RdD di questa fascia di utenza con progetti/interventi di Outreach, con o senza Unità mobili</p>
<p>Interventi di strada /outreach (con o senza Unità mobili)</p>	<p>Gli interventi di outreach nella RdD/LdR avvengono nei setting naturali di uso o in luoghi comunque frequentati dai consumatori nella loro quotidianità, per fini di acquisto, utilizzo delle sostanze o altre attività sociali, aggregative e relazionali. Hanno modalità e finalità differenziate per tipologia di setting, modelli di uso e obiettivi del servizio /intervento; condividono alcune prestazioni di base, quali informazione e counselling mirati alla limitazione dei rischi e alla promozione dell'uso sicuro; distribuzione di presidi sanitari e materiali di profilassi, naloxone; interventi di pronto intervento in caso di emergenze; offerta di invio e accompagnamento ad altri servizi se richiesto.</p> <p>Gli interventi di outreach per la RdD/LdR possono o meno avvalersi di Unità mobili, ovvero avvenire attraverso la presenza di gruppi di operatori sul territorio o disporre di strutture temporanee (gazebo, tende).</p> <p>Le Unità mobili possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presidi mobili con lo scopo di attivare interventi e prestazioni di prevenzione dei rischi e dei danni potenziali legati a comportamenti e/o all'assunzione di sostanze legali ed illegali in prossimità dei luoghi di consumo o altri luoghi con significativa presenza e/o aggregazione di consumatori</li> <li>-Presidi sanitari e infermieristico- sanitari mobili, con lo scopo sia di attivare interventi e prestazioni di prevenzione e gestione dei rischi e dei danni che di intervento in caso di emergenza, in particolare in prossimità di luoghi di ritrovo di medie e grandi masse di consumatori di sostanze legali ed illegali.</li> </ul>	<p>Almeno 1 Progetto che preveda interventi di strada /outreach per DPD, in grado di rispondere ai bisogni del territorio di riferimento</p> <p>Garantire la continuità del progetto di interesse regionale NEUTRAVEL con il supporto dei progetti di Outreach dei DPD Piemontesi</p>

Servizi / contesti / attività	Descrizione	Standard minimi
Web Self monitoring & Self management e consulenza on line	<p>Si tratta di servizi di consulenza on line, gestiti sia dal pubblico (Ser.D, municipalità) che dal privato (associazioni no profit, organizzazioni di pari) includono sia strumenti autogestiti dai consumatori (automonitoraggio del proprio consumo, self management, con o senza risposta automatica), sia modalità interattive quali chat e counselling on line con operatori professionali e/o peer, e forum e blog tra pari per lo scambio di informazioni e competenze.</p>	
Altri servizi / contesti del trattamento	<p>La RdD/LdR risponde ai bisogni di regolazione del consumo verso modalità più sicure per la persona, alla prevenzione del passaggio a un consumo problematico e alla limitazione di rischi e danni correlati. Si basa sull'assunto di un continuum nelle traiettorie di consumo, di un loro andamento oscillante con alternanza di momenti intensivi e/o problematici di uso e fasi di maggior controllo, minor uso o astensione, e ipotizza che in ogni fase delle traiettorie sia possibile intervenire a sostegno di un cambiamento, desiderato e sostenibile, nelle condotte di consumo. Per questo, gli ambiti del trattamento e della RdD/LdR non sono separati per rigide e predefinite fasi di intervento, ma convivono e si intrecciano nel percorso concreto di vita, nella traiettoria di uso e nei cambiamenti operati da ogni consumatore. Servizi quali centri crisi, comunità terapeutiche che accolgono obiettivi intermedi quali riduzione e/o o stabilizzazione dell'uso, centri diurni a media soglia, dormitori, possono essere snodi significativi anche nella prospettiva della RdD/LdR.</p>	

**c) Standard minimi di qualità relativi all'accesso, alle professionalità, alla formazione e al monitoraggio in ambito di RdD/LdR****c.1 Standard di tipo strutturale:****1. Accesso ai servizi**

Servizi di RdD/LdR: devono garantire un'accessibilità che tenga conto degli stili di vita e delle esigenze della popolazione target.

