



## STANZE PER IL CONSUMO DI DROGHE

### Dalle pratiche europee una gamma di nuovi servizi?

A cura di Francesca Di Pompeo

1. Prime esperienze
2. Definizioni
3. Storia recente delle stanze del consumo
4. Un confronto tra i diversi modelli
5. Barriere di accesso alle stanze del consumo
6. Stanze del consumo per sole donne
7. Le stanze del consumo: studi su raggiungimento obiettivi e risultati
8. Impatto su mortalità e morbilità
9. Esperienze di successo nella pratica delle stanze del consumo – FUMATELA! Dall'iniezione all'inalazione.
10. Esperienze di successo nella pratica delle stanze del consumo – Manipolazione di sostanze pericolose.
11. Costi – efficacia – personale
12. Politica - stanze del consumo - impatti sulla società

#### **1. Prime esperienze.**

I primi esempi di consumo di droga consentito in appositi centri, in modo non ufficiale o semi-ufficiale, risalgono agli anni '70 nei Paesi Bassi e all'inizio degli anni '80 in Svizzera. Obiettivo di queste iniziative era principalmente offrire un luogo protetto per il consumo di droghe e secondariamente entrare in contatto con la popolazione target. Queste strutture attiravano un gran numero di persone che fanno uso di droghe (PWUD) e anche fornitori, il che ha creato problemi sia in termini di dinamiche tra gli utenti dei servizi sia nel mantenimento di un ambiente sicuro. Queste iniziative sperimentali sono state interrotte, dopo un periodo di tempo relativamente breve dalle stesse agenzie, o dopo l'intervento delle forze dell'ordine.

#### **2. Definizioni.**

"Impianti di iniezione controllati/sicuri", "Impianti di consumo sorvegliati/sicuri", "Siti di consumo controllati". In Europa genericamente prevale la dicitura "stanze per il consumo di droghe" (DCR).

La terminologia per descrivere le attuali esperienze varia, ma l'obiettivo comune è offrire strutture dedicate in cui è possibile portare ed assumere droghe in condizioni più sicure e igieniche, con la supervisione di personale qualificato. Queste strutture principalmente mirano a:

- Ridurre i rischi di diffusione di malattie trasmesse tramite iniezione antigiene;
- Prevenire le morti per overdose legate all'assunzione di droghe;
- Connettere i consumatori di droghe ad alto rischio con il trattamento della dipendenza e altri servizi di salute sociali.
- Ridurre l'uso delle droghe in luoghi pubblici, con impatto positivo sull'igiene, la salute e la percezione di sicurezza da parte della comunità.

Tipicamente, le stanze del consumo (DCR) forniscono ai tossicodipendenti:

- Attrezzature sterili per l'iniezione di droghe;
- Servizi di consulenza prima, durante e dopo il consumo;

- Cure di emergenza in caso di sovradosaggio;
- Cure mediche primarie e rinvio a strutture appropriate per i servizi sanitari e di trattamento delle dipendenze.

Le DCR cercano di attrarre utenti difficili da raggiungere, in particolare gruppi emarginati che usano droghe in luoghi pubblici e/o rischiosi e/o antigiene. Utenti delle DCR si trovano anche tra chi è socialmente più stabile ma usa le DCR per una serie di motivi, ad esempio perché vive con partner non consumatori o in famiglia.

### **3. Storia recente delle stanze del consumo.**

La prima stanza per il consumo di droga (DCR), in senso moderno, è stata fondata a Berna, in Svizzera nel 1986. Questa iniziativa si inquadra in un momento di crescente preoccupazione per la diffusione dell'HIV/AIDS, il significativo aumento dei decessi correlati alla droga e la crescita di scene di spaccio in un certo numero di città europee. A quel tempo, è diventato evidente che la politica sulla droga incentrata esclusivamente sull'astinenza (ad esempio tramite trattamento di disintossicazione, riabilitazione libera dalla droga o reclusione) era inefficace. Fu durante questo periodo che iniziarono a emergere approcci di "riduzione del danno", inclusi programmi aghi e siringhe (NSP) e la terapia sostitutiva con oppioidi (OST).

Nel corso degli anni '90 in diversi paesi europei sono state allestite DCR. Nel 2001 è stato aperto a Sydney (Australia) un centro per "iniezione sotto supervisione medica" (MSIC). Nel 2003 a Vancouver (Canada), è stato aperto InSite, l'unico impianto di iniezione supervisionato (SIF) del Nord America. Nel 2014, c'erano circa 90 strutture ufficiali per il consumo sicuro (SCF) in Europa, Australia e Canada.

#### **88 DCR risultano operanti in Europa al 2014:**

Paese	N. di DCR
Svizzera	13
Olanda	30
Germania	24
Spagna	13
Lussemburgo	1
Norvegia	1
Danimarca	5
Grecia	1

In Europa, le DCR sono ben consolidate in paesi come Spagna, Germania, Paesi Bassi e Svizzera. Queste storie di successo hanno stimolato dibattiti sulle DCR in numerosi paesi e, in paesi europei come Portogallo, Francia, Gran Bretagna e Austria, sono stati istituiti gruppi di campagna per sostenere la causa delle DCR nei rispettivi paesi.

