

# Le stanze del consumo

Evidenze scientifiche e prove di efficacia  
nella documentazione di Fuoriluogo



## Indice

Grazia Zuffa, "Stanze del consumo (SIR o DCR), gli studi di valutazione", scheda di presentazione, luglio 2006

Susanna Ronconi, "Le stanze della discordia", *Fuoriluogo*, maggio 2000  
Injecting rooms (scheda)

Toni Garzillo, "Accoglienza made in Germany" (voci di strada), *Fuoriluogo*, maggio 2000

Grazia Zuffa, "Punto di approdo. Il 'Fixpunkt' di Hannover, *Fuoriluogo*, giugno 2000  
Injecting rooms, l'esperienza di Hannover (scheda)

Simon Lenton, "Il continente della sperimentazione", *Fuoriluogo*, maggio 2001

Fabio Fimiani, "Prove in Padania", *Fuoriluogo*, giugno 2001

Ginevra, prima injecting room (scheda), *Fuoriluogo*, dicembre 2001

Susanna Ronconi, "Torino città pilota. Dopo tanti morti per eroina, si pensa alle injecting rooms". Parla il sindaco, *Fuoriluogo*, settembre 2002

Susanna Ronconi, "Dall'Olanda alla Spagna, il panorama europeo", *Fuoriluogo*, settembre 2002

Marina Impallomeni, "Canada, la riforma procede", *Fuoriluogo*, gennaio 2003

Paolo Jarre, "Injecting rooms, di cosa parliamo?" (editoriale), *Fuoriluogo*, febbraio 2003

Grazia Zuffa, "Stanze del consumo: A Torino Francoforte fa scuola". Intervista a Juergen Weimer, *Fuoriluogo*, febbraio 2003

Hans Visser e Marie Kok-Egu, "Il 'buco pulito' nella cripta di San Paolo", *Fuoriluogo*, marzo 2003

Uwe Kemmesies, "Una pista da seguire. Gli studi dell'Università di Francoforte sulle 'safe injection rooms'", *Fuoriluogo*, marzo 2003

Matteo Ferrari, "Rapporto sulle 'stanze' per il crack", *Fuoriluogo*, settembre 2003

Marina Impallomeni, "Le stanze che mancano", *Fuoriluogo*, dicembre 2003

Susanna Ronconi, "Eppure si potrebbe. Praticabilità sociale delle stanze del consumo", *Fuoriluogo*, febbraio 2004

Susanna Ronconi, "Sdoganate le 'stanze sicure'. Il Rapporto Emcdda", *Fuoriluogo*, aprile 2004

Susanna Ronconi, “La strana ‘pallina’ che uccide”, *Fuoriluogo*, giugno 2004

Grazia Zuffa, “Le evidenze scientifiche a favore della riduzione del danno. Osservatorio europeo e Beckley Foundation, due rapporti sulla salute dei consumatori” (scheda), *Fuoriluogo*, marzo 2005

Maria Teresa Ninni, “Il coraggio degli ultimi. Una narcosala a Barcellona”, *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2005

Juan Muñoz Sánchez, “Narcosalas, eppur si può. Spagna, i presupposti giuridici della riduzione del danno”, *Fuoriluogo*, settembre 2005

“Il governo locale delle ‘scene aperte’” (Una ricerca a cura di Monica Brandoli e Susanna Ronconi), *Fuoriluogo*, marzo 2006

Massimiliano Verga, “Osessionati dalle stanze del consumo. Presentato il Rapporto 2006 dell’organismo internazionale di controllo delle droghe”, *Fuoriluogo*, marzo 2007

Stefano Carboni, “Vancouver e Sydney investono sulle ‘stanze’”, *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2007

Susanna Ronconi, “La politica, la scienza e il senso comune. Verso la conferenza latina sulla riduzione del danno: il dibattito sulle stanze del consumo a Torino”, *Fuoriluogo*, ottobre 2007

Grazia Zuffa, “Per ritrovare la spinta propulsiva. Teoria pratica e orizzonti della limitazione dei rischi, uno sguardo d’insieme ai quindici anni trascorsi”, *Fuoriluogo*, novembre 2007

## Stanze del consumo (SIR o DCR), gli studi di valutazione

### Scheda di presentazione

Grazia Zuffa

Le cosiddette “stanze del consumo” hanno due possibili denominazioni, in inglese: *Safe Injecting Rooms* (SIR), oppure *Drug Consumption Rooms* (DCR). Il secondo nome è più comprensivo, visto che non tutti i consumatori usano le sostanze per via iniettiva. Anzi, in Europa, la modalità iniettiva, sia per l'eroina che la cocaina, è diminuita notevolmente dalla fine degli anni '90, per ragioni complesse. Tuttavia, il termine più noto è SIR.

