

INDICE

INTRODUZIONE	1
1. COS'È UNA DRUG CONSUMPTION ROOM?	2
1.1 SIGNIFICATO E UTILIZZO DELL'ACRONIMO DCRs	2
1.2 LE ORIGINI.....	3
1.3 I DATI ITALIANI.....	7
2. ENTRARE IN UNA DRUG CONSUMPTION ROOM	11
2.1 QUALI FIGURE PROFESSIONALI LAVORANO ALL'INTERNO DI UNA DCR?.....	11
2.2 IL RUOLO DELL'INFERMIERE	11
2.3 CONTROVERSIE ETICHE OLTREOCEANO	14
2.4 ENTRA CON ME NEL CENTRO ONPOINT NYC (USA).....	16
2.5 MEDICINA OLISTICA E MEDICINA TRADIZIONALE.....	25
3. REPORT 2024 DRUG CONSUMPTION ROOMS	27
3.1 MINIGUIDA EMCDDA	27
OBIETTIVO	29
4. LA RIDUZIONE DEL DANNO IN ITALIA	30
4.1 ALCUNE PRECISAZIONI.....	30
4.2 ENTRA CON ME NEL CENTRO DROP-IN PUNTOFERMO DI TORINO (ITA).....	30
4.2 ALCUNE RIFLESSIONI DAL CENTRO DROP-IN PUNTOFERMO.....	34
MATERIALI E METODI	35
RISULTATI	36
DISCUSSIONE	37
5. LA CONVENZIONE UNICA SUGLI STUPEFACENTI	38
5.1 PRINCIPI.....	38
5.2 LE TABELLE INTERNAZIONALI DEGLI STUPEFACENTI.....	38
6. IL MERCATO DELLA DROGA	39
6.1 EROINA.....	39
6.2 COCAINA	41
6.3 FENTANYL E NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE	43
7. REPORT DCSA DEL 2024	44
7.1 TREND DI MERCATO	44
CONCLUSIONI	46
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	47

Introduzione

Le Drug Consumption Rooms (DCRs), conosciute internazionalmente anche come Supervised Injection Sites (SISs), sono la nuova frontiera europea ed extraeuropea delle tecniche di Harm Reduction (trad. Riduzione Del Danno o RdD). Più nello specifico rappresentano i luoghi che accolgono coloro che sono dipendenti da sostanze, un tossicodipendente che vi fa accesso, infatti, viene non solo accettato ma anche supervisionato durante il calo della dose in vena o l'utilizzo di altro di metodo di somministrazione. Le DCRs sono introdotte per la prima volta nel 1986 a Berna, in Svizzera, per poi espandersi successivamente in diversi stati europei ed extraeuropei nei decenni successivi fino a raggiungere i continenti oltreoceano come Australia, Canada e Stati Uniti d'America. Sul territorio italiano vengono chiamate "Stanze del Consumo" o "Stanze del Buco" e la loro legittimazione non è ancora permessa. In questo trattato ne si presentano la storia e il funzionamento tecnico interno, argomenti poi seguiti dal monitoraggio attuale del narcotraffico e il profilo delle sostanze più in uso, concludendo con come l'inclusione sociale delle DCRs o SISs possano divenire un incentivo importante al raggiungimento di obiettivi di salute comuni a molti dei sistemi sanitari presenti globalmente, oltre a poter soddisfare principi propositivi (rimarcati da molteplici conferenze internazionali) come:

- Abbattimento dell'esclusione sociale di categorie minori quali i dipendenti patologici e il loro possibile e reinserimento;
- Promozione della salute su soggetti a rischio di comportamenti auto lesivi;
- Riduzione dei tassi di mortalità per overdose;
- Prevenzione di patologie infettive virali croniche e potenzialmente degenerative quali principalmente HIV, HCV, HBV;
- Prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MTS);
- Incentivazione dell'epidemiologia patologica citata;
- Incentivazione della Harm Reduction o Riduzione Del Danno.

È necessario specificare che le DCRs sono luoghi che affrontano spesso dispute legali o dibattiti che nascono dalla necessità di fare chiarezza sulla coerenza o meno della loro eticità da numerosi punti di vista. Un aspetto prevedibile e interessante che verrà esposto nei capitoli successivi.

1. Cos'è una Drug Consumption Room?

1.1 Significato e utilizzo dell'acronimo DCRs

Drug Consumption Rooms (DCRs) è il termine maggiormente utilizzato a livello internazionale per indicare le strutture sanitarie atte ad accogliere, monitorare e recuperare persone con dipendenza patologica da sostanze stupefacenti e psicoattive (come ad esempio eroina, cocaina o fentanyl) il cui utilizzo è generalmente praticato per via parenterale come l'iniezione endovenosa o per inalazione. In Italia la traduzione più utilizzata oggi per parlarne è "Stanze Del Buco" e la loro esistenza ad oggi non è permessa legalmente nell'ambito della RdD (Riduzione Del Danno). Le stanze del buco italiane non sono quindi riconosciute parte del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

Drug Consumption Room non è l'unico termine utilizzato ma semplicemente il preferito a livello di comunicazione internazionale. Alcuni esempi europei e oltreoceano nella lista del report del 2004 tradotti dall'EMDCCA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) ci introducono alle sottigliezze culturali che traspaiono dal semplice contesto linguistico, di seguito una parte testualmente tradotta dall'inglese:

-
- Svizzera
"Fixerstübli" (trad. salone di ritrovo per tossicodipendenti), volto ad enfatizzare la volontà di ritrovarsi in un luogo al chiuso e lontano dalla vista pubblica, e "Gassenzimmer" (trad. stanza di strada) che "trasferisce" i tossicodipendenti da un'attività di strada ad un'attività al chiuso. Oggi vengono utilizzati anche termini anglosassoni come *injection room* (trad. stanza dell'iniezione) o *inhalation room* (trad. stanza dell'inalazione).
 - Germania
"Gesundheitsraum" (trad. stanza della salute) utilizzato durante le prime apparizioni delle DCRs su territorio tedesco, non a caso l'attenzione cade inevitabilmente sulla parola *salute* che ha l'obiettivo di allontanamento dalle contestazioni da parte dei cittadini che inizialmente ne rigettavano l'idea. Oggi il termine "Konsumraum", cioè *consumption room* (trad. stanza del consumo), più neutrale, è di maggiore utilizzo.
 - Paesi Bassi
"Gebruikersruimten" (trad. stanza degli utenti) enfatizzando l'aspetto sociale del ritrovo.

- Spagna
 “Dispositivo asistencial de venopunción” (DEVA) (trad. strutture di assistenza alla venipuntura) ed “Espaço de venopunción higiénica asistida” (EVA) (trad. luogo di venipuntura igienica assistita) che aumentano l’attenzione sull’obiettivo sanitario della causa.
- Australia e Canada
 Rispettivamente “Medically supervised injecting centre” (MSIC) (trad. centro di iniezione medicalmente supervisionata) a Sydney, che porta enfasi sul punto di vista clinico del servizio, e “Supervised injection site” (SIS) (trad. sito di iniezione supervisionata) a Vancouver.

Non dimentichiamo che le definizioni sopra riportate sono una versione adattata ad una struttura legalizzata e che in origine le stanze del buco traevano il loro nome da slang popolari dei corrispettivi paesi in cui si facevano (e fanno tutt’ora) largo come *Shooting Gallery* (Nord America), *Opium Den* (San Francisco, Francia, Canada), *Crack House*, *Crack Den*, *Drug Den*, (Regno Unito), *Bando* (i luoghi in cui comunemente le droghe vengono fabbricate, Regno Unito) e altri... Questi termini entrano storicamente nel linguaggio comune a partire dagli anni '80, periodo cardine dell’espansione a livello internazionale dell’eroina, una sostanza che a partire dal secolo scorso ha segnato il destino di molti e di cui ancora oggi predomina la vendita nelle strade.

1.2 Le origini

Luoghi in grado di accogliere queste tipologie di dipendenti patologici hanno una storia più antica di quella delle DCRs, sono comparsi all’incirca nel diciannovesimo secolo espandendosi dalla Cina rurale a buona parte di tutto il Sud Est Asiatico, includendo successivamente anche Nord America e Francia. Venivano chiamati comunemente “Opium Den”, essendo l’oppio la più nota ed economica sostanza stupefacente durante quel periodo, ed erano spazi maggiormente frequentati dalla classe operaia ma utilizzati anche da ceti sociali più alti come luoghi di ritrovo e ozio.

Di seguito alcune immagini rappresentative del periodo:



Fig. 1: *“Opium Smokers”*, Cina, 1880.



Fig. 2: *“Two women entranced in an opium den”*, New York, USA, 1902.

Creati dagli stessi che ne facevano uso, potevano coincidere con la residenza di un abitante che ne apriva le porte rendendoli una “Social Drug House” oppure con l’occupazione di un’abitazione abbandonata o ancora combinarsi con le stesse stanze in cui veniva portata avanti la produzione e il successivo commercio delle sostanze, così come accade oggi.

Nel tempo presente le Opium Den non sono cambiate in quanto all'uso che se ne fa, mutano invece le condizioni in cui queste si sviluppano e trasformano, oltre alla molto minore accettazione sociale nei loro confronti. Se provassimo ad immaginare una *Social Drug House* moderna ci troveremmo indubbiamente in un luogo povero di igiene e volontariamente mantenuto nascosto da coloro che allerterebbero le forze dell'ordine per far sì che il tutto venga smantellato. È quindi prevedibile aspettarsi l'esistenza di queste "case" in quartieri indigenti e maggiormente inclini a non ostacolarne l'esistenza poiché ricordiamo che molto spesso vi è una inevitabile convergenza con le attività criminali di spaccio e di guerriglia fra bande. Un problema di rilievo di queste realtà non sono tanto le stanze in sé quanto ciò che facilmente attirano contestualmente, soprattutto se parliamo di *Bando*, slang dato ai luoghi in cui le droghe vengono fabbricate, come già descritto.



Fig. 3: “Beside the Kensington Avenue underpass”, New York, 2018, Jeffrey Stockbridge for The New York Times.



Fig. 4: “Some Unspeakably Depressing Photos of a Baltimore Crack House”, Baltimora, USA, 2011.

Non sono, inoltre, solo gli spazi chiusi ad essere utilizzati ma vengono inclusi anche i luoghi verdi e di ritrovo sociale, come i parchi pubblici che possono risultare spesso una scelta conveniente; più facilmente vengono preferiti durante le ore buie come punto di raccolta, lasciando i rifiuti degli oggetti utilizzati per la preparazione e l’utilizzo della sostanza al mattino successivo (stoviglie, pipe “fai da te”, accendini, stagnola, bottiglie, cartine, aghi, siringhe...) e tutto ciò che può risultare utile a bivacchi improvvisati (materassi, cuscini, lenzuola, vestiti...) portando alla naturale conseguenza di un accumulo non facilmente smaltibile e soprattutto potenzialmente pericoloso per chi vi si avvicina. Come riportato da diverse testate giornalistiche italiane i casi di cronaca riguardanti i lasciti di questo stile di vita si moltiplicano con conseguenze anche tragiche:

Pesaro, overdose, 44enne morto al Miralfiore. Polizia a caccia del pusher

Fig. 5: Articolo di giornale, Il Resto Del Carlino, Pesaro, 2024

Pesaro, si accascia in spiaggia in overdose: ragazza di 30 anni salvata dall'allarme dei passanti

Fig. 6: Articolo di giornale, Il Corriere Adriatico, Pesaro, 2019

Raccolte siringhe e accessori d'uso comune tra i tossicodipendenti al Parco Miralfiore di Pesaro

Fig. 7: Articolo di giornale, Primo Comunicazione, Pesaro, 2024

1.3 I dati italiani

Grazie a *Geoverdose*, il portale di raccolta dati statistici e parte del progetto del Gruppo di Interesse “Riduzione del Danno” di S.I.T.D. (Società Italiana Tossicodipendenze), è permessa la visualizzazione su mappa del numero di decessi per overdose correlati sia all’uso di droga che di alcol. I seguenti grafici reperiti sul sito ufficiale raccolgono i decessi secondo variabili scelte quali sesso, nazionalità, stato, ambiente e sostanze degli ultimi 7 anni, tra il 1° Gennaio 2017 e il 10 Agosto 2024. È doveroso specificare che il periodo pandemia Covid-19 ha reso difficile per alcune istituzioni monitorare con precisione i dati:



Fig. 9: *Visione su mappa* ©2024 GeoBasis-DE/BKG (©2009), Google, Inst. Geogr. Nacional, decessi da Domenica 1° Gennaio 2017 a Sabato 10 Agosto 2024, Copyright © GeOverdose.it – All rights reserved.