SerD e ambulatori di somministrazione delle terapie sostitutive: l'apertura al pubblico degli ambulatori SerD e delle somministrazioni deve essere adeguata ai bisogni dell'utenza (orari di lavoro, stili di vita) per favorire la presa in carico e la compliance ai trattamenti. Si raccomandano almeno due aperture settimanali fino alle 18/19 e almeno 2 aperture settimanali di prima mattina 7/7.30. Tenendo conto del fatto che la presa in carico di persone tossicodipendenti da oppiacei deve essere finalizzata in primo luogo alla stabilizzazione con adeguata terapia sostitutiva, è necessario adeguare le procedure di presa in carico, garantendo loro un accesso prioritario alla valutazione del medico, entro una settimana.

**2. Composizione dello staff.**

Stante il carattere articolato delle prestazioni e dei servizi, l'approccio a bassa soglia di accesso, l'attenzione a specifiche modalità relazionali centrate sull'individuo e la vasta gamma di obiettivi negoziabili, lo staff attivo nella RdD/LdR deve avere caratteristiche multidisciplinari. Si raccomanda l'inclusione - da definire in relazione agli obiettivi e alle prevalenti attività del servizio - di : educatori, animatori, assistenti sociali, infermieri, medici, psicologi, OSS/OTA, mediatori culturali, educatori pari.

**-c2 Standard di tipo processuale**

La formazione dello staff. Al di là delle singole professionalità, lo staff adotta un omogeneo stile di lavoro improntato all'approccio di RdD/LdR, centrato sull'accesso aperto e senza precondizioni trattamentali, alla relazione client oriented e a legame debole, alla consulenza individualizzata basata su obiettivi praticabili e condivisi dal cliente. Deve essere garantita una formazione professionale continua, in grado di aggiornare gli operatori sia sui diversi pattern di uso e su strategie e culture dei consumatori su cui gli interventi si basano, sia su evidenze, innovazioni e linee guida relative agli interventi. Stante che l'offerta di prestazioni di RdD/LdR per come qui delineata non è esclusivamente in capo a servizi mirati ma è questione che attiene, con logica di continuum, all'intero sistema dei servizi per le dipendenze, si raccomanda una adeguata formazione alla RdD/LdR e relativi aggiornamenti mirata a tutti gli staff operativi

**- c3 Standard di outcome**

Il monitoraggio degli interventi. Il monitoraggio degli interventi e dei servizi deve essere incluso nel sistema regionale di monitoraggio dei servizi per le dipendenze (OED), anche al fine di fornire i dati regionali a un necessario sistema nazionale di valutazione dei servizi e degli interventi di RdD/LdR. A questo scopo è necessario il coordinamento della Regione Piemonte con le altre Regioni e gli enti nazionali preposti e competenti. I dati di processo e di outcome da rilevare e le procedure di rilevazione devono essere adeguati alle specificità degli interventi di RdD/LdR (interventi su una popolazione, anonimato, assenza di specifica documentazione individuale) e alle modalità di lavoro nei contesti, che influenzano pragmaticamente la possibilità di operare la rilevazione stessa. Va considerata sotto questo profilo la sostenibilità del modello di monitoraggio, e si raccomanda di valutarla in un processo partecipato con gli operatori. Massima attenzione va prestata al rispetto dell'anonimato e alla protezione di ogni dato sensibile; a questo proposito è raccomandata la diretta partecipazione dei destinatari al percorso di definizione dei criteri adottati. Va prevista una valutazione interna ad ogni servizio in termini di processo, esito e rapporto costi/benefici.