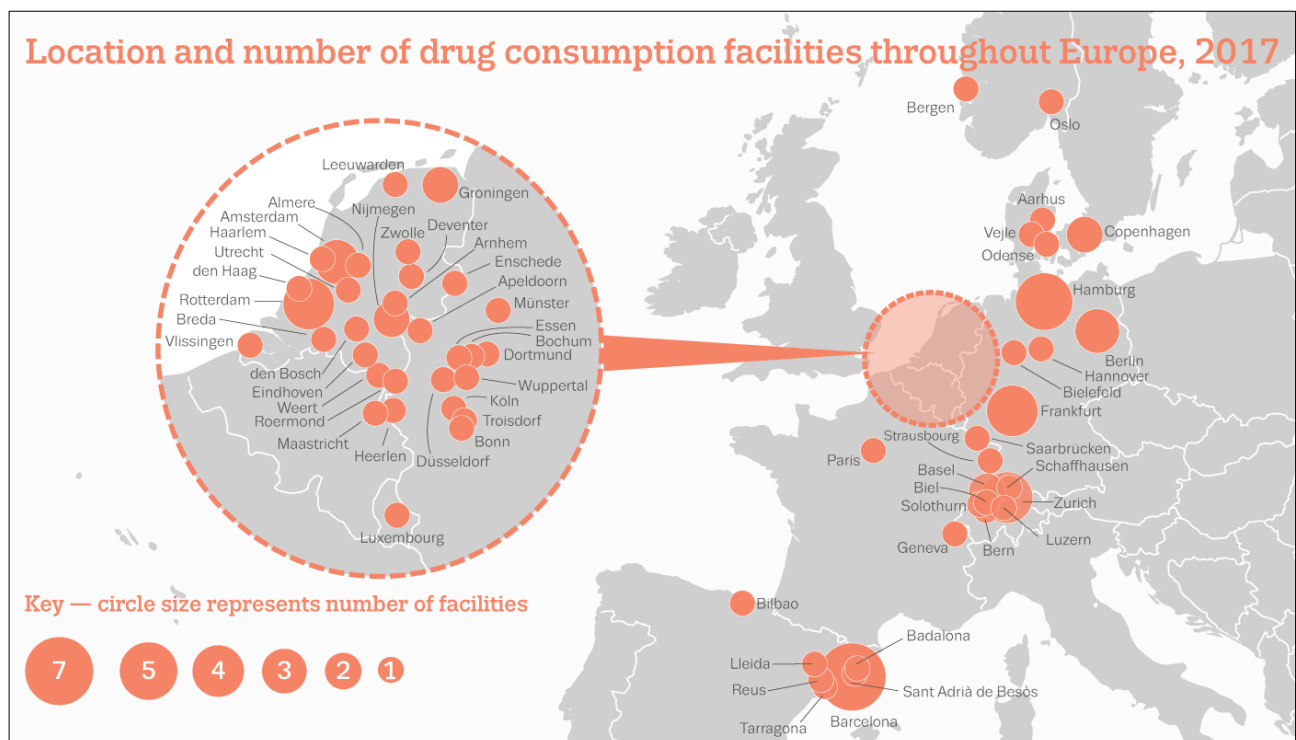
In Irlanda, nel 2017 è stata approvata una legge per consentire la concessione di licenze e la regolamentazione di tali strutture.

Nello stesso anno, sono state annunciate l'ubicazione e l'area di azione di due DCR fisse e una mobile a Lisbona, in Portogallo. Sulla base di uno studio di fattibilità sulle strutture per il consumo di droga in cinque grandi città in Belgio (Gand, Anversa, Bruxelles, Liegi e Charleroi), raccomandazioni sono state presentate ai responsabili politici belgi nel Febbraio 2018.

**Ad aprile 2018 si contano:**

- 31 strutture in 25 città dei Paesi Bassi;
- 24 in 15 città in Germania;
- 13 in 7 città in Spagna;
- 12 in 8 città della Svizzera.
- 5 in 4 città in Danimarca;
- 2 in 2 città in Norvegia;
- 2 in 2 città in Francia;
- 1 in Lussemburgo;

In Canada, oltre all'esperienza della DCR di Vancouver, l'aumento dei decessi per overdose da oppioidi sta



incoraggiando la creazione di tali strutture in tutto il Canada.

In Australia, un centro medico di iniezione controllata è in preparazione a Melbourne, seguendo il modello della struttura esistente a Sydney.

**Situazione attuale:**

PAESI CON DCR UFFICIALMENTE RICONOSCIUTE			
PAESE	DA QUANDO	NUMERO DCR	CITTA' CON DCR
<b>Australia</b>	<b>2001</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Belgio</b>	<b>2019</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Canada</b>	<b>2003</b>	<b>39</b>	<b>4</b>
<b>Danimarca</b>	<b>2012</b>	<b>5</b>	<b>4</b>
<b>Francia</b>	<b>2016</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Germania</b>	<b>1994</b>	<b>24</b>	<b>15</b>
<b>Lussemburgo</b>	<b>2005</b>	<b>1</b>	
<b>Olanda</b>	<b>1990</b>	<b>31</b>	<b>25</b>
<b>Norvegia</b>	<b>2005</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Portogallo</b>	<b>2019</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Spagna</b>	<b>2000</b>	<b>13</b>	<b>7</b>
<b>Svizzera</b>	<b>1986</b>	<b>12</b>	<b>8</b>

**Differenti modelli delle stanze del consumo.**

In letteratura vengono descritti tre diversi tipi di DCR:

1. → modello integrato.
2. → modello specializzato.
3. → modello mobile.