Le regioni maggiormente colpite riguardano le grandi province e/o capoluoghi come:

- **NORD ITALIA:**
Torino (49), Milano (74), Verona (42), Venezia (82) e Padova (69)
- **CENTRO ITALIA:**
Pisa (62), Bologna (72), Firenze (44) e Perugia (50)
- **SUD ITALIA**
Roma (71), Pescara (50) e Napoli (45)
- **LE ISOLE**
Cagliari (29), Palermo (13) e Siracusa (13)

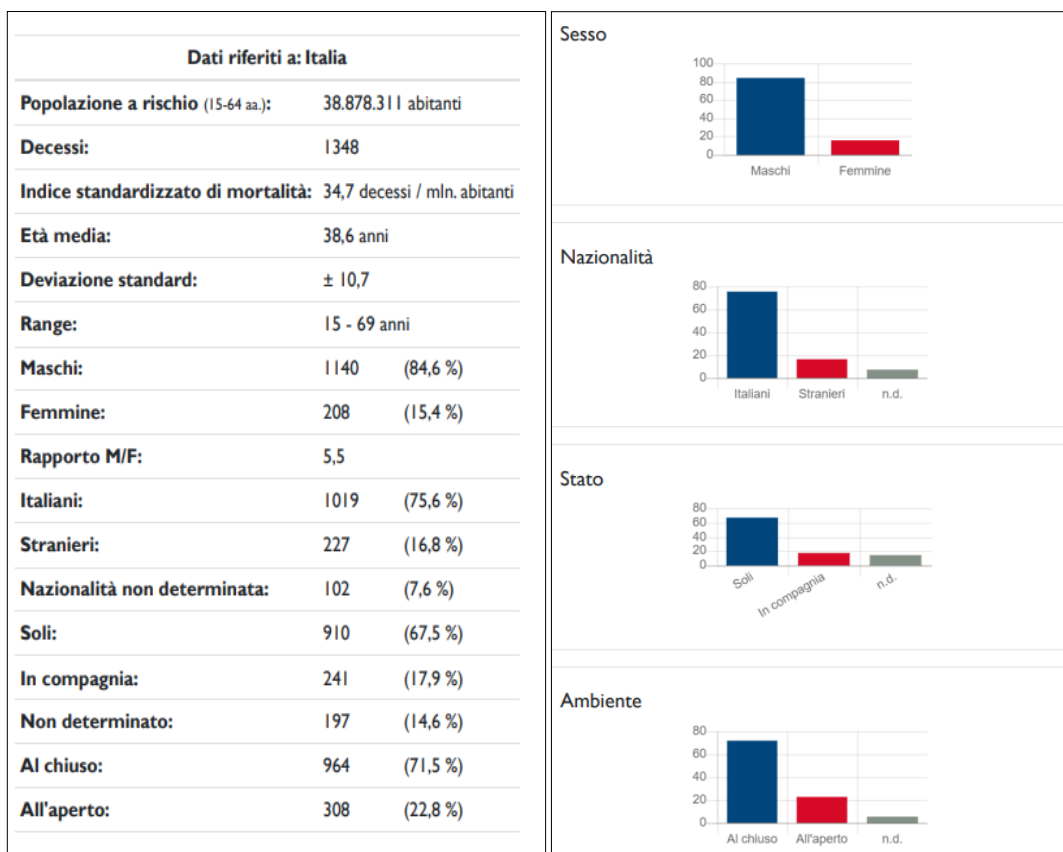


Fig. 10, 11: *Dati e istogrammi*, Copyright © GeOverdose.it - All rights reserved.

- Sui 1348 decessi accertati per overdose come *primum movens* più della metà delle vittime hanno cittadinanza italiana (75,6%) mentre gli stranieri e coloro la cui nazionalità non è stata identificata coprono una parte inferiore al quarto del totale (24,4%). Si parla di circa 35 decessi ogni milione di abitanti.
- La maggioranza è ricoperta dal genere maschile (84,6%) rispetto a quello nettamente inferiore del genere femminile (15,4%). Un dato allarmante riguarda l'età, che si inserisce nella fascia dei giovani adulti con una media di 38,6 anni all'interno di un range che raccoglie dati dai 15 ai 69 anni.
- Il decesso, secondo quanto riportato, avviene spesso in solitudine (67,5%) rispetto alle morti avvenute in compagnia di qualcuno (17,9%).
- L'ambiente in cui maggiormente avviene una morte da overdose in Italia secondo i dati di *Geoverdose* è al chiuso (71,5%) mentre le morti in spazi aperti (se pubblici o privati non è specificato) ricoprono una quantità molto inferiore (22,8%).

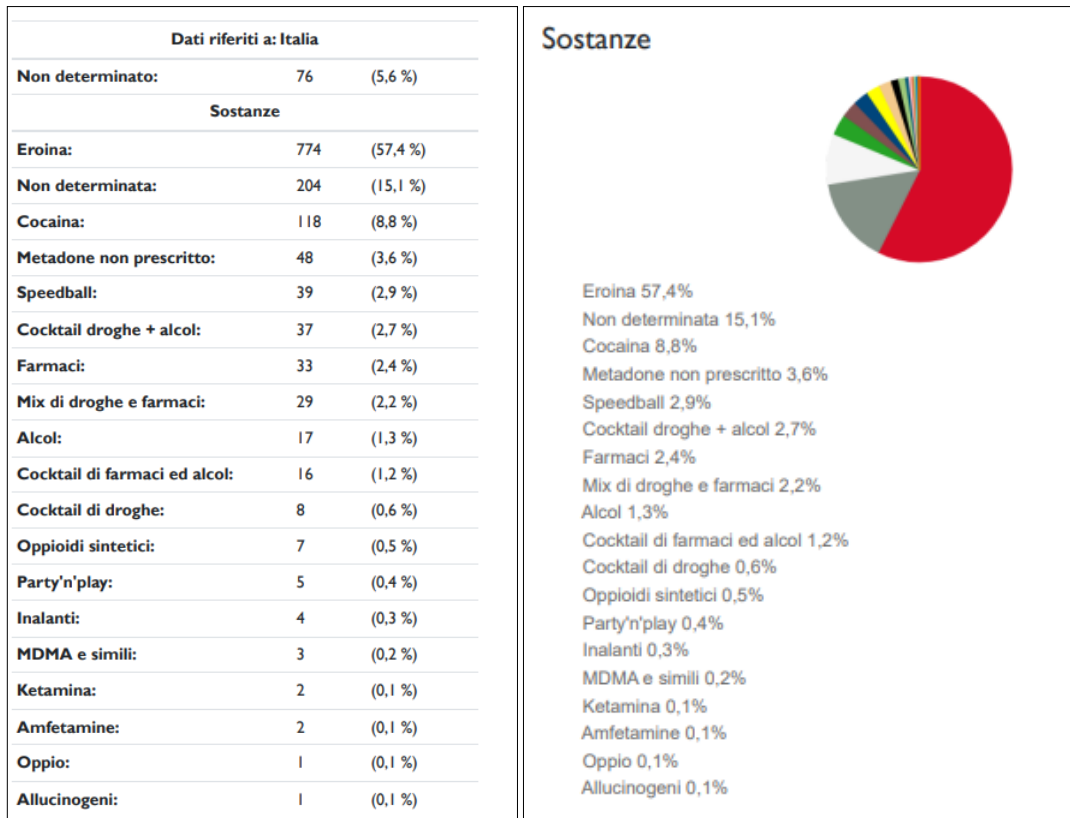


Fig. 12, 13: Dati e Pie Chart, Copyright © GeOverdose.it - All rights reserved.

2. Entrare in una Drug Consumption Room

2.1 Quali figure professionali lavorano all'interno di una DCR?

Tutte le DCRs conosciute dispongono in genere di un team altamente specializzato che comprende in quasi tutti i casi:

- Infermieri
- Medici
- Psicologi
- Operatori sociosanitari
- Guardie di sicurezza
- Volontari

Tutte le figure non sanitarie vengono istruite prioritariamente sul rapporto col dipendente patologico e sull'attivazione di protocolli di assistenza e manovre salvavita in caso di emergenza.

2.2 Il ruolo dell'infermiere

Di particolare rilievo è il ruolo dell'infermiere professionista che all'interno di una sede DCR rimane spesso l'operatore sanitario con la più alta autorità in quanto la presenza di un medico non è sempre assicurata. È doveroso puntualizzare che in molti dei Paesi in cui queste strutture sono autorizzate sono concesse alcune competenze infermieristiche più avanzate rispetto a quelle praticate all'interno della Repubblica Italiana.

Tra i vari compiti a cui sottintende un infermiere di DCR risultano:

- Incontri conoscitivi con l'assistito che intende registrarsi. È un momento di fondamentale importanza poiché comprende oltre che la creazione di un primo rapporto di fiducia con la persona (che ricordiamo vive soggetta ad uno stato di dipendenza patologica e quindi di sofferenza e timore del giudizio derivante da uno stigma sociale) anche la raccolta dei dati personali anagrafici e sanitari, inclusi i possibili stati patologici conosciuti o sconosciuti che potranno poi essere approfonditi su consenso della stessa;
- Attività di prevenzione e promozione della salute con particolare attenzione sull'educazione alla pratica del *safe sex*, ovvero il sesso sicuro, intento a ridurre i

rischi relativi soprattutto al passaggio di malattie infettive tramite lo strofinamento di mucose sensibili e liquidi biologici come sangue, sperma e liquido vaginale (all'interno delle DCRs, infatti, sono spesso presenti dispenser gratuiti di preservativi e dépliant educativi).

È inoltre fondamentale portare in rilievo un problema di recente apparizione tra i consumatori di droga: il *Chemsex*. Conosciuto anche attraverso nomi come *party and play* (PnP) o *wired play*, ovvero incontri in cui i partecipanti praticano attività sessuale sotto l'effetto di droghe e sostanze psicoattive. Il termine nasce nei primi anni 2000 nel contesto della prevenzione delle MTS Londinesi per poi espandersi in altre grandi capitali. Alcune preoccupanti conseguenze conclusive di questa pratica, come riportato in uno studio di ricerca del 2016 dell'Università Politecnica Delle Marche (Giorgetti R. et al., 2016), sezione di Medicina Legale, non è solo la più facilitata espansione di virus come l'HIV ma anche di infezioni enteriche portate da *Shigella flexneri* (batterio gram negativo i cui ceppi stanno mutando come resistenti agli antibiotici) oltre che una più difficoltosa compliance della persona alle proprie terapie, soprattutto se antivirali, poiché più spesso trattasi di partecipanti sieropositivi che cercano altri sieropositivi tramite annunci sulle piattaforme dei comuni Social Network.

- Screening infettivologico che può comprendere HIV, HBV, HCV, tamponi orofaringei e/o genitali che rendono sia il paziente consapevole del proprio stato patologico (se non già conosciuto) sia la possibilità di avere accesso a terapie di sostegno a contrasto e gestione della malattia e infine una maggiore e più chiara raccolta e ricerca epidemiologica sull'espansione delle malattie analizzate grazie all'inserimento dei dati ottenuti nei database della sede.
- Attività di conservazione del patrimonio venoso dell'assistito tramite *eco scanner* o *vein finder*, dispositivi che permettono di scegliere accuratamente specifiche vie venose "uniche" di utilizzo per l'iniezione della sostanza. Questa pratica si è rivelata estremamente utile, per esempio, nel contrasto alla difficoltà di inserire un accesso venoso periferico di emergenza o di routine durante l'accesso del soggetto in Pronto Soccorso, assistito sul territorio o per pratiche ambulatoriali e/o di elezione (Kappel N. et al., 2016).

- *Wound Care*, medicazione e gestione di possibili lesioni dovute alla vita su strada, bassi livelli di igiene o stati infettivi.
- Attività di supporto all'assistito attraverso l'aggiornamento professionale e la collaborazione interdisciplinare con altri professionisti sulle tecniche di *Harm Reduction* ovvero percorsi che comprendano tecniche di sostegno psicologico ed educazione sanitaria e terapeutica al soggetto con tossicodipendenza, con possibile avvicinamento (a scelta facoltativa) alle attività di *counselling* rese disponibili negli incontri con psicologi e assistenti sociali specializzati tramite sedute individuali, familiari o di gruppo.
- Attivazione e supervisione in caso di rischio di overdose o overdose in atto con prescrizione e/o somministrazione di farmaci salvavita. Ogni DCR necessita di essere fornita allo stesso livello di una clinica o reparto ospedaliero per far fronte ad una emergenza (sia essa più prevedibilmente una overdose ma anche altra tipologia di criticità) come defibrillatori semiautomatici utilizzabili dall'equipe infermieristica e medica o automatici utilizzabili dalle figure laiche presenti sul posto (come i volontari)¹, carrelli di emergenza adeguatamente forniti di farmaci e strumenti, magazzini con dispositivi medico sanitari di rifornimento.... Un dato interessante che traspare dalle ricerche ad oggi presenti è lo 0% di morti per overdose, comune a tutte le sedi DCR in territorio europeo o extraeuropeo, argomento approfondito nei paragrafi successivi.
- Abbattimento dello stigma sociale che considera il tossico dipendente un soggetto da allontanare dalla società. Pur convergendo in una struttura che è gestita da professionisti specializzati ogni DCR si impegna per riuscire nell'intento di rendere un'immagine di sé più "accogliente" e meno sterile all'occhio del visitatore; non in tutte queste strutture infatti ci si deve aspettare che i lavoratori indossino una divisa, spesso l'abbigliamento richiesto è quello quotidiano con l'aggiunta del proprio cartellino di riconoscimento, un piccolo gesto che può rendere meno teso l'incontro col visitatore, sia esso da solo o accompagnato da famigliari o amici. Inoltre, non sono strutture la cui locazione

¹ In Italia i defibrillatori totalmente automatici non sono in uso, anche i laici usano i semi-automatici in cui l'operatore deve premere il pulsante per erogare lo shock.