È importante non confondere le SIR con altri programmi. La definizione più esatta è:

**“Servizi a bassa soglia dove le persone possono assumere legalmente, in ambiente igienico, e sotto la supervisione di operatori professionali, le droghe in precedenza procurate”** (Kimber et al.2003).

Dunque le SIR *non vanno confuse* con i programmi di trattamento con eroina medica. Questi ultimi sono veri e propri trattamenti, in cui la somministrazione di eroina avviene nel servizio, secondo dosi in precedenza concordate fra paziente e medici; inoltre, il trattamento farmacologico è integrato con prestazioni psicosociali. A differenza delle SIR, i trattamenti con eroina medica non possono in alcun modo essere definiti di “bassa soglia”, poiché le regole cui devono sottostare i pazienti sono molteplici: per questa ragione, nel famoso modello svizzero dei quattro pilastri, i programmi con eroina medica stanno nel pilastro “terapia”, laddove le SIR appartengono al pilastro “riduzione del danno”.

### La storia delle Safe Injecting Rooms (SIR)

Le SIR sono ormai esperienze storiche, poiché la prima “stanza” fu aperta oltre dieci anni fa, nel 1986, nella città svizzera di Berna. La spinta venne dalla crescita dell'infezione da Hiv e delle morti per overdose, nonché dall'emergere del fenomeno delle “scene di droga all'aperto” (*drug scenes*): si può dire che le SIR nascono sull'onda delle stesse preoccupazioni e perseguendo gli stessi obiettivi dei programmi di scambio-siringhe.

Sul finire degli anni '80 e nel corso degli anni '90, le SIR si diffondono in altre città della Svizzera, in Germania, in Olanda e in Spagna. Dal 2000, le SIR si stanno estendendo fuori dall'Europa, in Canada e in Australia. Nel 2003, si contavano complessivamente 60 SIR aperte e funzionanti.

Altri paesi stanno discutendo circa l'opportunità di aprirle: sono l'Austria, la Danimarca, la Francia, l'Irlanda, la Gran Bretagna. In Italia, a Torino, nel 2003 fu insediata una commissione di studio dal Comune, dopo un'estate segnata da molti morti per overdose sulla strada.

Circa la “filosofia” delle SIR, sono illuminanti le parole di Juergen Weimer, coordinatore dei servizi tossicodipendenze della municipalità di Francoforte: “Le *safe injection rooms* sono un naturale sviluppo dei servizi a bassa soglia. Quando già esistono i centri che offrono siringhe pulite e counselling per assumere la droga nella maniera più sicura possibile, è logico offrire un luogo igienicamente protetto per l'iniezione. Le “stanze del consumo” rientrano in un sistema di aiuto integrato a rete che ha il compito di raggiungere il maggior numero possibile di consumatori”(2003).

## **Il ruolo del volontariato**

È da notare che alcune di queste esperienze nascono per iniziativa del volontariato di ispirazione religiosa. In Olanda, ad esempio, agli inizi degli anni '90, è stato il pastore Hans Visser, a Rotterdam, ad aprire una "stanza" nella cripta della sua chiesa. Il servizio funziona ancora: si tratta di un centro diurno, gestito da volontari, dove i consumatori soggiornano, assumono pasti, partecipano ad attività varie; accanto a questo locale di soggiorno centrale, c'è una stanza dove le persone possono consumare le sostanze. I volontari offrono informazioni e facilitano il collegamento con la rete dei servizi sociosanitari. Come dice il pastore Visser, "qui i visitatori possono incontrarsi tutti i giorni, trovare assistenza e consiglio: in questo modo si evita che povere persone disperate che stanno male vadano alla ventura per la strada" (2003). L'iniziativa ha funzionato come sollecitazione verso le istituzioni, e dal 1995 è possibile aprire le SIR in tutta l'Olanda, previo accordo col vicinato. In molti casi, anche quando l'apertura della SIR avviene per iniziativa pubblica, la gestione è affidata ad associazioni del privato sociale, le stesse che negli anni '80 lavoravano esclusivamente in programmi *drug free*, soprattutto comunità terapeutiche: così la SIR (Fixpunkt) di Hannover, aperta nel 1997, è gestita dalla STEP, un'associazione che opera nel campo della dipendenza fin dagli anni '70. Fino agli anni '80 la STEP gestiva consultori per avviare le persone ai centri di disintossicazione, ma negli anni '90 l'associazione abbraccia la strategia di riduzione del danno.