**1. Integrato.**

Le strutture integrate sono il tipo più comune. Queste DCR fanno tipicamente parte di una rete di servizi più ampia e interconnessa. Oggi le DCR hanno sede principalmente in centri antidroga insieme a una serie di altri servizi, come consulenza e test per virus trasmessi dal sangue, drop in center (DIC) con programmi di ago e siringa (NSP), assistenza psicosociale, assistenza ai senzatetto, assistenza medica e accesso a programmi di impiego. Solitamente la DCR trova spazio in un'area dedicata ove l'accesso è normalmente controllato dal personale. Ciò consente al personale di limitare il numero di PWUD che utilizzano la DCR gestendo le restrizioni all'ingresso.

**2. Specializzato.**

Le DCR specializzate sono luoghi protetti dedicati esclusivamente al consumo igienico di droghe in un ambiente non giudicante. Di solito sono installate vicino ad altri servizi antidroga e vicino a scene di droga aperte. La DCR specializzata si concentra sul rinvio ad altri servizi come terapia sostitutiva, consulenza, alloggio o accesso ai servizi per l'impiego.

**3. Mobile.**

Le DCR mobili sono furgoni appositamente attrezzati con 1-3 cabine di iniezione all'interno. Offrono una gamma di servizi di riduzione del danno, come il cambio di siringhe, il test dei virus nel sangue e il rinvio ad altri servizi. I furgoni possono fornire servizi in luoghi diversi, o in un solo luogo, individuato in base alla vicinanza a note e consolidate piazze di spaccio. Le DCR mobili possono integrare, collegare e aggiungere valore alle DCR a sito fisso.

#### **4. Un confronto tra i diversi modelli**

Ciascuno di questi modelli ha i suoi vantaggi e svantaggi. Il contesto locale è davvero cruciale per la scelta di quale modello adottare. Bisogna considerare la natura dell'area, le esigenze delle PWUD e gli interessi della comunità in senso più ampio. Non esiste un modello che si adatti a tutte le esigenze.

Il modello integrato di DCR fornisce un importante "sportello unico" per una gamma di diversi servizi sanitari e di riduzione del danno. Tuttavia, sebbene questa integrazione possa funzionare bene per i tossicodipendenti attivi, l'impatto sulle persone a cui vengono dispensate OST da questi centri potrebbe essere meno utile. Questa situazione può essere ancora più difficile per coloro che si trovano nel centro di disintossicazione, poiché devono intraprendere la loro disintossicazione mentre possono sentire, annusare e sapere che le droghe vengono portate, vendute e utilizzate nella medesima struttura. L'integrazione dei servizi per i tossicodipendenti attivi e quelli in OST innesca inevitabilmente i clienti che stanno cercando di stare alla larga dall'uso di droghe illecite e questo fornisce un rischio di ricaduta. A volte le persone descrivono questo modello come un "criceto in una ruota".

I servizi nel modello specializzato sono molto più limitati, tuttavia, il vantaggio è che quelle PWUD che convergono in queste strutture hanno tutte lo stesso obiettivo.

I principi operativi generali delle DCR mobili sono coerenti con le DCR di sito fisso (integrato e specializzato). La differenza principale è il rendimento. Le DCR mobili inevitabilmente ospitano meno persone al giorno rispetto ai servizi di sede fissa più grandi. Una seconda ma correlata questione, riguarda il costo delle strutture mobili. Le DCR mobili hanno una portata inferiore ma richiedono comunque livelli di personale simili a quelli delle DCR a sede fissa nelle stesse città. Il costo per utente è quindi inevitabilmente più alto. In terzo luogo, le DCR mobili operano tipicamente in aggiunta ai servizi di sede fissa che operano nelle città. Inoltre, questa opzione talvolta è stata scelta perché può fornire una formula socialmente più accettabile di un servizio di sede fissa.

#### **5. Barriere di accesso alle stanze del consumo.**

Le DCR possono realizzare il loro pieno potenziale solo se consentono l'accesso al servizio a quante più persone possibili.

Parametri di ammissione nelle DCR attualmente diffusi in Europa:

- Accesso alle DCR interdetto per gli OST (solo in Germania e Lussemburgo).
- Ammessi solo gli utenti regolari di almeno 18 anni.
- Alcune DCR tedesche accettano PWUD se hanno almeno 16 anni ma con consenso scritto dei genitori.
- Le sostanze che gli utenti portano con sé sono soggette a controllo visivo. Gli operatori sono sempre presenti nella DCR e tutto il personale è addestrato a rianimare PWUD se incorrono in overdose.
- Sono esclusi gli utenti occasionali o che si rivolgono alla DCR per la prima volta.
- Sono escluse le persone ubriache o comunque intossicate.
- Alcune DCR in Germania, Svizzera e Paesi Bassi consentono l'accesso solo se gli utenti risiedono nelle vicinanze.