è intenzionalmente separata dalla città, sono anzi volutamente facilmente raggiungibili, spesso adiacenti al centro della città.

2.3 Controversie etiche oltreoceano

Possono sorgere già delle prime e spontanee domande sull'eticità della pratica infermieristica che agisce all'interno di un campo molto particolare come quello della *Harm Reduction*. Su questo e su molti altri temi, che per esempio coinvolgono spesso la sicurezza dei cittadini in relazione alla convivenza con questi centri, sono nate negli anni diverse proteste e cause legali che rendono il tutto meritevole di maggiore approfondimento.

A questo proposito riporto alcuni interessanti passaggi (e la loro traduzione) ottenuti da un articolo del Maggio 2020 di Deborah Carlson, infermiera professionista con ruolo di direttore all'interno della Commissione per la garanzia della qualità delle cure infermieristiche del Dipartimento di Sanità di Washington, USA, circa 4 anni prima che nello stato di New York nascesse ufficialmente *OnPoint NYC*, DCR di Harm Reduction con sede a East Harlem and Washington Heights:

“The Washington State Nursing Care Quality Assurance Commission (NCQAC) received a formal request from the Washington State Nurses Association (WSNA) requesting the commission develop an advisory opinion to clarify the nursing scope of practice when participating in SIS and advise nurses of potential legal challenges to providing nursing services in those circumstances. [...] Nurses must understand the legal questions and challenges they may be faced with when providing nursing services within a SIS facility. Notwithstanding the recent U.S. District Court decision [...] that concluded that a nonprofit providing SIS did not violate section [...] of the Controlled Substances Act [...], opponents of harm reduction practices could invoke federal and state narcotics laws to shut down SIS facilities. [...] Nurses in any practice setting may encounter ethical concerns associated with illegal drug use. They may find themselves caught between evidence, ethics, and the law. In today’s uncertain political climate, the NCQAC cannot guarantee that a decision to participate will not result in legal consequences. [...] The NCQAC recommends that nurses working in these facilities consult with their legal advisors about the potential legal ramifications. The ethical and legal debate continues about SIS facilities [...], the NCQAC cannot provide legal advice.”

Traduzione italiana

“La Commissione di garanzia della qualità delle cure infermieristiche dello stato di Washington (NCQAC) ha ricevuto una richiesta formale dall’Associazione Infermieri dello stato di Washington (WSNA), chiedendo alla commissione di elaborare una consulenza per chiarire la pratica infermieristica quando si partecipi alle attività svolte in una SIS e rendere consapevoli gli infermieri dei potenziali problemi legali per la fornitura di servizi di assistenza in tali circostanze. [...] Gli infermieri devono comprendere le questioni e le sfide legali che possono essere affrontate quando forniscono servizi di assistenza infermieristica all'interno di una SIS. Nonostante la recente decisione della Corte distrettuale degli USA [...] che ha concluso che un'organizzazione senza scopo di lucro che fornisce il SIS non viola l'articolo [...] del Controlled Substances Act [...], gli oppositori delle pratiche di Harm Reduction potrebbero invocare le leggi federali e statali sugli stupefacenti per chiudere le strutture del SIS. [...] Gli infermieri in qualsiasi di questi ambienti di lavoro potranno incontrare preoccupazioni etiche associate all'uso di droghe illegali. Potranno trovarsi in una situazione di conflitto tra la pratica, l'etica e la legge. Nell'attuale clima politico incerto, il NCQAC non può garantire che una decisione di partecipare non si tradurrà in conseguenze legali. [...] Il NCQAC raccomanda che gli infermieri che lavorano in queste strutture consultino i loro consulenti legali sulle potenziali estensioni legali. Il dibattito etico e giuridico continua sulle strutture del SIS [...], il NCQAC non può fornire consulenza legale.”

Questo è solo uno dei tanti esempi di controversie legali, presenti non solo negli US, incontrate da quelle DCRs che nascono all’interno di un territorio che non ne permette una totale accettazione, mantenendo di conseguenza, come già riportato da Deborah Carlson, un’atmosfera di incertezza in quanto a giustizia della pratica sia infermieristica sia di altri professionisti o sostenitori della causa. Arriva però nella storia di questo dibattito etico una svolta che in periodo post pandemia da Covid-19 permette la nascita di un centro di Harm Reduction no-profit, sostenuto tramite donazioni cittadine e volontarie nella città pulsante di New York: Il Centro OnPoint NYC.

2.4 Entra con me nel centro OnPoint NYC (USA)

Nel 2021 nasce il centro OnPoint di New York City, USA. È la prima DCR no-profit legalmente autorizzata sul territorio americano e contrariamente alle poche speranze lasciate intendere da quanto dichiarato nel 2020 da Deborah Carlson oggi molti giovani infermieri sono regolarmente assunti e vi lavorano come in un qualunque altro setting assistenziale. OnPoint NYC era già in progetto da molti anni nelle menti di coloro a cui la causa rimaneva a cuore, è infatti l'unione di due progetti precedenti portati avanti da gruppi di implementazione della Harm Reduction quali il *New York Harm Reduction Educators* e il *Washington Heights Corner Project*.

Entriamo quindi nel centro di Harm Reduction newyorkese “OnPoint NYC”:



Fig. 14: *Ingresso principale del centro*, quartiere East Harlem, Hilary Swift, NYC, USA, New York Times.

Come rappresentato in fotografia l'ingresso al centro è posto su una delle vie principali del quartiere ed è il caso specifico di East Harlem, conosciuto anche come *Spanish Harlem* per la grande presenza di comunità ispaniche dalle passate correnti migratorie tra l'800 e il secolo scorso, stabilizzatesi negli anni, motivo per cui il locale primario del centro riporta una doppia iscrizione di benvenuto sia in inglese che spagnolo, come mostrato nella fotografia a seguire.

Il quartiere di East Harlem è rinomato in tutta Manhattan anche per la presenza di diverse comunità italiane che hanno rivendicato il posto tramite diversi e apprezzati ristoranti, divenuti poi iconici del distretto.



Fig. 15: Interno della sede OnPoint NYC, “*This site saves lives Este sito salva vidas*”.

Oggi OnPoint NYC è identificato come il più grande centro di servizio di Riduzione Del Danno sulla East Coast americana. Vanta dati meritevoli di successo già durante il primo anno di attività con più di 2000 persone assistite e il trattamento di più di 600 episodi di overdose da eroina e altri oppioidi senza esito di morte. Come riferito dal loro *first year opening report* in particolare, i dati riferiti rimangono incoraggianti sui fronti più rappresentativi dei principi delle DCRs:

Durante il primo anno di apertura del centro OnPoint NYC lo staff è intervenuto 636 volte per prevenire morti per overdose e/o morti relative ad altra causa lesiva per uso di sostanze e più specificatamente il report analizza che l’83% delle overdose avvenute per l’uso di oppioidi sono state portate a risoluzione senza l’uso di Naloxone. Per quanto riguarda l’impatto avuto sulla comunità circostante il centro ha analizzato un’affluenza notevole con 48’533 accessi effettuati dalle 2’481 persone che si sono registrate. Tra queste migliaia di accessi le necessità di attivare i servizi di emergenza territoriale tramite ambulanza sono state solo 23. In ultimo, i dati riportano una percentuale di successo dell’81% nell’impedire l’uso e commercio di sostanze all’esterno della struttura e una quantità pari a 435’078 oggetti pericolosi raccolti dai volontari (utilizzati durante il calo della dose) in luoghi pubblici come parchi, strade e dintorni di palazzine, conseguentemente ripulite (B. Gibson, et al., n.d.).



Fig. 16: “Eddie M. in foto durante l’uso dei presidi sterili, è un tossicodipendente partecipante del centro e dichiara per il *New York Times* di essere stato salvato 3 volte durante un’overdose.” (trad.)



Fig. 17: “Mr. Ortiz in foto, paramedico dell’*OnPoint NYC*, dichiara per il *New York Times* che la sua scelta di carriera è stata influenzata dopo essere stato testimone di un episodio di overdose che colpì un membro della sua famiglia.” (trad.)

Nello specifico, visitando direttamente il loro sito web (onpointnyc.org), i servizi proposti e resi disponibili pubblicamente alla lettura di qualsiasi visitatore sono i seguenti (riportati tramite traduzione diretta in lingua italiana dall’Inglese Americano):

-
- Case Management e Clinical Care: I nostri professionisti medici forniscono la gestione delle condizioni croniche, test per l'HIV ed Epatite C, cura delle ferite, consulenza e disposizione di buprenorfina per il recupero dell'uso di sostanze, affrontando le esigenze sanitarie causate dall'insicurezza abitativa e dalla disconnessione dalle cure primarie.
 - Drop-in Centers: I nostri Drop-In Centers sono spazi sicuri e senza limitazioni con servizi gratuiti come pasti caldi, strutture igieniche, disposizione e smaltimento di siringhe, interconnessione digitale e supporto reciproco tra pari, volti a promuovere la comunità, la salute e la dignità.
 - Drug Testing: In collaborazione con NYC DOH (New York City Department of Health and Mental Hygiene), offriamo controlli di droga sul posto utilizzando la spettroscopia FTIR² e strisce reattive per sostanze, tra cui fentanyl, morfina, cocaina, benzodiazepine, xilazina, ketamina e metanfetamina. Questo servizio, migliorato dalla verifica effettuata in laboratorio, consente di effettuare test preliminari all'uso della sostanza o l'analisi successiva alla possibile reazione avversa.
 - Garden: Il nostro giardino a East Harlem è uno spazio sia per lo staff che i partecipanti al centro per rilassarsi, riconnettersi con la natura e celebrare la comunità. Ospita cerimonie, offre servizi olistici, contrassegna pietre miliari, sostiene il recupero post-overdose e coadiuva i pasti condivisi.
 - Holistic Services: I nostri servizi olistici onorano il lavoro pionieristico del movimento Lincoln Detox³ e Act Up⁴, che unisce servizi di agopuntura, digitopressione, aromaterapia, coppettazione, bagni sonori, reiki e meditazione.
 - Mental Health: Forniamo terapia individuale e di gruppo gratuita, interventi di supporto nei momenti di crisi, screening e prescrizione di farmaci, attraverso assistenti sociali e infermieri psichiatrici, supportati da gruppi di consulenza "peer" (resa da pari e chi ha passato le stesse esperienze di recupero).
 - Outreach and Public Safety Teams: I nostri gruppi di sensibilizzazione e di sicurezza pubblica rendono servizio in East Harlem, Washington Heights e il Bronx, fornendo cibo, vestiti, materiali per un uso più sicuro e materiale a scopo didattico. Smantelliamo i rifiuti pericolosi, informiamo e istruiamo sulla Riduzione Del Danno e gestiamo una squadra di servizio di sicurezza pubblica per la pulizia delle siringhe e la deviazione dal loro uso pubblico.
 - Overdose Prevention Centers: I nostri Overdose Prevention Centers (OPCs), Centri di Prevenzione da Overdose, forniscono locali sicuri per il consumo di sostanze pre-ottenute sotto la cura e vigilanza di professionisti sanitari addestrati, agendo contro la possibile crisi di overdose con interventi immediati.
 - Professional Development: Il nostro programma di sviluppo professionale è rivolto sia ai partecipanti che ai membri del personale che desiderano migliorare le proprie competenze. Forniamo formazione, corsi di informatica, creazione dei curriculum e opportunità di

² La FTIR è un acronimo che indica la tecnica di "[...] spettroscopia infrarossa (FTIR), che fornisce una sorta di impronta digitale della molecola [...] per campioni piuttosto concentrati e ad elevata purezza."

³ Il metodo Lincoln Detox fa riferimento alla clinica specializzata nella disintossicazione da droghe del Lincoln Hospital negli anni '70 circa, questa offriva principalmente servizi di assistenza medica olistica, la clinica ha inoltre potuto collaborare con la CIA e il Dipartimento di Polizia di New York nelle indagini antidroga.

⁴ ACT UP è l'acronimo utilizzato per indicare "AIDS Coalition to Unleash Power", dapprima un collettivo formatosi nel 1987 negli USA, divenuto poi movimento politico in espansione a livello internazionale con il monito di porre fine alla pandemia da AIDS e il recupero e assistenza ai malati cronici di HIV e AIDS.

reinserimento, fornendo sia ai partecipanti che al personale strumenti per la mobilità e la stabilità economica.

All'interno del sito ufficiale è anche possibile consultare una guida gratuita su come riconoscere i sintomi di un'overdose imminente (C. Rojas, 2024), come prevenirla e prevenire i generali danni da iniezione, il tutto è pubblicato in un articolo in collaborazione con l'infermiera professionista specializzata Synn Stern assunta dal centro e di cui riporto la traduzione letterale in Italiano dall'Inglese Americano:

Per ridurre i danni alla pelle e alle vene:

- Utilizzare un elastico (laccio emostatico) aiuta ad alzare e fissare le vene. Aprirlo prima di rimuovere l'ago per ridurre sanguinamento e lividi.
- Iniettare con la parte aperta dell'ago (smusso) e nella direzione del flusso sanguigno riduce ulteriormente il rischio di danni venosi.
- La rotazione dei siti di iniezione riduce il rischio di danni venosi, segni di scorrimento e cicatrici.
- Le salviettine all'alcol prima delle iniezioni puliranno lo sporco superficiale e ridurranno il rischio di ascesso e endocardite. Tuttavia, non dovrebbero essere usati dopo l'iniezione, in quanto l'alcol impedisce la coagulazione del sangue.