**d) Evidenze, letteratura scientifica e linee guida relativi alle prestazioni /servizi di RdD/LdR**

Approccio&sistema/ Prestazioni / Servizi /	Riferimenti
RdD/LdR (approccio e sistema)	<p>Cohen, P. (1999) Shifting the main purpose of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. <i>The International Journal of Drug Policy</i>. 10.223-230</p> <p>Zinberg N. (1984), <i>Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use</i>, Yale University Press</p> <p>Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (2010), <i>Harm reduction: evidence, impacts and challenges</i>, EMCDDA Monographs, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction">http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction</a></p> <p>A. Uchtenhagen, M. Schaub - Research Institute for Public Health and Addiction (2012), <i>Harm reduction quality standard</i>, in <i>Minimum Quality Standards in Drug Demand Reduction EQUUS</i>, <a href="https://www.karger.com/Article/PDF/350740">https://www.karger.com/Article/PDF/350740</a></p> <p>WHO, UNODC, UNAIDS (2012) <i>Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users</i>, in <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf</a></p> <p>Council of the European Union (2015), <i>Council conclusions on the implementation of the EU Action Plan on Drugs 2013-2016 regarding minimum quality standards in drug demand reduction in the European Union</i>, in <a href="http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en">http://www.emcdda.europa.eu/news/2015/eu-minimum-quality-standards_en</a></p> <p>Lucas Wiessing e altri (2017) <i>Monitoring quality and coverage of harm reduction services for people who use drugs: a consensus study</i>, in <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5401609/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5401609/</a></p>
Counseling in ambito RdD/LdR	<p>Connors, G. J., Donovan D.M., Di Clemente C.C. (2001), <i>Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions</i>. New York: The Guilford Press</p> <p>Denning P, Little J. (2012), <i>Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An alternative approach to drug addiction</i>, The Guildford Press</p> <p>Denning P., Little J., Glickman A. (2004), <i>Over the influence. The Harm Reduction Guide for managing drugs and alcohol</i>, New York: The Guilford Press</p> <p>DiClemente, C. C., Carroll, K. M., Miller, W. R., Connors, G. J., &amp; Donovan, D. M. (2003). A look inside treatment: therapist effects, the therapeutic alliance, and the process of intentional behavior change, in Babor T.F. and Del Boca F.K. (eds) <i>Treatment matching in alcoholism</i>,</p>

	<p>Cambridge University Press. 166-183.</p> <p>Klingemann H. (2009) How much treatment does a person need? Self-change and the treatment system. In: Peter M. Miller, editors, Evidence-Based Addiction Treatment. Burlington, Academic Press,</p> <p>Marlatt G.A., Larimer M.E., Witkiewitz K. (2012 ) <i>Harm Reduction. Pragmatic Strategies for Managing High-Risk behaviours</i>, The Guildford Press</p> <p>Marlatt G.A. (1996), <i>Harm reduction: come as you are</i>, in Addicted behaviour, n. 21</p> <p>Miller, W.R., Rollnick, S. (2002). <i>Motivational Interviewing. Preparing People for Change</i>. New York: The Guilford Press</p> <p>Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., &amp; Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviors. <i>American Psychologist</i>. 47, 1102-1114</p> <p>Sobell, M.B., Sobell, L.C. (1993) <i>Problem Drinkers. Guided Self-Change Treatment</i>. New York: The Guilford Press</p> <p>Zuffa G., Ronconi S. (2017), <i>Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori</i>, Ediesse</p>
<p>Presidi Sanitari</p>	<p>Tim Rhodes e altri (2010) Harm reduction among injecting drug users — evidence of effectiveness, in EMCDDA, in Rhodes and Hedrich (2010), <i>Harm reduction: evidence, impacts and challenges</i>, EMCDDA Monographs, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction">http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction</a></p> <p>EMCDDA/ECDC (2011) ECDC and EMCDDA Guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance">http://www.emcdda.europa.eu/publications/ecdc-emcdda-guidance</a></p> <p>EMCDDA/ECDC (2012) Evidence for the effectiveness of interventions to prevent infections among people who inject drugs. Part 1: Needle and syringe programmes and other interventions for preventing hepatitis C, HIV and injecting risk behaviour <a href="http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/638/downloads/att_145115_EN_ECDC-EMCDDA%20Part%201%20-%20complete%20-%20Web.pdf">http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/638/downloads/att_145115_EN_ECDC-EMCDDA%20Part%201%20-%20complete%20-%20Web.pdf</a></p> <p>Wodak A, Cooney A. (2006) Do needle syringe programs reduce HIV infection among injecting drug users: a comprehensive review of the international evidence. <i>Subst Use Misuse</i>. 2006;41(6-7):777-813. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16809167</a></p> <p>WHO/OMS (2007) Guide to starting and managing needle and syringe programmes, in <a href="https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf">https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/NSP-GUIDE-WHO-UNODC.pdf</a></p>
<p>Drug checking</p>	<p>EMCDDA (2001) An inventory of on-site pill-testing interventions in the EU, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html">http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1577EN.html</a></p>