Gli effetti negativi dei criteri di ammissione sono ben illustrati dalla ricerca in una DCR senza nome in Germania. In 544 occasioni ai potenziali utenti della DCR è stato negato l'accesso per i seguenti motivi:

- 150 volte perché i clienti erano ubriachi o intossicati.
- 109 volte perché le persone erano in terapia sostitutiva con oppioidi.
- 4 volte perché le persone erano utenti per la prima volta o occasionali.
- 2 volte perché PWUD aveva meno di 18 anni senza il permesso dei genitori.
- 250 volte perché non risiedono nelle vicinanze della DCR.

L'impatto di ciò è evidenziato dall'analisi delle 98 emergenze legate alla droga verificatesi nelle vicinanze della DCR nel corso del 2013. Queste persone sono state trattate dal personale della DCR che ha riferito che molte di queste emergenze erano direttamente correlate ai criteri di ammissione. Le PWUD che erano state colpite da queste emergenze legate alla droga non risiedevano nelle vicinanze della DCR e altre erano in terapia sostitutiva con oppioidi. Esisteva, quindi, una relazione diretta tra le ragioni dell'esclusione di questi potenziali clienti e la loro esposizione al rischio quando hanno deciso di usare farmaci senza la rete di sicurezza fornita dalla DCR.

Una lezione chiave da questo studio è che il personale nelle DCR deve avere margine di manovra, in modo che possa rispondere alle esigenze individuali dei clienti valutando di caso in caso la loro esposizione al rischio.

#### **6. Stanze del consumo per sole donne.**

Nel contesto europeo e anche a livello mondiale esiste una sola stanza per il consumo di droghe che si rivolge esclusivamente alle donne. Questa DCR è stata avviata ed è gestita dall'associazione "RAGAZZA", ad Amburgo, in Germania ed è una struttura che si concentra specificamente sui bisogni fondamentali e la cura delle donne che fanno uso di droghe e che sono anche lavoratrici del sesso. Il team - che comprende assistenti sociali, infermiere, medici, avvocati e mediatrici culturali - è composto esclusivamente da donne.

In un sondaggio, l'80% delle utenti di "RAGAZZA" ha riferito di sentirsi più a suo agio e al sicuro tra le donne. Inoltre, l'atmosfera in uno spazio per sole donne è più rilassata rispetto a un servizio misto. Il 90% delle intervistate ha affermato di poter parlare più apertamente dei propri problemi e di fidarsi più prontamente del personale, il che ha reso più facile accettare le offerte di aiuto.

Oltre al progetto "RAGAZZA", solo la DCR di Biel, in Svizzera, ospita un servizio settimanale di due ore per le donne che fanno uso di droghe. Durante questo periodo, la DCR è riservata esclusivamente alle utenti donne.

Vari studi hanno dimostrato che la percentuale di donne nelle DCR varia tra il 10% e il 25%. Le particolari barriere incontrate dalle donne che cercano di entrare nelle DCR tradizionali non sono ben note. Tuttavia, l'esperienza di quelle DCR che offrono servizi per sole donne è che possono raggiungere in modo più efficace le donne che fanno uso di droghe.

#### **7. Le stanze del consumo: studi su raggiungimento obiettivi e risultati.**

I risultati delle esperienze con le DCR sono stati riportati direttamente alle autorità locali e talvolta ai responsabili delle politiche nazionali, ma i dati sono stati pubblicati raramente nella letteratura internazionale. I risultati sono rimasti relativamente inaccessibili alla comunità di ricerca internazionale fino a che sono stati pubblicati riassunti di ricerca in lingua inglese. Le strutture di iniezione controllate stabilite a Sydney e Vancouver, hanno prodotto studi di valutazione e un corpus sostanzioso di dati e prove di efficacia ([www.sydneymsic.com](http://www.sydneymsic.com) e [www.supervisedinjection.vch.ca](http://www.supervisedinjection.vch.ca)).

Gli studi sulle DCR affrontano molteplici ostacoli, incluse le differenze metodologiche nella raccolta dei dati da parte delle varie strutture. Tuttavia, le prove scientifiche pubblicate circa il conseguimento degli obiettivi delle DCR sono assolutamente positive.

L'efficacia delle DCR nel raggiungere e rimanere in contatto con popolazioni target altamente emarginate è ampiamente documentato. Questo contatto ha portato a miglioramenti immediati delle condizioni igieniche nell'uso di droghe per le PWUD, nonché benefici nell'ordine e igiene pubblici, con minori rifiuti connessi all'uso di droghe all'aperto.

Ricerche hanno anche dimostrato che l'uso di farmaci sotto controllo in strutture di consumo è associato con la riduzione di comportamenti a rischio come la condivisione di siringhe. Questo riduce il rischio di trasmissione dell'HIV, epatite B e C, e morte per overdose. Tuttavia, l'impatto delle DCR sulla riduzione

dell'incidenza del virus tra la più ampia popolazione che assume droghe per via parenterale, rimane poco chiaro e difficile da stimare, in parte a causa del limitato numero di strutture a copertura della popolazione target e in parte per problemi metodologici, poiché è complicato isolare l'effetto delle DCR da quello di altri interventi.

Alcune prove sono state fornite da studi che suggeriscono come, laddove la copertura sia adeguata, le stanze del consumo possono contribuire a ridurre le morti legate al consumo di droga. Uno studio a Sydney ha dimostrato che le chiamate al servizio di emergenza sanitario per overdose da oppioidi, diminuivano del 68% nelle fasce orarie in cui il sito di consumo sicuro era aperto.