Ridurre le infezioni e le malattie:

- Utilizzare solo nuove attrezzature (siringhe, fornelli, cotone/filtri, cravatte) e acqua pulita fresca da un contenitore pulito per ogni iniezione riduce il rischio di infezioni trasmissibili dal sangue come HCV, HBV, HIV e sifilide. Visitateci per ottenere nuovi kit di rifornimento.
- Se un'iniezione non va a buon fine, tenere ghiaccio, acqua fredda o una lattina di soda fredda sul sito dell'iniezione mancata per ridurre il gonfiore. Se il giorno dopo è ancora gonfio, le compresse calde possono aiutare ad aumentare il flusso sanguigno verso la zona e accelerare la guarigione. Se il gonfiore non diminuisce e il sito diventa rosso, caldo e doloroso, visitare il vostro fornitore di assistenza sanitaria o la clinica della salute di OnPoint poiché potreste avere bisogno degli antibiotici.

Per ridurre al minimo il rischio di sovradosaggio:

- Fare piccole iniezioni di prova e/o iniettare lentamente fornisce l'opportunità di fermarsi nel caso si senta una sensazione esagerata o sbagliata
- Iniettare in compagnia di altre persone e tenere da parte naloxone/Narcan®, in modo da poter essere aiutati se qualcosa va storto.
- Testare i farmaci prima dell'uso. Venite da noi per testare le vostre forniture.

L' iniezioni di farmaci in endovena può causare:

- Ascessi
- Infezioni della pelle e dei tessuti molli (in particolare se è presente xilazina)
- Cicatrici
- Endocardite
- Danni alle vene e alla circolazione

- Aumento del rischio di trombosi venosa profonda
- Aumento del rischio di infezione o di malattie trasmissibili per via ematica
- Aumento del rischio di sovradosaggio (dovuto a un'insorgenza più rapida e una maggiore biodisponibilità)



Fig. 18: Infermiera del centro nella preparazione dei dispositivi sterili

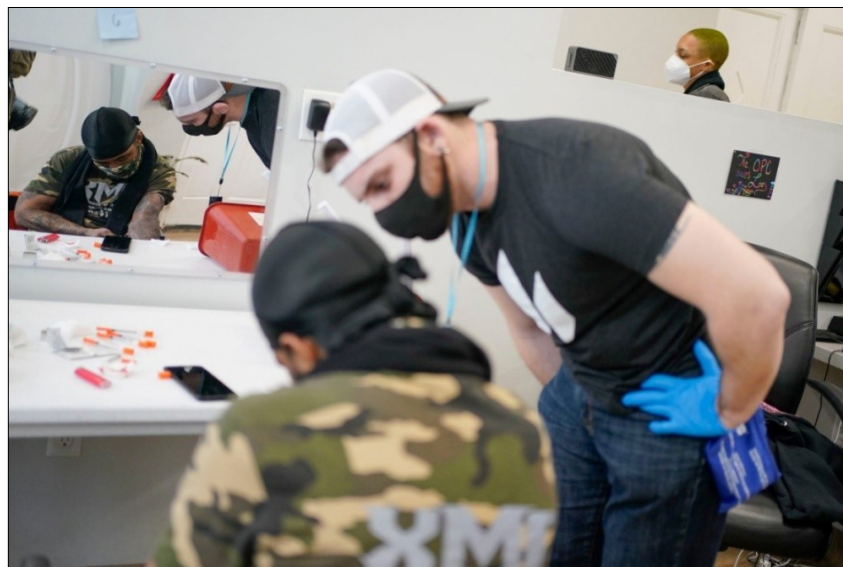


Fig. 19: “Brian Hackel, a destra, specializzato nella prevenzione da overdose, aiuta Steven Baev, utente del centro, a trovare una vena ottimale per iniettare la sostanza nelle stanze dell’OnPoint NYC.”. New York City, USA – Seth Wenig / AP (trad.)



Fig. 20: “Un cliente si siede in uno dei cubicoli semi-privati utilizzati da persone con tossicodipendenza in un centro di prevenzione overdose a OnPoint NYC”, New York City, USA – Seth Wenig / AP (trad.)



Fig. 21: Alsane Mezon tiene in mano le due versioni di modalità d'utilizzo del Narcan® in caso di overdose.

Nella fotografia appena mostrata è rappresentata Alsane Mezon, specialista nella Riduzione Del Danno, che tiene sulle sue mani le due diverse versioni di utilizzo del farmaco Narcan® (Naloxone) nel centro OnPoint NYC del quartiere di Harlem. La versione in spray nasale contiene 4 mg di principio attivo e viene utilizzata durante gli interventi contro le overdose. Alsane nell'articolo fonte riporta inoltre la insoddisfazione di molti clienti che “si arrabbiano quando lo spray nasale viene usato su

di loro perché toglie l'high". La versione intramuscolare invece ha un contenuto minore, pari a solo 0,4mg e viene preferita quando il dipendente patologico ha ecceduto nelle quantità ma non così tanto da dover aver bisogno di una dose di Narcan® intera, anche detta dose di "inversione". L'utilizzo di questo farmaco ha lo scopo di mantenere la sensazione di piacere sedativo nella persona ma anche di mantenerlo all'interno di uno spazio sicuro e supervisionato (Hilary Swift, 2022). Un approfondimento lo meritano anche le attività di avvicinamento dei componenti della comunità circostante per una maggiore sensibilizzazione nei confronti della Harm Reduction: è infatti possibile per gli abitanti del quartiere recarsi nel centro e partecipare ad attività di gruppo e conferenze organizzate dal centro sia tramite volontariato (per esempio la raccolta dei rifiuti pericolosi attorno al centro, vicino al quale sono presenti parchi, scuole e residenze private) che eventi straordinari assieme ad uno staff scelto. Le conferenze possono ricordare la ricorrenza di un giorno in particolare come il "Mental Health Awareness Day" o "HIV Awareness Day" in cui si approfondiscono temi della salute e prevenzione delle malattie infettive, salute mentale, attività sessuale protetta e incontri ravvicinati con i clienti del centro. Tutti coloro che lo desiderano possono inoltre usufruire dei servizi di prevenzione e screening (misurazione di parametri vitali, ottenere profilattici, dépliant informativi, verificare un presunto stato infettivo).



Fig. 22: Uno dei quadri all'interno delle aree comuni dell'OnPoint NYC che rappresenta la collaborazione in atto con l'organizzazione internazionale "Act Up AIDS".

In un recente articolo pubblicato dall'OnPoint NYC si parla più precisamente dell'importanza indispensabile del volontariato e dell'impegno nell'includere la comunità nelle attività preposte con l'obiettivo di sostenere maggiormente le cause combattute dai professionisti della Riduzione Del Danno. Tra le tante attività vi è anche quella della preparazione degli "harm reduction kits", ovvero pacchetti contenenti strumenti sterili e indispensabili anche per evitare l'overdose, oltre che le infezioni. Riportando le parole di Paige Guyott, trainer e coordinatrice dei volontari: *"By volunteering, you're not just helping out; you're becoming part of a movement that recognizes the dignity and worth of every individual, regardless of their circumstances."* – "Facendo il volontario non sei semplicemente d'aiuto, stai facendo parte di un movimento che riconosce dignità e valore di ogni singolo individuo, a prescindere dalle circostanze" (P. Guyott, 2024, trad).



Fig. 23: L'utilizzo di un Harm Reduction Kit.

A distanza di 4 anni, oggi, le sedi OnPoint NYC rimangono un lume di speranza nei quartieri Newyorkesi ma com'è prevedibile che sia i sentimenti di sfiducia nei confronti della Harm Reduction permangono ancora, molti per valido motivo di timore verso l'incolumità della comunità circostante che è esposta quotidianamente alle possibili situazioni socialmente sgradevoli che le si creano inevitabilmente attorno. Harlem, quartiere in cui opera una delle due rispettive sedi di OnPoint NYC, viene definito dal più recente articolo del The New York Times "[...] un simbolo di disperazione e speranza urbana. In un centro di droga e disordine, alcuni vedono New York al suo peggio. Altri vedono una comunità che fa del suo meglio per aiutare." (S. Ottherman, 2024).

2.5 Medicina olistica e medicina tradizionale

Le DCRs dell'OnPoint NYC si aprono anche a nuovi orizzonti come la medicina olistica. Il concetto di olistico non è nuovo allo studio della professione infermieristica dove si rimarca la salute come un'entità onnicomprensiva dello stato dell'individuo, olistico proviene invero dal greco *όλος*, pronunciato "olos" (totale, intero), una visione globale della salute di ogni essere umano la quale viene inevitabilmente influenzata non solo da fattori biologici e fisiologici (come si credeva in passato) ma anche dalle esperienze emotive, eventuali traumi psicologici che possono accompagnare la qualità della vita quotidiana e condizionare scelte future, così come la propria professione, le relazioni e i rapporti famigliari, amicali, sessuali e il legame con la spiritualità. L'idea di introdurre i trattamenti della medicina olistica all'interno delle numerose soluzioni alla dipendenza patologica e ai suoi risvolti non nasce con le DCRs ma ha origini molto meno recenti, diversi studi a partire dagli anni subito successivi alla guerra del Vietnam, e ai tragici effetti che ha portato sui suoi veterani, hanno dato luce alla scelta di affidarsi a terapie mediche non tradizionali (come l'agopuntura o l'auricoloterapia⁵) per trattare i sintomi da PTSD (*post-traumatic stress disorder*, trad. disturbo da stress post-traumatico) ed eventuali dipendenze da antidolorifici, oppioidi e/o droghe.



Fig. 24: Trattamento olistico di auricoloterapia nel centro OnPoint NYC

È il caso per esempio della National Acupuncture Detoxification Association (NADA) nello stato del Maryland (USA) che co-opera a livello internazionale con paesi di vari continenti (nello specifico Australia, Austria, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, India, Irlanda, Giappone, Norvegia, Filippine, Sud Africa, Svezia, Svizzera, Taiwan, Tunisia e Regno Unito) espandendo corsi di preparazione per vari professionisti che

⁵ "Auricoloterapia s. f. [comp. del lat. auricūla (dim. di auris «orecchio») e terapia]. – In medicina, metodo di agopuntura basato sulla infissione di aghi nel padiglione dell'orecchio, secondo una particolare rappresentazione somatotopica dei vari organi del corpo umano."

operano come consulenti o operatori sanitari nelle tecniche di RdD, psicoterapeuti, agenti penitenziari e personale di tribunale, lavoratori all'interno del campo dell'emergenza sanitaria, primi soccorritori, infermieri, medici di medicina tradizionale e olistica che esprimono interesse per la materia.

Potrebbe crearsi questa unione in tutte le sedi che operano nella Riduzione Del Danno? È di facile intuizione come il rapporto tra queste nuove correnti di trattamento e i classici interventi di medicina tradizionale sia spesso caratterizzato da tensioni, rendendo alquanto controverso e difficile consolidare un sentimento di fiducia nei confronti di tecniche come l'agopuntura o l'auricoloterapia.

Mentre la medicina tradizionale vuole basarsi su evidenze scientifiche, tendendo quindi a focalizzarsi sulla sicurezza di risultati ottenuti tramite ricerche che seguono il metodo scientifico per patologie che possiamo definire come "concrete", dall'altra parte la medicina olistica adotta un approccio più globale e meno ristretto storicamente alla necessità di prove tangibili e documentabili.

Questa differenza sostanziale porta alla sfiducia reciproca: i sostenitori della medicina tradizionale considerano più difficilmente i praticanti olistici alla pari e gli ultimi giudicano la medicina classica dalla visione esageratamente ristretta e meccanicistica, la conseguenza è lo scetticismo che porta a non riconoscere ufficialmente terapia non convenzionali, impedendo spesso la loro introduzione all'interno di ambulatori, cliniche, ospedali o centri di riabilitazione.

“Qualche volta ho lottato, ma il processo mi ha dato l'opportunità e le risorse di cui avevo bisogno, non mi ha giudicato in tutta la mia dipendenza da eroina e crack... non c'erano molte risorse là fuori tranne l'OPC, e mi hanno davvero dato la possibilità della transizione, di essere sobrio e di capire a che punto ero, e di questo sono molto grato” – Brian, ex partecipante dell'OPC che attualmente sobrio si reca al centro per mantenere le proprie sedute di agopuntura. (OnPoint NYC, n.d., trad.)

3. Report 2024 Drug Consumption Rooms

3.1 Miniguia EMCDDA

Durante il mese di Aprile 2024 l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) ha condiviso pubblicamente una miniguia riassuntiva che chiarifica il ruolo e il funzionamento delle Drug Consumption Rooms comprendendo tutte le sue declinazioni che possono incontrarsi a livello globale.

Oggi sappiamo che le DCRs superano la quota "100 Stanze" e che sono presenti in modo discontinuo sia a livello internazionale che a livello regionale. Si trovano in Europa, Australia, Canada, Messico e Stati Uniti e tutto ha preso piede a fine degli anni '80 nella città di Berna (CH). Oggi la lista degli stati europei inclusi in questa pratica è lunga: Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Grecia, Islanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Norvegia, Portogallo e Spagna.