	<p>Hungerbuehler I e altri (2011) Drug checking: a prevention measure for a heterogeneous group with high consumption frequency and polydrug use — evaluation of Zurich’s drug checking services. Harm Reduct J 2011; 8: 16  <a href="https://www.researchgate.net/publication/51210030_Drug_Checking_A_prevention_measure_for_a_heterogeneous_group_with_high_consumption_frequency_and_polydrug_use_-_evaluation_of_Zurich's_drug_checking_services">https://www.researchgate.net/publication/51210030_Drug_Checking_A_prevention_measure_for_a_heterogeneous_group_with_high_consumption_frequency_and_polydrug_use_-_evaluation_of_Zurich's_drug_checking_services</a></p> <p>NEWIP - Nightlife Empowerment &amp; Well-being Implementation (2012) Drug Checking Service Good Practice Standards, in <a href="http://newip.safernightlife.org/pdfs/standards/NEWIP_D_standards-final_20.12-A4.pdf">http://newip.safernightlife.org/pdfs/standards/NEWIP_D_standards-final_20.12-A4.pdf</a></p> <p>Trans European Drug Information (TEDI) (2012). Guidelines for drug checking methodology. <a href="http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Guidelines%20for%20Drug%20Checking%20Methodology.pdf">http://newip.safernightlife.org/pdfs/digital_library/Guidelines%20for%20Drug%20Checking%20Methodology.pdf</a></p> <p>EMCDDA ( 2016), Health responses to new psychoactive substances (Perspectives on Drugs), <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/health-responses-for-new-psychoactive-substances">http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/health-responses-for-new-psychoactive-substances</a></p> <p>Alesandro Pirona e altri (2016), New psychoactive substances: Current health-related practices and challenges in responding to use and harms in Europe, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27956184/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/27956184/</a></p> <p>Butterfield e altri (2016) Drug checking to improve monitoring of new psychoactive substances in Australia Drug checking may need to play a part in future public health interventions, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937663">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26937663</a></p>
Alcoltest	<p><b>Hughes K, Atkinson AM, Bellis MA (2011), <i>Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches, Health &amp; Place, Volume 17, Issue 2, March 2011, Pages 508-518, <a href="http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135382921000184X?via%3Dihub">http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S135382921000184X?via%3Dihub</a></i></b></p> <p>Calafat A, e altri (2013) M. Blood Alcohol Level tests in nightlife recreational settings as a preventive tool, <i>Actas Española Psiquiátrica</i> 2013; 41 (1): 10-6, <a href="http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/15/81/ENG/15-81-ENG-10-16-878000.pdf">http://www.actasespanolasdepsiquiatria.es/repositorio/15/81/ENG/15-81-ENG-10-16-878000.pdf</a></p>
Screening base e test salivari Hiv, Hcv, Hbv	<p>Liebman J, Pat Lamberti M, Altice F. (2002) Effectiveness of a mobile medical van in providing screening services for STDs and HIV. <i>Public Health Nurs.</i> 2002 Sep-Oct; 19(5):345-53 , <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182694">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12182694</a></p> <p>WHO/OMS (2009) Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: Improving access to treatment, care and prevention, <a href="http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/">http://www.who.int/hiv/pub/idu/searo_wpro_tc/en/</a></p> <p>EMCDDA (2010), Guidelines for testing HIV, viral hepatitis and other infections in injecting drug users. A manual for provider-initiated medical examination, testing and counselling, in <a href="http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/577/TD3009243ENC_web_235365.pdf">http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/577/TD3009243ENC_web_235365.pdf</a></p>