La maggior parte delle overdose verificatesi presso le strutture di Vancouver e Sydney sono state trattate con successo con ossigeno, rispettivamente nell'87% e nel 70% dei casi. Il naloxone è stato somministrato nel 27% e nel 25% dei casi.

Inoltre, la presenza di stanze del consumo è associata con l'aumento sia dei processi di disintossicazione che di trattamento della dipendenza, compresa l'assunzione di terapia sostitutiva con oppioidi, come evidenziato da uno studio canadese che ha documentato una relazione di crescita proporzionale tra incremento di presenze presso la struttura di Vancouver, aumento dei tassi di rinvio a centri di cura delle dipendenze, e aumento dei tassi di adesione al trattamento di disintossicazione e mantenimento con metadone.

Nel 2005 è stato effettuato uno studio volto a verificare gli effetti della presenza della struttura per iniezioni supervisionata di Sydney sui reati correlati alla droga, reati contro il patrimonio e aggressioni violente, registrati dalle forze dell'ordine nell'area in cui è presente il centro. Non è stata riscontrata alcuna prova che l'esistenza della struttura abbia portato ad un aumento o diminuzione di furti o rapine intorno alla struttura.

Allo stesso modo, nel 2006 uno studio ha confrontato il numero mensile di denunce per traffico di droga, aggressioni e rapina in Downtown Eastside a Vancouver l'anno prima e l'anno dopo l'apertura della struttura locale per il consumo controllato di droghe: l'istituzione della struttura non era associata ad un marcato aumento di questi crimini.

Una preoccupazione comune per quanto riguarda le DCR è che potrebbero sdoganare l'uso di droghe e portare ad un aumento dell'uso di sostanze. Due studi a Vancouver hanno rilevato che 25 mesi dopo l'apertura di InSite, non vi è stato alcun aumento significativo della popolazione locale che si inietta droghe (PWID), nessuna diminuzione significativa di coloro che hanno iniziato la terapia con metadone e nessun aumento significativo dei tassi di ricaduta. Allo stesso tempo, non c'è stata una riduzione significativa del numero di PWID. La preoccupazione che l'istituzione di una DCR aumenti il consumo di droga sembra essere infondata.

Un'altra preoccupazione comune è che le DCR possano aumentare il fastidio pubblico e la criminalità nel quartiere circostante. Studi sia a Vancouver che in Australia non hanno rilevato alcun aumento di criminalità, violenza o traffico di droga nelle immediate vicinanze delle DCR dopo l'apertura. Allo stesso modo, studi nei Paesi Bassi e in Svizzera non hanno rilevato alcun aumento della criminalità dopo l'apertura delle DCR. La maggior parte dei rapporti europei ha risultati simili, sebbene alcuni studi mostrino un aumento del traffico di droga, incidenti aggressivi e microcriminalità intorno alle strutture.

Uno studio sul conteggio delle siringhe abbandonate in prossimità di InSite ha rilevato una diminuzione delle siringhe e dei rifiuti correlati all'iniezione in seguito all'apertura del centro. Diversi studi hanno rilevato un minor numero di persone che si iniettano droghe in spazi pubblici dopo l'apertura delle DCR, sulla base di osservazioni locali e auto-relazioni dei visitatori della struttura. (Wood, 2004, Salmon, 2007).

## **8. Impatto su mortalità e morbilità.**

La riduzione dei decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica di salute pubblica in Europa. La maggior parte dei decessi per overdose sono legati all'uso di oppioidi, principalmente l'iniezione di eroina. Il sovradosaggio è stato riconosciuto come una causa comune di morbilità e mortalità tra PWID. In molti paesi, il sovradosaggio fatale è la principale causa di morte tra PWID.

Ridurre la mortalità per overdose di droga è uno degli obiettivi principali realizzati dalle DCR fornendo supervisione e intervento medico in caso di sovradosaggio. Dopo l'apertura di InSite a Vancouver, i decessi per overdose correlati alla droga nelle vicinanze di InSite sono diminuiti del 35%, rispetto a solo il 9,3% in tutta la città.

Le morti per overdose di droga sono prevenibili e ci sono prove che dimostrano che le DCR riducono il verificarsi di eventi di overdose e prevengono esiti fatali quando si verificano casi di overdose.

Nonostante milioni di iniezioni avvenute presso le DCR negli ultimi 20 anni, è stato segnalato un solo decesso, per anafilassi (una grave reazione allergica a tutto il corpo), nel dicembre 2002 un in una sala di consumo tedesca.

Deutsche AIDS-Hilfe ha intrapreso una revisione del 75% delle 24 DCR esistenti in Germania nel 2013. Questo studio ha evidenziato l'elevato impatto delle DCR in termini di prevenzione dei decessi correlati all'uso di stupefacenti.

Lo studio ha esaminato 584 emergenze legate alla droga che sono state documentate nel 2013 (di cui il 77% interessava utenti uomini, il 23% utenti donne). Le informazioni sulla gravità sono state fornite per un totale di 503 emergenze e ciò ha mostrato che mentre 309 emergenze legate alla droga sono state classificate come minori o moderate, 194 (38,5%) hanno coinvolto sintomi gravi e potenzialmente letali. Secondo la valutazione dei lavoratori delle DCR, queste gravi emergenze avrebbero potuto avere un esito fatale se il soggetto fosse stato da solo a casa o in un luogo pubblico.