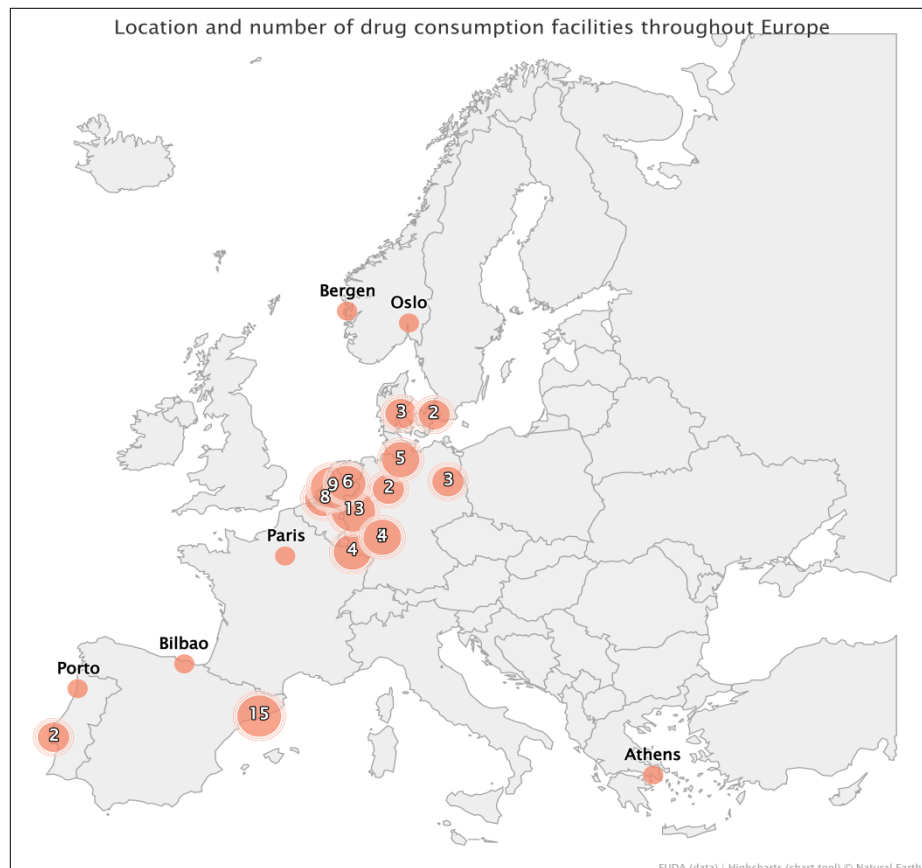


Fig. 25: Mappa delle DCRs in Europa (Fonte: EUDA)

Specificatamente la miniguia EMCDDA riferisce che esistono tre grandi categorie di DCRs operanti:

1. DCRs integrate: operano un “servizio a bassa soglia”, vale a dire che raggruppano servizi in cui la sorveglianza durante il calo della dose non è l’obiettivo principale, tra questi servizi rientrano centri sanitari o di Riduzione Del Danno e rifugi notturni.
2. DCRs specializzate: operano un servizio specializzato nella supervisione del consumatore (in questa categoria rientra per esempio l’OnPoint NYC).
3. DCRs mobili: operano un servizio itinerante, solitamente tramite furgoncino abitabile o roulotte che può raggiungere zone della società più disperse e accogliere un numero inferiore di utenti al suo interno.

Nel report risalente a dicembre 2023 (EUDA, 2023) si cerca di far fronte alla consapevolezza della difficoltà di reperire dati che si possano generalizzare a tutte le DCRs esistenti poiché ognuna risponde ad una propria legislazione nazionale. Sono state in particolare portate avanti quattro revisioni sistematiche⁶ su studi da cui si evince che un numero esiguo di DCRs hanno potuto far parte di uno studio a lungo termine (tra le cause principali: l’insufficienza di finanziamenti alla ricerca) risultando in un importante sbilancio a livello geografico poiché nonostante la maggioranza risiede in Europa, lo studio ha potuto avere maggiore finanziamento in paesi come Australia e Canada che occupano l’85% delle conclusioni. La lettura dell’analisi deve essere quindi fatta con cautela.

Ciò che attualmente ci è reso chiaro, rispetto le prove disponibili, è che le DCRs potrebbero apportare beneficio sui seguenti obiettivi (EUDA, 2024):

-
- Migliorare l’accesso alle cure sanitarie e ai servizi di riduzione del danno per le popolazioni bersaglio difficili da raggiungere;
 - Ridurre i decessi legati alla droga;
 - Ridurre i comportamenti a rischio dovuti all’iniezione;
 - Ridurre l’uso di droghe negli spazi pubblici e alleviare il disturbo pubblico generale nelle aree in cui si verificano alti livelli di uso di droghe in pubblico.
-

⁶ Gli studi in questione: Potier, Laprèvote et al. 2014, Pardo, Caulkins et al. 2018, Levensgood, Yoon et al. 2021, Tran, Reid et al. 2021.

Obiettivo

Il fine di questo elaborato è di sensibilizzare il lettore nei confronti di un argomento tanto delicato quanto controverso come quello delle nuove frontiere della Harm Reduction e la loro materializzazione nelle DCRs o SIFs, ma ancora di più renderlo consapevole dei possibili aspetti pro e contro che possono venire a crearsi all'interno della comunità o quartiere a cui appartengono e quindi diventare autonomo nel formulare un personale giudizio sulla efficacia ed efficienza, sia dal punto di vista dell'assistenza sanitaria che da quello dell'etica civile, di queste “nuove” strutture che si sono fatte strada negli ultimi 40 anni.

Le DCRs sono inoltre luoghi di lavoro in cui la professione infermieristica ricopre un ruolo fondamentale e simboleggiano per cui un'evoluzione anche dal punto di vista lavorativo e accademico.

Questo elaborato vuole fornire al lettore gli strumenti per poter rispondere alle seguenti domande:

- Le DCRs rispettano l'etica delle professioni sanitarie?
- Le DCRs aggiungono valore alla comunità?
- Le DCRs trasformano lo studio dell'assistenza infermieristica dal punto di vista etico, deontologico e pratico?
- Le DCRs migliorano la situazione a livello nazionale e internazionale di diffusione di malattie a trasmissione sessuale di rilievo sociale più di altri metodi di RdD già in atto?
- Le DCRs porterebbero miglioramenti concreti in quanto al recupero del dipendente patologico e alla prevenzione da morte per overdose più di altri metodi di RdD già in atto?

4. La Riduzione Del Danno in Italia

4.1 Alcune precisazioni

Il DPCM del 12 gennaio 2017 aggiorna il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502., inserendo i servizi della Riduzione Del Danno e della Limitazione Dei Rischi (RdD e LdR) nei livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nazionali all'Art. 28, riconoscendoli come diritto di assistenza ai dipendenti patologici, in particolare si indica “la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche [...]” (Ministero della Salute, Art. 28, 2017) e tra i servizi disponibili elencati risulta “*k) interventi di riduzione del danno*” alla voce “trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze”.

Il Paese ha già sperimentato e portato avanti per i decenni passati differenti strategie di prevenzione e trattamento delle patologie in ambito di tossicodipendenze e dipendenza patologica: “unità di strada, equipe dei contesti del divertimento, drop-in e Strutture di accoglienza a bassa soglia, Servizi innovativi e Spazi di prossimità che offrono strumenti di tutela sociosanitaria, attività di ascolto e counseling orientate all'autotutela ed alla autoregolazione dei consumi, interventi di RdD/LdR rivolte alle persone con HIV, pronto soccorso in caso di overdose, attivazione dei sistemi di allerta precoce, indicazioni su come somministrare il naloxone” (R. Berselli, n.d.). Purtroppo, ad oggi non sono ancora presenti né standard determinati e chiari sull'attuazione della RdD né parametri su cui basarsi per un raggiungimento onesto dell'obiettivo e in linea con gli ordini legislativi risultando in un territorio nazionale che gestisce l'ambito della dipendenza patologica facendo affidamento a schemi d'azione più datati o comunque rimanendo disomogeneo da regione a regione.

4.2 Entra con me nel centro Drop-In PuntOFermo di Torino (ITA)

Con la 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 Attività 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.” (Giunta Regionale Piemonte, 2019), a relazione dell'Assessore Saitta, il Piemonte è la prima regione italiana ad aver inserito le attività rappresentative della Riduzione Del Danno (RdD) e della Limitazione Dei Rischi (LdR) all'interno dei LEA, i Livelli Essenziali Di Assistenza, “prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)” (Ministero Della Salute, 2019).

A Collegno, in provincia di Torino, prende vita nei primi anni '90 il centro Drop-In PuntOFermo che dapprima si presta ad essere centro di recupero e reinserimento sociale del dipendente patologico e successivamente si specializza e avvicina ad internare l'essenza di una Drug Consumption Room italiana, rispettando i limiti che impone la legge dello Stato. Tra gli operatori più affezionati e inclusi nella fondazione del centro c'è Paolo Jarre, direttore del Dipartimento Patologie delle dipendenze (che vi ha collaborato già dalla crescente preoccupazione portata dall'epidemia da Aids nel secolo scorso) e che ne racconta le origini: il centro infatti è stato costruito all'interno di un'ex camera mortuaria di un manicomio Piemontese, nella zona della Lavanderia a Vapore, un importante Casa della Danza membro dell'EDN (European Dancehouse Network). La strategia portata avanti dal Dott. Jarre e i suoi collaboratori è stata quella di non impedire ai pazienti il consumo delle sostanze, perché, spiega il Dott. Jarre nel 2020 "Ci si rese conto che un'impostazione esclusivamente centrata sulla cura e sulla riabilitazione delle tossicodipendenze tagliava fuori una fetta significativa di persone che non ce la faceva" (P. Jarre, 2020). Viene rimarcata successivamente una logica già nota in molte altre stanze del consumo oltre i confini italiani, quella della non imposizione e di un atteggiamento non giudicante, la proposta risultante è quindi ambivalente poiché l'aiuto è incondizionato, senza condizioni quindi e la persona che si presenta al centro non viene inserita all'interno di un'assistenza proibizionista in cui per rimanere "non puoi più farti".

L'accesso al centro è inoltre un accesso libero e definito da Paolo Jarre "*in medias res*", poiché alla persona non è neanche richiesta la presentazione di documenti e di conseguenza si cura l'anonimato della stessa. Per il Drop-In Torinese diventa fondamentale evitare la solitudine durante il calo della dose e più in generale evitare che i tossicodipendenti si isolino su più aspetti della loro vita personale, poiché come riportato da Geoverdose.it, il consumo di sostanze tossiche e potenzialmente mortali diviene più acuto quanto più il dipendente si isola (molte delle morti per overdose arrivano infatti ad un risultato infausto per l'assenza totale di persone attorno al corpo).



Fig. 26: L'edificio del Drop-In PuntOFermo di Torino (TO), Piemonte, Italia.

L'edificio del Drop-In PuntOFermo è formato da due piani e i suoi interni sono mantenuti semplici: un piccolo corridoio che fa da ingresso, una sala di incontro in cui è possibile riunirsi e conversare o semplicemente rilassarsi, un'altra stanza con un tavolo e qualche sedia per consumare un pasto e infine una ufficiosa sala del consumo, una Drug Consumption Room lasciata in gestione ai suoi frequentatori. Non mancano i dispositivi sterili, anch'essi ad uso facoltativo così come la possibilità di utilizzare il farmaco contenente Naloxone per ridurre il danno da possibili overdose, in aggiunta alla scelta sempre facoltativa di testare in modo approssimativo gli stupefacenti importati direttamente dal consumatore sul luogo. Gli esami effettuati sulle sostanze non possono definire la quantità esatta del principio attivo presente ma possono solamente riconoscerlo con certezza. Il personale sanitario, inoltre, non è presente durante il calo della dose e non influenza il metodo scelto durante questa attività (differentemente da quello che succede nel centro OnPoint NYC) ma è chiamato ad intervenire solamente durante un'emergenza (malori, overdose più spesso).

All'interno del sito dell'ASL TO3 del Piemonte, il centro Drop-In viene inserito nella sezione "servizi extra ambulatoriali" come struttura facente parte del Dipartimento Delle Dipendenze che "[...] eroga prestazioni di base nel campo della Riduzione Del Danno, ovvero attività in favore delle persone che fanno uso endovenoso di sostanze psicoattive, indipendentemente dalla disponibilità o propensione ad intraprendere percorsi terapeutici." (ASL TO3 Piemonte, n.d.) e subito a seguire viene presentata la lista dei servizi proposti che rimangono in linea con altri servizi già noti nelle Drug Consumption Rooms precedentemente citate, sia esse europee che extraeuropee, riportate testualmente:

-
5. fornitura di materiale sanitario quali siringhe sterili, profilattici, materiale per medicazioni, naloxone
 6. orientamento
 7. organizzazione del tempo libero
 8. consulenza sanitaria
 9. medicazioni
 10. diagnostica infettivologica
 11. distribuzione generi alimentari e di sopravvivenza
 12. informazioni sui vari tipi di sostanze e su modalità d'uso meno rischiose
 13. facilitazione nell'accesso ai Servizi terapeutici e riabilitativi
-



Fig. 27: “G. all’interno della stanza del buco nel Drop-In PuntoFermo”.