	<p>WHO/OMS (2015), Technical guidance update on quality assurance for HIV rapid diagnostic tests, in Consolidated guidelines on HIV testing services  <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181244/1/WHO_HIV_2015.28_eng.pdf?ua=1&amp;ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181244/1/WHO_HIV_2015.28_eng.pdf?ua=1&amp;ua=1</a></p>
Naloxone	<p>Strang, J e altri (2008), Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses', <i>Addiction</i> 103 (10), pp. 1648–57, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18821875">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18821875</a></p> <p>EMCDDA (2012) Preventing opioid overdoses in Europe, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/scientific-studies/2012/preventing-overdoses">http://www.emcdda.europa.eu/scientific-studies/2012/preventing-overdoses</a></p> <p>WHO /OMS (2014), Community management of opioid overdose <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf</a></p> <p>Clark, A , Wilder, C. and Winstanley, E. (2014), A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution program', <i>Journal of Addiction Medicine</i> 8, pp 153–63,  <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24874759">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24874759</a></p> <p>EMCDDA (2015) Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone,  <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness">http://www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/naloxone-effectiveness</a></p> <p>EMCDDA (2016) Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone">http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/take-home-naloxone</a></p> <p>Ronconi e altri (2016), Prevenire le morti per overdose da oppiacei. Il modello italiano di distribuzione del naloxone, in  <a href="http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/naloxone/">http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/naloxone/</a></p> <p>EMCDDA (2017) Preventing overdose deaths in Europe <a href="http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf">http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2748/POD_Preventing%20overdose%20deaths.pdf</a></p>
Empowerment per la RdD/LdR e la promozione della salute	<p>Trautmann F. (1995 )Peer Support as a Method of Risk Reduction in Injecting Drug-User Communities: Experiences in Dutch Projects and the “European Peer Support Project”, <i>Journal of Drug Issues</i>, Vol 25, Issue 3</p> <p><b>Rhodes T., Hartnoll R. (1996)</b> AIDS, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action. <b>London: Routledge.</b></p> <p>Weeks M.R., Clair S., Borgatti S.P., Radda K., Schensul J.J. (2002) Social networks of drug users in high-risk sites: Finding the connections. <i>AIDS and Behavior</i>, 6 (2), 193–206</p>

	<p>Molinatto P, Ronconi S. (2003), Sostegno tra pari e servizi a bassa soglia, Quaderni di Animazione e Formazione, Edizioni Gruppo Abele</p> <p><a href="#">Needle R., Burrows D., Friedman S., Dorabjee J., Touzé G., Badrieva L., Grund J.P., Kumar M.S., Nigro L., Manning G., Latkin C</a> (2005), Effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users, International Journal of Drug Policy, Volume 16, Supplement 1</p> <p>Jauffret-Roustide M. (2009) Self-support for drug users in the context of harm reduction policy: A lay expertise defined by drug users' life skills and citizenship, Health Sociology Review, n. 18 issue 2</p> <p>Southwell M. (2010) People who use drugs and their role in harm reduction, in Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (2010), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction">http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction</a></p>
<p>Interventi di outreach</p>	<p>Buning E. (1993) Outreach work with drug users, an overview, The international journal of drug policy, n. 4</p> <p>Rhodes, Tim (1996) Outreach work with drug users: principles and practice, Council of European Publishing.</p> <p>EMCDDA (1999), Outreach work among drug users in Europe: concepts, practice and terminology, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html">http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index34000EN.html</a></p> <p>EMCDDA ( 2001), Guidelines for the evaluation of outreach work: a manual for practitioners, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach">http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/outreach</a></p> <p>Foundation Regenboog AMOC - Correlation Network Outreach Group (2007), Outreach work among marginalised populations in Europe. Guidelines on providing integrated outreach services, in <a href="http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf">http://www.correlation-net.org/doccenter/pdf_document_centre/book_outreach_fin.pdf</a></p> <p>(Nello specifico delle NPS): EMCDDA ( 2016), Health responses to new psychoactive substances (Perspectives on Drugs), <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/health-responses-for-new-psychoactive-substances">http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/health-responses-for-new-psychoactive-substances</a></p>
<p>Drop in / servizi a bassa soglia di accesso</p>	<p>Marlatt, G. A. (1998). Basic principles and strategies of harm reduction. In G. A. Marlatt (Ed.), Harm reduction: Pragmatic strategies for managing high-risk behaviors (pp. 49–66). New York: Guilford Press.</p> <p>Hedrich, D.(2004). Final draft meeting report: Data-collection at low-threshold services for drug users: Tools, quality and coverage. Lisbon: EMCDDA.</p> <p>Hedrich, D. (2005). Final Draft Meeting Report: Data collection at low-threshold agencies: Increasing availability and quality of information at European level 2–3 June. Lisbon: EMCDDA.</p>