## **I modelli operativi delle SIR**

### *Gli obiettivi*

- riduzione della mortalità per overdose
- riduzione della morbilità per overdose
- riduzione dell'infezione da Hiv
- facilitazione nell'accesso alla rete dei servizi

### *Le strutture*

In genere i locali comprendono: un *café*, ovvero un locale con tavoli dove le persone consumano bevande, si riposano etc. (oppure solo un'area di accoglienza); la stanza dove avviene il consumo; sono quasi sempre presenti i servizi caratteristici dei drop in: lavanderia, docce etc. Spesso è presente anche un ostello notturno.

In alcuni casi, l'integrazione con altri servizi a soglia più alta è anche logistica. Così ad esempio, a Francoforte, il modello è quello di un centro integrato di servizi, collocato in aree centrali, e comprendente: il *café*, la stanza del consumo, il locale per il counselling e l'assistenza medica, a pianterreno; ai piani superiori, ci sono i locali per la somministrazione di metadone e stanze con letti per i senza tetto.

### *Il personale*

Nelle SIR lavorano operatori sociali, infermieri, operatori "pari", personale medico (in genere però non sempre presente). In alcuni casi, l'accoglienza e la gestione dei turni e degli orari per l'accesso alla stanza del consumo è gestita dai consumatori stessi.

### *Le prestazioni e gli orari*

- educazione all'uso più sicuro per via iniettiva
- assistenza in caso di overdose

- scambio di siringhe
- counselling
- cure mediche di base
- accompagnamento ai servizi a soglia più alta e alle prestazioni sociali

L'apertura è di 6, 7 giorni la settimana, da un minimo di 3 ore fino a 15 ore al giorno.

#### *Le regole di accesso*

- età sopra i 18 anni
- divieto di spaccio all'interno del servizio
- essere tossicodipendenti
- non si possono assumere sostanze se si è ancora in stato di intossicazione

### **I principali studi di valutazione**

Nel 2004, lo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) ha pubblicato un rapporto che riassume i dati di 15 studi chiave.

Una delle ricerche più complete e recenti è di Kimber et al. (2005), che ha analizzato 39 SIR in Olanda, Germania, Svizzera e Spagna, nel periodo 1999-2000.

Questi i principali risultati:

- il gruppo target è costituito dai consumatori più anziani e più marginali, molti dei quali non hanno mai avuto contatti coi servizi.
- secondo uno studio tedesco, 1/3 dei frequentatori delle SIR è entrato in contatto con la rete dei servizi tramite la SIR stessa. Il 50% ha seguito programmi *drug free*, il 43% programmi con metadone
- nelle ricerche sulla soddisfazione degli utenti, questi dichiarano di frequentare le SIR per le condizioni igieniche in cui avviene il consumo, per la supervisione medica, per il servizio di pronto soccorso
- secondo una ricerca del Ministero della Salute tedesco, in 4 città c'è una relazione statisticamente significativa fra l'apertura delle SIR e la riduzione delle morti droga correlate
- uno studio condotto su 15 città europee non segnala alcuna overdose fatale nelle SIR. Sembra perciò che l'intervento tempestivo raggiunga l'obiettivo di prevenire la morte. Circa gli incidenti di overdose non fatali, c'è una grande variabilità fra i servizi nelle diverse città: ad esempio, a Basilea, nel 1998, si sono registrate 20 overdose non mortali, pari a 5 incidenti su 10.000 visite; ad Hannover, nel 1999, si sono avute 130 overdose non fatali, pari a 36 incidenti su 10.000 visite. Questa variazione è probabilmente dovuta a cause molteplici, fra cui la più bassa incidenza di overdose laddove è più alta la percentuale di assuntori che fuma l'eroina, anziché iniettarsela.
- Non ci sono evidenze di aumento della piccola criminalità nel vicinato, se si esclude un po' di spaccio nei dintorni del servizio: va però considerato che le SIR sono in genere progettate proprio in vicinanza dei luoghi di spaccio, per meglio intercettare i consumatori
- Nell'insieme, c'è un buon rispetto delle regole da parte degli utenti, così come del resto si registra un po' dappertutto nei servizi di bassa soglia (come i drop in).

Esistono inoltre due studi condotti dall'Università di Francoforte (1995 e 2002), condotta su un campione di frequentatori delle "scene della droga" (che noi chiameremmo i consumatori

di strada). Le ricerche offrono indizi significativi sull'impatto delle SIR sulla scena della droga. Rispetto alla preoccupazione che le SIR possano dare il "messaggio sbagliato" e incentivare i consumi, i dati di Francoforte sono rassicuranti. Ad esempio, circa il numero di droghe usate nelle ultime 24 ore, nel 2002 risultavano 2.1, in diminuzione rispetto al 1995 (2.5). Ancora più importante è la riduzione del numero di consumatori intensivi di droghe pesanti (almeno 5 assunzioni la settimana): nel 1995 erano l'84% degli intervistati, nel 2002 il 78%.