4.2 Alcune riflessioni dal centro Drop-In PuntOFermo

Dall'articolo su The Social Post, dov'è presente l'intervista integrale dell'esperto Dott. Jarre, viene riportata una somma totale di circa 30 ingressi quotidiani al centro Torinese di cui la maggioranza sono di sesso maschile e over 40. I dati rimangono in linea e coerenti con i report del portale di monitoraggio Geoverdose.it in quanto sia ad età e genere degli utenti che alla media di sostanze utilizzate (C. Surano, 2020).

Vi sono spesso presenti tossicodipendenti di lunga data che conoscono il centro da più di dieci anni ma Jarre osserva anche che non sono molti i giovani a presentarsi e che le cause di ciò sono ancora da definire, forse la difficoltà di una presa di coscienza del problema o forse nuovi metodi di utilizzo della sostanza diversi dall'iniezione endovenosa.

Altro dato interessante che proviene dal costante monitoraggio portato avanti dallo staff del centro Drop-In PuntOFermo è che oltre ad eroina e cocaina, si fanno strada altre due tossicodipendenze:

- Le NPS (Nuove Sostanze Psicoattive) derivanti da psicotropi già presenti sul territorio ma manipolate chimicamente in modo da non rientrare all'interno delle Tabelle Internazionali stabilite dalla Convenzione Unica del 1961.
- Il Fentanyl, oppiaceo analgesico di sintesi chimica il cui uso è prettamente ospedaliero ma che negli ultimissimi anni è entrato a far parte delle sostanze più richieste del mercato della droga.

La convenzione “[...] aggiornata con un protocollo di emendamenti (Ginevra, 25 marzo 1972) [...] rappresenta, unitamente alla Convenzione di Vienna del 21 febbraio 1971 sulle sostanze psicotrope, l'espressione più concreta della necessità di una cooperazione fra Stati per la lotta contro il grave flagello.” (A. Palmonari, P. Arlacchi, 2009).

Materiali e Metodi

L'elaborato proposto è una tesi compilativa che segue il metodo IMRAD:

- Introduzione
- Obiettivi;
- Materiali e metodi;
- Risultati;
- Analisi e Discussione;
- Conclusioni

È esposta una revisione di vari articoli e report pubblicati in tema di Harm Reduction o Riduzione Del Danno, approfondendo anche argomenti in ambito di narcotraffico e legislazione.

Fonti e Banche Dati

Per la compilazione sono risultati fondamentali i report pubblicati dalle maggiori Istituzioni Antidroga e le inchieste delle maggiori testate giornalistiche internazionali:

- Ministero dell'Interno
- Dipartimento Italiano della Pubblica Sicurezza
- DCSA – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- EUDA – The European Union Drugs Agency
- EMCDDA – The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- PubMed
- OnPoint NYC – Overdose Prevention Centre
- The New York Times

Criteri di inclusione

Per ragioni di semplificazione nella raccolta dati sono state favorite le fonti in lingua inglese poiché le Drug Consumption Rooms non sono legittimate in Italia. Da queste fonti la tesista riporta la traduzione italiana, anche di documenti ufficiali, compilata autonomamente.

Per gli studi selezionati sul database internazionale PubMed.com sono state utilizzate keywords in forma libera o come termini MESH quali “harm reduction”, “drug consumption rooms”, “heroin addiction”, “chem sex”, “systematic review”, incluse variabili di disponibilità di lettura del testo “free full text” con periodo di pubblicazione negli ultimi 10 anni (2004 – 2024).

Per maggiori e più precise informazioni sulle fonti consultare bibliografia e sitografia.

Risultati

La conta mondiale delle DCRs oggi supera la quota “100 Stanze” ma la loro presenza sul territorio sia internazionale che locale è incostante e irregolare e ciò è dovuto ad una accettazione incompleta da parte della società e del sistema legale statale.

Un’analisi generalizzata su scala globale risulta quindi ostacolata e studi a lungo termine sono stati possibili in paesi come l’Australia e il Canada ma non in tutti gli stati Europei (il sistema legislativo e sanitario di questi, inoltre, si diversificano dall’Unione Europea).

Nell’elaborato in questione si è presentato un parallelo tra una DCR Americana di New York (OnPoint NYC), portata alla luce successivamente a varie dispute legali e consultazioni che hanno toccato anche la giustizia della pratica infermieristica, e una DCR “adattata” Italiana di Torino (Drop-In PuntOFermo) che, pur non potendo mantenere gli stessi protocolli delle Drug Consumption Rooms estere, ha saputo districarsi tra le impossibilità.

Le DCRs completamente legalizzate permettono di:

- Accogliere il dipendente patologico in un ambiente antiproibizionista del consumo di sostanze illecite;
- Supervisionare l’utente durante il calo della dose e intervenire se appaiono sintomi prodromi dell’overdose e/o overdose in atto;
- Condividere programmi di promozione della salute, prevenzione ed educazione sanitaria e terapeutica;
- Monitorare i principi attivi all’interno delle sostanze;
- Monitorare l’epidemiologia delle malattie infettive MTS e per contatti biologico;
- Includere la comunità in attività di volontariato ed eventi di promozione della salute;
- Dichiarare che il tasso di morti per overdose è allo 0% (risultati ottenuti dai report susseguiti in studi a lungo termine e finanziati);

Discussione

L'utilizzo di sostanze psicotrope, psicoattive e potenzialmente letali per la fisiologia umana è un fenomeno con origini antichissime e probabilmente possiamo considerare la dipendenza da queste sostanze al pari in quanto a comparsa in società. Se in alcuni casi le molecole trattate in questa tesi convergono nell'uso farmaceutico sia intra che extraospedaliero l'altra faccia della medaglia è, purtroppo tutt'ora, una prepotente partecipazione nel loro commercio illecito. Dagli inizi del secolo scorso la battaglia alla tossicodipendenza e al narcotraffico interessa a livello globale tutti i paesi e gli strati sociali dei governi.

L'elaborato in questione vuole portare una maggiore e oggettiva attenzione su una delle nuove strategie europee ed extraeuropee della Harm Reduction o Riduzione Del Danno che risultano nell'introduzione delle DCRs o Drug Consumption Rooms all'interno del Sistema Sanitario e che in Italia hanno ottenuto la definizione di Stanze Del Buco o Stanze Del Consumo ma non la legittimità. Nonostante questo, ci sono alcune strutture su territorio italiano che arginano l'impossibilità di essere riconosciute come effettive DCRs come il centro DropIn PuntOFermo di Torino.

I principi delle DCRs rispettano un atteggiamento antiproibizionista e tollerante verso il consumo di sostanze e verso il dipendente patologico che viene accolto, supervisionato, educato durante il diretto consumo della sostanza tramite le sue diverse vie di somministrazione (più comunemente per iniezione endovenosa) e assistito in caso sfavorevole di rischio di overdose oppure overdose in atto come reso dall'esempio del centro OnPoint NYC.

Oltre alle più conosciute eroina e cocaina, altre sostanze si stanno facendo strada nel narcotraffico e nella produzione clandestina di droghe come per esempio il fentanyl, già utilizzato come anestetico in ambito intraospedaliero, o le Nuove Sostanze Psicoattive. Queste ultime rendono una maggior difficoltà di riconoscimento e monitoraggio della loro tendenza di mercato poiché non rientrano nelle Tabelle Internazionali degli stupefacenti.

5. La Convenzione unica sugli stupefacenti

5.1 Principi

La cooperazione internazionale che mira ad un miglior monitoraggio del narcotraffico e quindi anche all'abbattimento delle tossicodipendenze ha origini lontane, fino ai primi decenni del '900. La prima Convenzione sull'oppio risale infatti al 1912 e dal 1925 a seguire la Convenzione fu rinnovata ben 7 volte fino ad arrivare a quella tenutasi a New York nel 1961, detta Convenzione Unica sugli stupefacenti. Questa è stata poi aggiornata con un protocollo di emendamenti (Ginevra, 25 marzo 1972). Oggi la Convenzione Unica rappresenta, assieme alla Convenzione di Vienna del 21 febbraio 1971 sulle sostanze psicotrope, la formula della cooperazione fra Stati per la lotta allo spaccio e alla tossicodipendenza (A. Palmonari e P. Arlacchi, 2009).

5.2 Le Tabelle Internazionali degli stupefacenti

In Italia “la legislazione (in particolare sia la legge n. 685 del 1975, sia la più recente n. 162 del 1990) definisce le droghe illecite indicandole in tabelle in cui sono raggruppate diverse sostanze "stupefacenti o psicotrope", "sottoposte alla vigilanza e al controllo". Le tabelle esplicitano, in ordine decrescente, la pericolosità sociale delle sostanze in esse considerate e definiscono, in conseguenza, i criteri necessari per regolarne socialmente l'uso.” (A. Palmonari e P. Arlacchi, 2009).

“Con il Decreto legge 20 marzo 2014, n. 36, convertito con Legge 16 maggio 2014, n. 79, sono state apportate alcune modifiche al Testo unico sugli stupefacenti (DPR 309/90), a seguito della sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale che ha ripristinato il sistema sanzionatorio collegato agli illeciti relativi alle sostanze stupefacenti e psicotrope suddivise in quattro tabelle (I e III sanzioni maggiori; II e IV sanzioni minori).” (Ministero della Salute, 2024). Alle quattro tabelle è poi accompagnata una quinta tabella che rappresenta i medicinali contenenti sostanze stupefacenti e psicotrope.

6. Il mercato della droga

6.1 Eroina

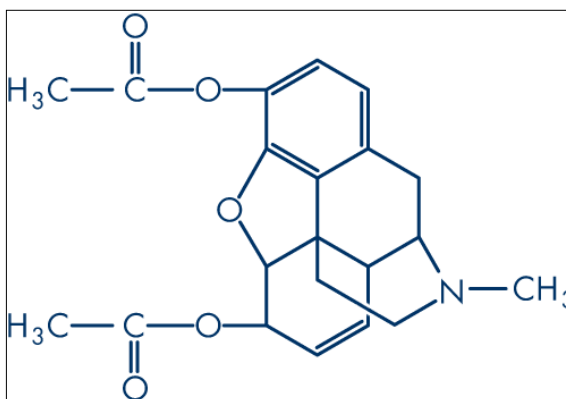


Fig. 28: “Heroin molecular structure” (Fonte: EUDA, European Union Drugs Agency)

L’eroina, C₂₁H₂₃NO₅, è il risultato del processo di acetilazione della morfina, l’alcaloide più abbondantemente contenuto nel papavero da oppio, pertanto la forma risultante che conosciamo come eroina sarebbe più correttamente chiamata diacetilmorfina, il suo principale costituente con proprietà psicoattive (EUDA, n.d.).

Come quanto riportato dall’EUDA l’eroina si presenta secondo due modalità d’uso dipendendo dall’origine: la forma sud ovest-asiatica è una polvere marroncina solubile in solventi organici (ciò che più semplicemente contiene alcool, benzene, etanolo, acetone...) contrariamente alla forma sud est-asiatica che invece si può sciogliere a contatto con l’acqua.

Più della metà della diacetilmorfina è in grado di superare la barriera emato-encefalica e gli effetti previsti includono la sonnolenza, l’euforia e il senso di distacco dalla realtà che si somatizzano creando grande sensazione di calore e piacere (effetto chiamato *the rush*). La sostanza in questione rende una profonda sedazione diventando fino a tre volte più potente della morfina, un suo sovradosaggio diviene facilmente mortale causando depressione respiratoria, nausea e vomito, ridotta motilità nel tratto gastrointestinale, soppressione del riflesso della tosse e ipotermia. Più spesso la morte per overdose sopraggiunge per *ab ingestis*⁷ del vomito e debilitazione delle funzioni respiratorie e di protezione delle vie aeree.

⁷ L’*ab ingestis* è la conseguenza dell’ingresso di materiali estranei (più generalmente cibo o liquidi di qualsiasi natura fuorché sterili e idrosolubili) all’interno dell’albero bronchiale.

I grafici dell'European Drug Report 2024 (fonte: EUDA) suggeriscono che l'eroina stia perdendo la sua fama tra gli utenti di giovanissima età (under 40):

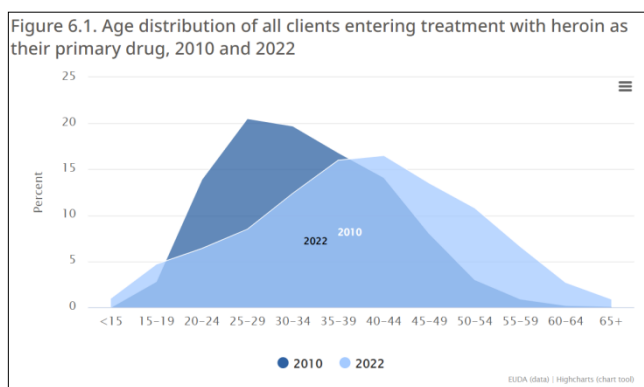
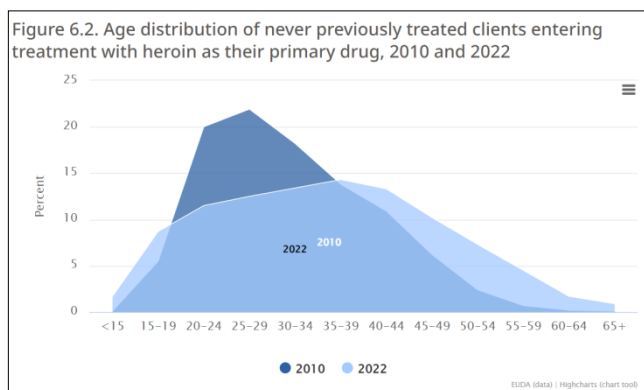


Fig. 29: “Distribuzione percentile dell’età media dei nuovi utenti in cura per dipendenza da Eroina”, (trad.) (Fonte: EUDA)

Fig. 30: “Distribuzione percentile dell’età media di tutti gli utenti in cura per dipendenza da Eroina”, (trad.) (Fonte: EUDA)

La diacetilmorfina inizialmente è venduta dalle farmacie di fine ‘800 all’interno degli sciroppi per la tosse poiché si pensava fosse in grado di “lenire” i sintomi quando in realtà era un semplice sedativo delle funzioni respiratorie. Viene dichiarata illegale dal 1925 (NND, n.d.). Oggi, secondo la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, l'eroina arriva in Europa tramite la rotta Balcanica, quella meridionale, la rotta del Nord (che attraversa l'Asia centrale) e la rotta Caucasicca. In Italia l'eroina giunge sia via mare che via terra dalla Turchia, Albania, Grecia e i Balcani. [...] Va inoltre menzionato l'aumento dei traffici di eroina movimentata su vettori aerei in provenienza dal Pakistan e da alcuni Paesi del Continente africano, specie del versante orientale (rotta meridionale) [...].