	<p><a href="http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_195217_EN_Meeting_report_october_2012.pdf">www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_195217_EN_Meeting report october 2012.pdf</a></p> <p>Islam M.M., Topp L., Conigrave K.M., Day C.A. (2013) <b>Defining a service for people who use drugs as 'low-threshold': What should be the criteria?</b>, <i>International Journal of Drug Policy</i>, volume 24, in <a href="http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(13)00034-0/pdf">http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(13)00034-0/pdf</a></p> <p><a href="#">Islam MM, Topp L., Day C.A., Dawson A., Conigrave K.M.</a> (2012) The accessibility, acceptability, health impact and cost implications of primary healthcare outlets that target injecting drug users: A narrative synthesis of literature, <i>International Journal of Drug Policy</i>, Volume 23, Issue 2</p> <p>Edland-Gryt, M., &amp; Skatvedt, A. H. (2012). Thresholds in a low-threshold setting: An empirical study of barriers in a centre for people with drug problems and mental health disorders. <i>International Journal of Drug Policy</i>, volume 23</p>
<p>RdD/LdR in ambito carcerario</p>	<p>EMCDDA (2003) Treating drug users in prison — a critical area for health-promotion and crime-reduction policy, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html">http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33705EN.html</a></p> <p>Dolan K, Rutter S, Wodak AD. (2003) Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. <i>Addiction</i>. 2003 Feb;98(2):153-8. <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534419">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12534419</a></p> <p>Stöver H, Nelles J. (2003) Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons, <i>Int J Drug Policy</i>. 2003 14, 437-44 <a href="http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(03)00152-X/abstract">http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(03)00152-X/abstract</a></p> <p>Lines R., Stover H. e altri (2006) Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience, Canadian HIV/AIDS Legal Network, <a href="http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/PNEP-report06.pdf">http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/PNEP-report06.pdf</a></p> <p>EMCDDA (2012), Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison">http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/prison</a></p>
<p>Consulenza on line</p>	<p>Barak, A. e altri (2008), A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet based psychotherapeutic interventions', <i>Journal of Technology in Human Services</i>, 26(2–4), pp. 109–160</p> <p>EMCDDA (2009), Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States, EMCDDA Insights No 10, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78701EN.html">http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index78701EN.html</a></p> <p>Litvin, E. B., Abrantes, A. M. and Brown, R. A. (2013), 'Computer and mobile technology based interventions for substance use disorders: an organizing framework', <i>Addictive Behaviors</i>, 38(3), pp. 1747–1756, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254225">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254225</a></p> <p>Rooke, S. e altri (2013), 'Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial', <i>Journal of</i></p>

	<p>Medical Internet Research, 15(2), e26, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470329">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470329</a></p> <p>Tait, R. J., Spijkerman, R. and Riper, H. (2013), 'Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis', Drug and Alcohol Dependence, 133(2), pp. 295–304, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0061558/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0061558/</a></p> <p>Tossmann, H. P., Jonas, B., Tensil, M. D., Lang, P. and Struber, E. (2011), 'A controlled trial of an internet-based intervention program for cannabis users', Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 14(11), pp. 673–679, <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651419">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21651419</a></p>
--	--

**Servizi di RDD/LDR ad oggi privi di protocolli a livello nazionale e/o regionale**

Luoghi protetti per consumo di sostanze	<p>EMCDDA (2004) Report on drug consumption rooms <a href="http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf">http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/339/Consumption_rooms_101741.pdf</a></p> <p>Dirk Schäffer, Heino Stöver (2011), Drug Consumption Rooms in Germany, <a href="http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07af1Eng.pdf">http://www.akzept.org/pdf/aktuel_pdf/DKR07af1Eng.pdf</a></p> <p>Dagmar Hedrich, Thomas Kerr and Françoise Dubois-Arber (2010) Drug consumption facilities in Europe and beyond, in Tim Rhodes and Dagmar Hedrich (2010), Harm reduction: evidence, impacts and challenges, EMCDDA Monographs, <a href="http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction">http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction</a></p> <p>Jennifer Peacey (2014) Drug consumption rooms in Europe - Client experience survey in Amsterdam and Rotterdam, The European Harm Reduction Network, in <a href="http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_rotterdam_amsterdam.pdf">http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_rotterdam_amsterdam.pdf</a></p> <p>Sara Woods (2014) Drug consumption rooms in Europe, Organisational overview, The European Harm Reduction Network <a href="http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_europe.pdf">http://www.eurohrn.eu/images/stories/pdf/publications/dcr_in_europe.pdf</a></p> <p>EMCDDA (2016) Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence (<i>Perspective on drugs</i>), <a href="http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms">http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms</a></p>
---	--