Questo studio ha individuato la combinazione di cattive condizioni fisiche/mentali al momento dell'emergenza e il consumo di alcol e/o benzodiazepine come i principali fattori di rischio. Un altro fattore di rischio è stato individuato nella circostanza per cui il consumo di droghe seguiva un periodo di astinenza autoimposta o imposta dall'esterno (ad esempio reclusione, disintossicazione o riabilitazione).

Sulla base dei dati raccolti e valutati nel 2013, risulta evidente che interventi tempestivi e competenti da parte di personale delle DCR impediscono un aumento del tasso di mortalità di PWUD.

Accogliere utenti a rischio elevato nelle DCR contribuisce in modo sostanziale a ridurre l'incidenza di decessi correlati alla droga, a seguito di intossicazione, e questo riafferma il messaggio che le DCR salvano vite.

Diversi studi di Vancouver hanno esaminato la trasmissione virale per via ematica, ma non hanno riscontrato un impatto diretto delle DCR sulla riduzione della trasmissione virale. Ciò era in gran parte dovuto a difficoltà metodologiche. Una revisione di studi europei afferma che le riduzioni dell'incidenza di HIV e HCV sono state empiricamente riscontrate da diverse strutture, ma non vengono citate prove a sostegno di tali affermazioni.

La presenza di DCR è stata associata a pratiche di iniezione più sicure che teoricamente ridurrebbero la probabilità di trasmissione virale. Una meta-analisi stima una riduzione del 69% della probabilità di condivisione della siringa tra gli utenti delle DCR. Un altro studio ha rilevato un nesso tra presenza di DCR e diminuzione del riutilizzo delle siringhe, diminuzione delle iniezioni in pubblico, smaltimento sicuro di siringhe. La diffusione di DCR è stata anche associata a un aumento dell'8% dell'uso del preservativo nei rapporti sessuali.



## **9. Esperienze di successo nella pratica delle stanze del consumo – FUMATELA! Dall'iniezione all'inalazione.**

Come detto, il tipo di sostanze utilizzate, la via di somministrazione e la salute dell'utilizzatore sono tutti fattori che incidono sul rischio di sovradosaggio. L'iniezione è il modo più pericoloso di usare l'eroina. L'uso di droghe per via endovenosa è una pratica consolidata nelle epidemie di eroina che si sono diffuse in Europa negli anni '80.

Le PWID sono tra quelle a più alto rischio di avere problemi di salute connessi all'uso di droghe, come infezioni trasmesse dal sangue (ad esempio HIV/AIDS, epatite), principalmente a causa della condivisione di apparecchiature per l'iniezione, o overdose di droghe e danni alle vene. Nella maggior parte dei paesi europei, l'iniezione è comunemente associata all'uso di oppioidi, sebbene in alcuni paesi sia associata all'uso di anfetamine. I livelli di iniezione tra le persone che usano oppioidi variano da paese a paese, dal 7% nei Paesi Bassi al 94% in Lettonia.

I dati disponibili suggeriscono che il rischio di sovradosaggio accidentale quando si fuma eroina è sostanzialmente ridotto rispetto all'iniezione. Inoltre, anche l'esposizione all'HIV e alle infezioni da epatite B o C è notevolmente ridotta quando si fuma eroina.

Molti paesi europei hanno visto una diminuzione del consumo di droghe per iniezione e un aumento del consumo di droghe per inalazione negli ultimi 10 anni. La diminuzione dell'iniezione di eroina si osserva in tutti i paesi, sebbene il calo sia più marcato nei paesi dell'Europa occidentale. Nel 2009, mentre i paesi occidentali hanno riferito che il fumo di eroina era diventata la principale via di somministrazione della droga per più della metà dei consumatori di eroina (53%), nei paesi orientali, il 70% dei consumatori di eroina ha riferito che l'iniezione era la loro principale via di somministrazione.

Dato che il fumo è associato a minori rischi di sovradosaggio e ridotta esposizione a virus trasmessi dal sangue, le DCR dovrebbero sostenere le tendenze verso il fumo di eroina e altre droghe. Ciò è particolarmente importante poiché avere spazio e tempo per fumare è stato visto come un fattore chiave nel passaggio al fumo di eroina nei Paesi Bassi. È da notare che tutti gli olandesi e 21 delle 24 stanze per il consumo di droghe in Germania hanno aree separate per coloro che vogliono fumare le loro droghe.

La maggior parte delle DCR in Svizzera ha predisposto più posti per fumare che per assunzione di droghe per via parenterale. Al contrario, solo 3 dei 13 DCR in Spagna offre sale fumatori per inalare eroina o cocaina. Anche l'aumento del fumo di droghe è stato preso in considerazione in sede di istituzione della nuova DCR a Copenaghen denominata "Skyen". Questa è la prima DCR in Danimarca con cabine fumatori per sette utenti.

Nonostante il fatto che il fumo di droghe sia diventato sempre più comune in molti paesi europei, le DCR offrono più posti per l'uso per iniezione che per l'uso inalatorio di droghe, ad eccezione della Svizzera e dei Paesi Bassi. Le strutture olandesi offrivano una media di 14 posti fumatori e 5 posti per le iniezioni.