Fig. 31: Mappa del narcotraffico di eroina, Copyright@2019 DCSA | All Rights Reserved

6.2 Cocaina

La cocaina, $C_{17}H_{21}NO_4$, è il naturale estratto delle foglie di “*Erythroxylon coca Lam*” coltivate in Sud America (gli indigeni ne fanno uso come stimolante da molti anni). La sua base libera (crack) è la forma fumabile. Nell’occidente la sua molecola rientra all’interno di alcuni trattamenti intraospedalieri oltre ad essere diventata concorrente all’eroina nel narcotraffico e per questo motivo il suo mercato rientra nelle preoccupazioni internazionali. (EUDA, n.d.)

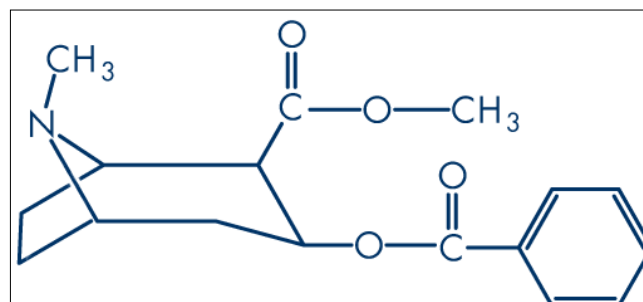


Fig. 32: “*Cocaine molecular structure*” (Fonte: EUDA, European Union Drugs Agency)

Mentre la cocaina è una polvere bianca, il crack è un insieme di piccole rocce o cristalli. Oltre ad agire come anestetico produce anche euforia, tachicardia, ipertensione e arresta

la fame. La cocaina ha una forte azione di rinforzo⁸ e di conseguenza una facile dipendenza psicologica e gli effetti sono abbondantemente rimarcati in coloro che ne fumano la base libera. L'intossicazione da questa sostanza può risultare mortale sia sul breve che lungo termine: possono verificarsi ipertensione, tachicardia, midriasi, ischemia cardiaca, ipertermia talvolta associate ad agitazione, aggressività, convulsioni, stato confusionale. Al momento presente [...] non sono disponibili terapie specifiche ad attività agonista che consentano di controllare direttamente i comportamenti di abuso o la dipendenza da cocaina, e quindi funzionino da sostitutivi, come avviene per i disturbi da uso di eroina [...] (F. Bricolo et al, n.d., p. 306). Il mercato italiano della cocaina segue i tragitti illeciti che la portano dal Sud America all'Europa, sia via mare (tramite le rotte del Sahel, in grandi container) che via terra (attraversando lo stretto di Gibilterra) che via aerea tramite i "corrieri ovulatori" (utenti spesso in situazione economica precaria che accettano di trasportare ovuli di cocaina all'interno del corpo, esponendosi al rischio mortale della loro rottura). Di recente ingresso vi è anche la rotta dei paesi Balcanici. (Ministero Dell'Interno, n.d.).



Fig. 33: Mappa del narcotraffico di cocaina, Copyright@2019 DCSA | All Rights Reserved

⁸ La cocaina blocca il transporter della dopamina ottenendo un sensibile aumento della dopamina intrasynaptica (extracellulare)

6.3 Fentanyl e Nuove Sostanze Psicoattive

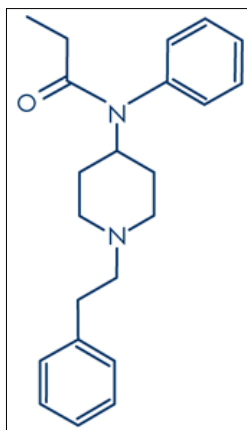


Fig. 34: “Fentanyl molecular structure” (Fonte: EUDA, European Union Drugs Agency)

Mentre per il fentanyl è possibile riportare una formula base, $C_{22}H_{28}N_2O$, per le NSP non lo è perché derivano dalla manipolazione di sostanze preesistenti. Il fentanyl è un oppioide sintetico, non deriva da un prodotto naturale ed è ampiamente conosciuto in ambito intraospedaliero e può presentarsi sotto varie forme che possono essere più o meno potenti dell'originale. Come riportato dall'EUDA può presentarsi classicamente in granuli o piccoli cristalli bianchi e le formulazioni farmaceutiche possono essere soluzioni per iniezione, cerotti trans dermici o in pastiglie transmuose. Quando commercializzato illegalmente invece si visiona una polvere giallo chiaro chiamata “White Persian” oppure sottili pezzi di cartone impregnati, detti “Paper Trips”. Tra i comuni effetti vi è l'analgesia ma anche sonnolenza e leggera euforia. Gli effetti collaterali sono simili a quelli della famiglia oppioide e la dipendenza si sviluppa velocemente (EUDA, n.d.). [...] Un numero significativo di decessi è stato segnalato nell'UE e negli USA a seguito dell'ingestione di fentanyl di sintesi illecita o 'designer', talvolta denominati fentanyl non farmaceutici (NPF). Nel caso dei NPFs, molti decessi - caratterizzati dalla loro improvvisa rapidità - sono stati causati dal l'uso di eroina con il fentanyl o con uno dei suoi più potenti analoghi [...]. (EUDA, n.d.). Le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP), invece, sono droghe di origine sintetica e la loro produzione è portata avanti in laboratori clandestini e ritrovano una più congeniale via di fuga dall'arresto del loro commercio perché esse mimano altre comuni sostanze stupefacenti ma sono artificialmente prodotte e [...] dal punto di vista della legge, queste sostanze non possono essere considerate illegali fino a quando la loro struttura viene identificata e caratterizzata. [...] le informazioni sul meccanismo d'azione, sulla tossicità e sul potenziale d'abuso delle NPS sono ancora molto limitate e quello che spesso accade è che le proprietà farmacodinamiche e farmacocinetiche di queste sostanze vengano testate direttamente dai consumatori. (FNCF, 2024)

7. Report DCSA del 2024

7.1 Trend di mercato

Sempre secondo le stime sui prezzi di mercato delle sostanze stupefacenti stilate annualmente dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) si forniscono di seguito i dati da 11 città campione secondo variabili di differenza, traffico o spaccio. Nel 2023, i prezzi medi del mercato del narcotraffico sono risultati i seguenti:

1. Eroina brown (o diamorfina base): 20.481 euro al kg;
 2. Eroina bianca (o cloridrato di diacetilmorfina): 29.475 euro al kg;
 3. Cocaina: 37.445 euro al kg (risultando la sostanza più costosa);
 4. Ecstasy: 7.794 euro per 1.000 dosi; amfetamine: 7.810 euro per 1.000 dosi;
 5. Metamfetamine: 11.963 euro per 1.000 dosi;
 6. LSD: 10.052 euro per 1.000 dosi.
-

Si registra per l'anno precedente al Report annuale 2024 al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia un abbassamento dei prezzi medi del traffico di marijuana, hashish, cocaina, amfetamine e metamfetamine, mentre aumentano quelli di eroina brown, eroina bianca ed ecstasy (A. Fantoma, et al, 2024). I grafici riportati sono gli originali del Report DSCA 2024 e mostrano come nell'ultimo decennio l'andamento dei prezzi medi dello spaccio di marijuana e hashish abbia seguito un trend di crescita, così come quello di cocaina, ecstasy, amfetamine e metamfetamine. Stabili i prezzi medi al grammo di eroina bianca e brown. Secondo quanto riportato da Alfredo Mantovano (Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri) per il fentanyl sono stati predisposti piani coordinati di intervento. In particolare, in data 12 marzo 2024, si è tenuta a Palazzo Chigi una conferenza stampa di presentazione del "Piano nazionale di prevenzione contro l'uso improprio di Fentanyl e di altri oppioidi sintetici". [...] Il Piano, coordinato dal Dipartimento per le politiche antidroga, è stato definito grazie al lavoro che ha coinvolto diversi Ministeri e gli attori quotidianamente impegnati nelle attività di prevenzione e contrasto alla diffusione di sostanze illegali in Italia e coloro che potrebbero essere coinvolti in caso di un'eventuale emergenza, per consentire una migliore sensibilizzazione sull'argomento. [...] (Dipartimento per le politiche antidroga, 2024).

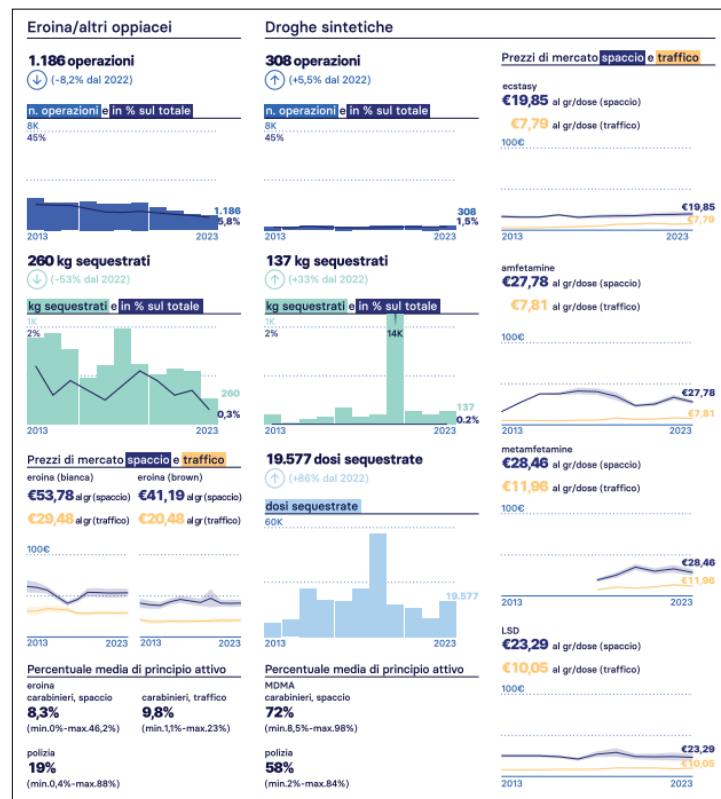
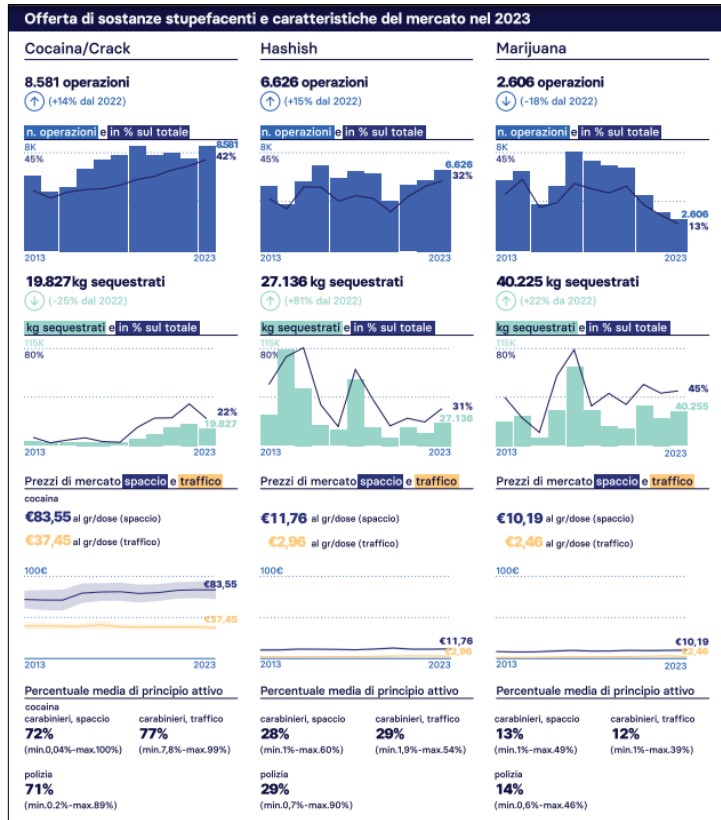


Fig. 35, 36: Caratteristiche del mercato e prezzi delle sostanze (Fonte: Governo.it)

Conclusioni

La lotta alla diffusione delle sostanze illecite e al narcotraffico è ufficializzata all'interno di numerosi sistemi legislativi dai primi decenni del 1900 con la prima Convenzione sull'Oppio. Conseguentemente all'interno dei sistemi sanitari di tutto il mondo si sono create un susseguirsi di nuove tecniche strategiche per il recupero del dipendente patologico che oggi in Italia risultano in trattamenti di *Riduzione Del Danno e limitazione dei rischi* il cui acronimo in uso è RdD e la traduzione inglese ad uso internazionale è *Harm Reduction*.

Dagli anni '80 vengono introdotte delle nuove strutture sanitarie strategiche dell'Harm Reduction nell'Europa settentrionale con l'installazione delle *Drug Consumption Rooms* o DCRs in Svizzera, queste si sono state poi adottate da altri continenti e moltiplicate e in stati sia europei che extra europei.

Le DCRs ad oggi legittimate portano a termine i seguenti servizi:

- Accoglienza e supporto psicologico al dipendente patologico;
- Supervisione e assistenza durante il calo della dose tramite un personale sanitario specializzato;
- Trattamento tempestivo in caso di overdose;
- Promozione della salute, prevenzione ed educazione sanitaria e terapeutica;
- Trattamenti olistici di supporto;
- Disponibilità gratuita di materiali e kit sterili per somministrazioni in endovena e ricondizionamento dei materiali utilizzati;
- Monitoraggio ed epidemiologia delle attuali MTS e infezioni per contatto biologico;
- Atteggiamento tollerante, non proibizionista e privo di giudizio verso l'utente.

Data una convergenza di pratiche controverse all'interno di queste strutture, oggi le DCRs sono considerate fuori dalle linee guida di alcuni sistemi sanitari di molti paesi ed oggi la loro totalità segue una diffusione irregolare anche a livello locale, influenzando così la maggior parte degli studi che vorrebbero revisionarne i dati per conferirne in modo generalizzato la funzionalità ai problemi sociali ed economico sanitari causati dalle tossicodipendenze e dal mercato delle sostanze illecite.

In Italia, con il DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) n° 12 del 2017, le pratiche della RdD sono inserite nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ma ad oggi non ne è stata ancora garantita l'implementazione nelle regioni dello Stato Italiano.

Bibliografia e Sitografia

“Pesaro, si accascia in spiaggia in overdose: ragazza di 30 anni salvata dall'allarme dei passanti”, 1°

Novembre 2019, Il Corriere Adriatico,

https://www.corriereadriatico.it/pesaro/pesaro_accascia_overdose_spiaggia_ragazza_salvata_passanti_ultime_notizie-4834771.html

Account Facebook di denominazione DropIn puntOFermo AslTo3, 9 Settembre 2022,

<https://www.facebook.com/photo/?fbid=460815509398542&set=a.460815492731877>

Account Instagram di denominazione @onpoint_nyc, 2 Agosto 2024, n.d.,

https://www.instagram.com/onpoint_nyc/

Adoc-photos/Corbis/Getty Images, “Opium smokers in China. 1880”, n.d.

<https://allthatsinteresting.com/opium-den#30>

Alvarado Jr J. A., Otterman S., 28 Agosto 2023, “His Job Helping Drug Users Is Illegal. He Says He

Does It to Save Lives.”, The New York Times, <https://www.nytimes.com/2023/08/28/nyregion/safe-injection-sites-drugs-nyc.html>

Berselli R., 6.2.5 Suggerimenti per nuove linee guida nella RdD/RdR, pag. 69, Allegato B, “Instant Book - Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell’ottica di riduzione del danno.

Analisi di esperienze nazionali ed europee”, Dipartimento per le politiche antidroga,

https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3299/allegato-b4_lavori-tavolo-tecnico-4-instant-book.pdf

Carlson D., MSN, RN Director of Nursing Practice, 8 Maggio 2020, , “NCQAC Advisory Opinion: Role

of the Nurse in Supervised Injection Services (SIS) Facilities”, Department of Health Nursing Care Quality Assurance Commission, <https://nursing.wa.gov/sites/default/files/2022-07/NCAO19.pdf>

Dipartimento di Salute e Igiene Mentale di New York City (sito web

ufficiale), <https://home.nyc.gov/site/doh/about/about-doh.page>

Dipartimento Politiche Antidroga, “L’identificazione analitica delle nuove sostanze psicoattive”, n.d.,

Pag. 14, Sistema Nazionale di Allerta Precoce (N.E.W.S.),

https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1277/identificazione_analitica_delle_nuove_sostanze_psicoattive.pdf

DRONet.Plus, n.d., “Sostanze d’abuso”, N N D Network Nazionale sulle Dipendenze,

<http://www.dronet.org/index.php>

Duggan S., Rojas C., 25 Giugno 2024, “Staying Safe and Informed: The Importance of Regular HIV

Testing”, New York State Drug Policy Alliance, OnPoint NYC Blog, <https://onpointnyc.org/staying-safe-and-informed-the-importance-of-regular-hiv-testing/>

Eichler A., 12 Maggio 2011, “Some Unspeakably Depressing Photos of a Baltimore Crack House”, The

Atlantic, <https://www.theatlantic.com/national/archive/2011/05/here-are-some-unspeakably-depressing-photos-baltimore-crack-house/350625/>

EUDA, “Cocaine and crack drug profile”, n.d., https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine_en

EUDA, “Fentanyl drug profile”, n.d., https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/fentanyl_en

EUDA, “Heroin drug profile”, n.d., https://www.euda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin_en

EUDA, “Heroin and other opioids – the current situation in Europe (European Drug Report 2024)”, Giugno 2024, https://www.euda.europa.eu/publications/european-drug-report/2024/heroin-and-other-opioids_en

EUDA, “Joint report 2023 on drug consumption rooms”, 18/12/2023, https://www.euda.europa.eu/publications/technical-reports/2023/drug-consumption-rooms_en

EUDA, “New EMCDDA resource on drug consumption rooms: a local response to local problems and needs”, 24/04/2024, https://www.euda.europa.eu/news/2024/new-emcdda-resource-drug-consumption-rooms-local-response-local-problems-and-needs_en

EUDA, “New EMCDDA resource on drug consumption rooms: a local response to local problems and needs”, 24/04/2024, https://www.euda.europa.eu/news/2024/new-emcdda-resource-drug-consumption-rooms-local-response-local-problems-and-needs_en

Fantoma A., et al, 2024, “Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia”, Governo Italiano, https://www.governo.it/sites/governo.it/files/relazione-al-parlamento_2024.pdf

Gabrielli C., 27 Novembre 2016, “Studentessa trovata morta in camera, stroncata da overdose”, Il Resto Del Carlino, <https://www.ilrestodelcarlino.it/macerata/cronaca/studentessa-morta-overdose-0bd5e904>

Gibson B. et al., n.d., “A baseline report on the operation of the first recognized Overdose Prevention Centers in the United States”, Pag. 6, OnPoint NYC Baseline Report, <https://onpointnyc.org/baseline-annual-report-2023/>

Giorgetti R. et al., 2016, “When “Chems” Meet Sex: A Rising Phenomenon Called “ChemSex””, Pag. 6, PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27855594/>

Goverdose (sito web ufficiale), <https://www.geoverdose.it/>

Governo Italiano, Dipartimento per le politiche antidroga, 12 Marzo 2024, “Presentato il Piano nazionale di prevenzione contro l’uso improprio di Fentanyl”, <https://www.politicheantidroga.gov.it/it/notizie-e-approfondimenti/piani-nazionali/piano-nazionale-contro-il-fentanyl/conferenza-stampa-di-presentazione-del-piano-nazionale-di-prevenzione-contro-l-uso-improprio-di-fentanyl/>

Harm Reduction Ohio, 7 Marzo 2023, “Syringe program conference headliner: OnPoint NYC, the nation’s first overdose prevention site”, <https://www.harmreductionohio.org/syringe-program-conference-headliner-onpoint-nyc-the-nations-first-overdose-prevention-site/>

Hedrich D., Febbraio 2004, *European report on drug consumption rooms*, Pag. 9 – 10, *Definition of target groups*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA https://www.euda.europa.eu/index_en

Hilary S., Otterman S., 8 Agosto 2023, “Federal Officials May Shut Down Overdose Prevention Centers in Manhattan”, New York Times, <https://www.nytimes.com/2023/08/08/nyregion/drug-overdoses-supervised-consumption-nyc.html>

Jarre P., Surano C., 27 Giugno 2020, “*Eroina: dentro la “stanza del buco” di Collegno tra dipendenza e riduzione del danno*”, The Social Post, <https://www.thesocialpost.it/2020/06/27/eroina-torino-collegno-drop-in-riduzione-danno-overdose/>

Kappel N. et al., 2016, “*A qualitative study of how Danish drug consumption rooms influence health and well-being among people who use drugs*”, Pag. 8, Harm Reduction Journal, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910234/>

Marchionni A., 22 Giugno 2024, “*Overdose, morte al Miralfiore, un 44enne trovato senza vita, polizia a caccia del pusher*”, Il resto del Carlino, <https://www.ilrestodelcarlino.it/pesaro/cronaca/overdose-morte-al-miralfiore-un-44enne-trovato-senza-vita-polizia-a-caccia-del-pusher-5202dd18>

Ministero dell’Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, n.d., Traffico dell’eroina, <https://antidroga.interno.gov.it/temi/informazioni-narcotraffico/traffico-della-eroina/>

Ministero dell’Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, n.d., Traffico della cocaina, <https://antidroga.interno.gov.it/temi/informazioni-narcotraffico/traffico-della-cocaina/>

Ministero della Salute, “*Servizio Sanitario Nazionale: i LEA*”, 31 Marzo 2017, <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=Lea&menu=vuoto>

Ministero della Salute, Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. (17A02015), <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>

NADA, National Acupuncture Detoxification Association, (sito web ufficiale), <https://acudetox.com/>

Narconon Alfiere, 03 Agosto 2024, , “*Raccolte siringhe e accessori d’uso comune tra i tossicodipendenti al parco Miralfiore di Pesaro*”, Primo Comunicazione, <https://primocomunicazione.it/articoli/cronaca/raccolte-siringhe-e-accessori-duso-comune-tra-i-tossicodipendenti-al-parco-miralfiore-di-pesaro-da-narconon-alfiere>

OnPoint NYC (sito web ufficiale), <https://onpointnyc.org/>

OnPoint NYC, “*Our Baseline Report*”, 2023, <https://onpointnyc.org/baseline-annual-report-2023/>

Palmonari A. e Arlacchi P., 2009, Treccani, (s.d.), Droga, *Enciclopedia delle scienze sociali*, Dizionario Treccani online, ultimo accesso 28 settembre 2014.

Percy J., 10 Ottobre 2018, , “*Trapped by the ‘Walmart of Heroin’*”, The New York Times Magazine <https://www.nytimes.com/2018/10/10/magazine/kensington-heroin-opioid-philadelphia.html>

Regione Piemonte, Delibera della Giunta Regionale Piemonte, 12 aprile 2019, https://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2019/19/attach/dgr_08767_1050_12042019.pdf

Regione Piemonte, Servizi extrambulatoriali, n.d., ASL TO3 Piemonte, <https://www.aslto3.piemonte.it/servizi/dipendenze/servizi-extra-ambulatoriali/>

Rojas C., 23 Luglio 2024, “*Safer IV Injections: OnPoint NYC’s Harm Reduction Tips*”, sito ufficiale OnPoint NYC, <https://onpointnyc.org/safer-iv-injections-onpoint-nycs-harm-reduction-tips/>

Rojas C., 23 Luglio 2024, “*Safer IV Injections: OnPoint NYC’s Harm Reduction Tips*”, sito ufficiale OnPoint NYC, <https://onpointnyc.org/safer-iv-injections-onpoint-nycs-harm-reduction-tips/>

Swift H., 22 Agosto 2022, *"I work at a place that helps people use drugs safely. This is what it's like"*, TODAY, <https://www.today.com/health/essay/safe-consumption-site-harm-reduction-rcna39431>

Tisa F., Berardi F., *"In Piemonte c'è chi prova a ridurre i danni dell'eroina"*, 27 febbraio 2019, Internazionale, <https://www.internazionale.it/reportage/francesca-berardi/2019/06/03/eroina-collegno>

Treccani, (s.d.), auricoloterpia, n.d., *Dizionario Treccani online*, ultimo accesso 19 settembre 2014, <https://www.treccani.it/vocabolario/auricoloterapia/>

U.S. Department Of Veterans Affairs, 30 Settembre 2021, *"Sticking it Out: Acupuncture Helps Veteran Beat Addiction"*, <https://www.va.gov/durham-health-care/stories/sticking-it-out-acupuncture-helps-veteran-beat-addiction/>

Valerian Gribayedoff/ullsteinbild/ Getty Images, *"Two women entranced in an opium den. New York. 1902."*, n.d., <https://allthatsinteresting.com/opium-den#37>

Wenig S., Peltz J., 10 Marzo 2022, *"A look inside the 1st official 'safe injection sites' in U.S."*, Boston.com, <https://www.boston.com/news/national-news/2022/03/10/a-look-inside-the-1st-official-safe-injection-sites-in-u-s/>