Alla luce della crescita delle droghe da fumo in molti paesi europei, le DCR che finora si sono concentrate esclusivamente sull'uso di droghe per via parenterale, dovrebbero espandere la loro gamma di servizi per includere sale per inalare le droghe. Ciò non minimizza i rischi associati al fumo di droghe e in particolare la significativa pressione esercitata sui polmoni e sulle vie respiratorie dal fumo. Tuttavia, questi rischi sono gestiti meglio quando si coinvolgono persone nei servizi e quando si confrontano i tassi di overdose o virus trasmessi per via ematica.

L'indagine "SMOKE IT" in collaborazione con 6 DCR in Germania nel 2012 dimostra che le abitudini di assunzione dei consumatori di eroina possono essere influenzate mettendo a loro disposizione una serie di nuovi strumenti di prevenzione (fogli pretagliati non rivestiti, più spessi e quindi più resistenti allo strappo, pipe). Poco più della metà degli intervistati ha indicato di aver fumato usando cartine invece di iniettare la

sostanza. Quando ai partecipanti al sondaggio è stato chiesto di indicare il motivo per cui avessero scelto di fumare eroina invece di iniettarla:

→ Quasi sei su dieci (58,9%) hanno affermato che questo metodo di somministrazione è più sano dell'iniezione.

→ La metà degli intervistati (49,1%) ha citato la curiosità.

→ Un terzo (35,7%) ha dichiarato come fattore particolarmente significativo per la scelta il ridotto rischio di infezioni come l'epatite e/o l'HIV/AIDS.

→ Un terzo degli intervistati ha dichiarato di aver scelto di fumare la sostanza per evitare il pericolo di un sovradosaggio.

→ Il 30,4% ha indicato la necessità di dare una pausa alle vene come motivo per fumare l'eroina.

#### **10. Esperienze di successo nella pratica delle stanze del consumo – Manipolazione di sostanze pericolose.**

Alcuni paesi europei hanno visto un aumento della quantità di cocaina utilizzata negli ultimi anni. Nonostante il fatto che oltre l'80% dei consumatori di cocaina abbia segnalato l'uso di cocaina in polvere, ci sono indicazioni che l'uso di cocaina crack sia diventato sempre più comune in alcuni paesi europei. Il crack viene prodotto attraverso un processo che separa la base di cocaina dal cloridrato, utilizzando un processo chiamato freebasing, e questo produce piccole rocce di cocaina, dette crack. A meno che non comprino crack già preparato, le PWUD normalmente usano ammoniaca o bicarbonato di sodio per il freebasing.

In alcune sale per il consumo di droghe (ad esempio a Copenaghen/Danimarca) gli utenti possono utilizzare l'ammoniaca per produrre crack portando con sé bottiglie di ammoniaca acquistate all'esterno. Dopo aver usato il crack, le persone hanno livelli elevati di adrenalina nell'organismo, il che può portare ad avere aggressività nei comportamenti. Inoltre, la cocaina provoca disinibizione rendendo imprevedibile il comportamento degli utilizzatori.

Pertanto, nelle interazioni con il personale, gli operatori sono esposti al rischio di venire minacciati o colpiti con lanci di ammoniaca, con il rischio di gravi danni agli occhi e ai tessuti. Inizialmente è stata presa in considerazione l'opzione di vietare l'uso dell'ammoniaca nelle DCR, tuttavia, ciò avrebbe costituito una barriera all'ingresso. Invece è stata creata una "stazione di ammoniaca" che può essere utilizzata nella "Smoker Room" per trasformare la cocaina in polvere in crack, rendendo disponibile ammoniaca in quantitativo controllato. Inoltre, poiché l'inalazione di ammoniaca è molto più dannosa dell'utilizzo di bicarbonato di sodio, il personale informa gli utenti che fanno uso di crack che il bicarbonato di sodio è un'alternativa più sana all'ammoniaca. Per incoraggiare il cambiamento di comportamento, i fumatori ricevono una pipa da crack in vetro e una piccola confezione di bicarbonato di sodio.

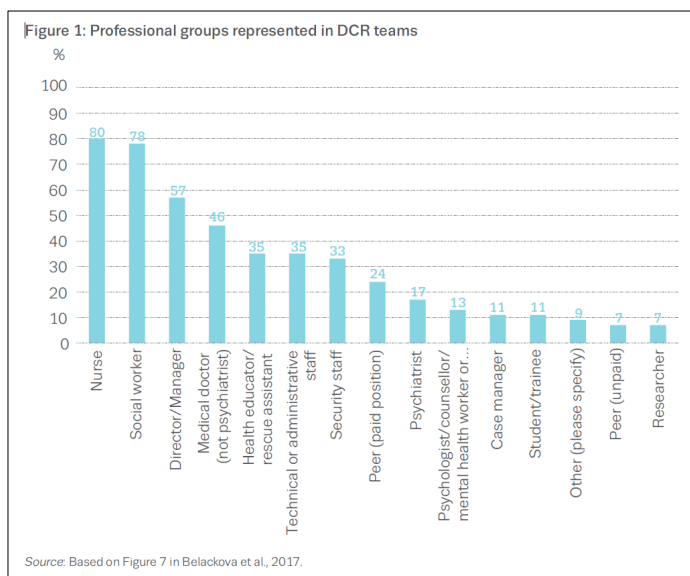
Offrire opzioni e consigli sulla riduzione del danno è il modo giusto per cambiare il comportamento di PWUD.

#### **11. Costi – efficacia – personale.**

Quattro studi hanno esaminato il rapporto costo-efficacia di InSite di Vancouver sulla base di morti stimate per HIV, HCV e overdose prevenute dal centro. Un modello ha stimato un risparmio sui costi di 14 milioni di dollari e 920 anni di vita su un periodo di dieci anni. Un altro studio ha stimato un risparmio dei costi medici annuali di 17,6 milioni di dollari rispetto ai costi operativi annuali di 3 milioni di dollari di InSite.

Tuttavia, la validità di questi studi potrebbe essere messa in discussione. Gli studi si basano in gran parte su stime di prevenzione delle infezioni da HIV, ma non ci sono prove concrete che dimostrino che le DCR riducano i tassi di infezione da HIV. Questo è un settore che richiede e merita uno studio più rigoroso.

Per quanto riguarda il personale operante all'interno delle strutture, un'indagine sulle DCR europee ha mostrato che per la maggior parte era composto da case manager (97%), infermieri (87%) e manager (58%). In alcune operavano studenti (42%), addetti alla sicurezza (29%) e persone che in precedenza facevano uso di droghe (23%). La maggior parte offriva orari d'ufficio per un medico (60%) o un infermiere (84%). Il numero di dipendenti variava tra 8 e 71, dove un numero elevato di personale era dovuto all'uso di dipendenti part-time. Non sono stati forniti dati sul personale per turno.



InSite di Vancouver ospita 13 cabine di iniezione ed è composto da 9-10 dipendenti per turno; 5 assistenti sociali, 2-3 dipendenti (la maggior parte dei quali sono utenti attivi) e 2 RN.

## 12. Politica - stanze del consumo - impatti sulla società

Le DCR inizialmente si sono evolute in risposta a problemi di salute e ordine pubblico legati a scene di droga aperte e mercati della droga in città in cui una rete di servizi per consumatori di droghe esisteva già, ma dove si sono incontrate difficoltà nel rispondere a questi problemi. Le DCR rappresentano una risposta "locale", strettamente collegata alle scelte politiche fatte dagli stakeholder, sulla base di una valutazione dei bisogni espressi dal territorio di riferimento.

Anche se impostate e supportate da una serie di stakeholder locali, le strutture erano sperimentali all'inizio e hanno suscitato reazioni controverse. Successivamente, fornitori di servizi locali, cittadini, autorità sanitarie e forze dell'ordine hanno monitorato attentamente la situazione prima e dopo l'apertura delle DCR e documentato se i miglioramenti attesi dalla loro implementazione fossero stati raggiunti.

Studi di valutazione hanno riscontrato un impatto complessivamente positivo sulle comunità in cui si trovano queste strutture che sono generalmente accettate dalla cittadinanza e dalle imprese locali. Nondimeno, la consultazione e il dialogo con gli attori chiave locali è essenziale per ridurre al minimo le resistenze da parte della comunità o le risposte controproducenti delle forze dell'ordine.

Lì dove è stata intrapresa, l'esperienza delle DCR ha determinato una situazione vantaggiosa per tutti gli attori sociali coinvolti, contemperando le esigenze delle PWUD e le esigenze delle forze dell'ordine e della cittadinanza in generale, evitando situazioni di disturbo alla salute e alla sicurezza pubbliche in città.

Tuttavia, nonostante i vantaggi delle DCR per le diverse parti interessate, rimane l'opposizione di politici e opinione pubblica che non vogliono che le DCR siano introdotte nel loro territorio. Questa negazione è spesso il risultato della tradizionale opposizione dell'opinione pubblica a tutte le misure di riduzione del danno, alimentata dal mito secondo cui questi servizi attraggono scene di droga aperte e creano fastidio pubblico. A

volte sono state espresse preoccupazioni per il fatto che le DCR potessero incoraggiare l'uso di droghe, ritardare l'ingresso al trattamento delle PWUD o aggravare i problemi del locale mercato della droga. Per alcuni parlare delle DCR può essere visto come un riconoscimento che il consumo di droghe illecite esiste ed è diffuso in città e questo riconoscimento può essere politicamente rischioso. È interessante notare che, quando si guarda ai paesi che attualmente discutono sull'attuazione delle DCR, non c'è nessun partito politico favorevole all'implementazione di questi servizi. Ciò evidenzia come le DCR siano ancora politicamente controverse e gli argomenti professionali e la ricerca basata sull'evidenza possono disperdersi nel dibattito politico.

Tuttavia, la consultazione con gli attori chiave locali è essenziale per ridurre al minimo le resistenze da parte della comunità o le risposte controproducenti delle forze dell'ordine.

La percezione e l'opinione pubblica delle DCR tendono a migliorare nel tempo, successivamente all'apertura e al consolidamento dell'attività delle strutture. Un sondaggio tra i gestori di SCF in Europa ha mostrato un aumento percepito dell'accettazione tra le strutture di trattamento, i rifugi, la polizia e i vicini.