Riguardo l'obiettivo di ridurre la mortalità e la morbilità da overdose: se nel 1995 1 consumatore su 2 dichiarava di aver avuto un episodio di overdose negli ultimi tre anni, nel 2002 si passa a 1 su 3 (dal 54% al 36%).

Circa lo stato di salute generale dei consumatori di strada, si registra un leggero miglioramento: nel 1995, il 47% del campione si dichiarava "in buona salute", contro il 56% del 2002.

Conclude il sociologo Uwe Kemmesies, del Centro di ricerca sulla droga dell'Università di Francoforte: "Le stanze del consumo non aumentano il rischio di reclutamento nel mondo della droga, né incentivano i consumi di chi già usa le droghe; diminuisce il tasso di mortalità e migliora, seppur di poco, lo stato di salute dei consumatori. I responsabili delle politiche pubbliche dovrebbero sentirsi incoraggiati a intraprendere la sperimentazione delle SIR (2003).

## Conclusioni

Le SIR sono efficaci nel raggiungere il gruppo target e nel diminuire i rischi per la salute, come si è visto. Il rapporto dell'EMCDDA arriva alla conclusione che le SIR possono avere un impatto positivo anche sui problemi di ordine pubblico, perché diminuiscono i consumi nei luoghi pubblici. Tuttavia, i vantaggi sono maggiori quanto più esiste un consenso e un sostegno a questi servizi da parte della comunità locale. Un rapporto della *Beckley Foundation* e di *DrugScope* raccomanda perciò di cercare preliminarmente il consenso della popolazione.

Ci sono perciò evidenze che le "stanze del consumo" possano rappresentare un servizio efficace per ridurre i danni droga correlati, come segmento integrato della rete dei servizi e come parte di un approccio olistico al problema droga.

## Bibliografia

EMCDDA (2004), *European Report on Drug Consumption Rooms*

Kemmesies U. (2003), "Una pista da seguire", *Fuoriluogo*, marzo 2003

Kimber J. et al. (2003), "Drug Consumption Facilities, an update since 2000", *Drug and Alcohol Review*, June 2003, 22;

Kimber J. et al. (2005), "Survey of Drug Consumption Rooms: service delivery and perceived public health and amenity impact", *Drug and Alcohol Review*, January 2005, 24;

Orsi A. (2003), *Fatti sporchi*, PariBooks, Torino

Roberts M. et al. (2004), *Drug Consumption Rooms*, DrugScope and the Beckley Foundation

Visser H., Kok Egu M. (2003), "Il buco pulito nella cripta di S. Paolo", *Fuoriluogo*, marzo 2003

Zuffa G. (2003), "A Torino Francoforte fa scuola", *Fuoriluogo*, febbraio 2003.

(luglio 2006)

XI Conferenza internazionale sulla riduzione del danno

## LE STANZE DELLA DISCORDIA

*Tempo di bilanci per le strategie d'intervento sulle droghe. Parlano i consumatori, che rivendicano libertà di scelta contro la medicalizzazione e si organizzano in rete*

Susanna Ronconi

INVIATA ALLE ISOLE JERSEY

“Harm reductionist answer: who gives a f\*\*k?” (ossia: “la risposta di chi è per la riduzione del danno: chi se ne frega): la scritta campeggia sul lucido proiettato da Robert Haemmig dell’Università di Berna alla sessione dedicata alle *drug consumption rooms* (Dcr), i servizi dedicati al consumo “sicuro” per via iniettiva, nell’ambito dell’XI conferenza internazionale sulla riduzione del danno. La platea ride di fronte a questo docente svizzero che così sintetizza il giudizio sulla scomunica alle Dcr contenuta nel rapporto ‘99 dell’Onu: “la tacita o esplicita approvazione delle cosiddette *drug injection rooms* è da considerarsi un passo verso la legalizzazione del consumo”. Chi se ne frega, dice Haemmig, e per due buoni motivi: primo, le convenzioni internazionali non sono, a questo proposito, vincolanti per gli stati; secondo, i risultati ottenuti dalle oltre quaranta Dcr operanti in venti città di Svizzera, Olanda e Germania sono positivi. Tanto che se ne stanno aprendo in Spagna, Francia, Slovenia, Australia, Brasile.

Sul primo punto, tutti d’accordo: nessuno stato può essere obbligato a rinunciare a un intervento che ha scopi di salute individuale e pubblica, ricordando che le Dcr hanno prima di tutto l’obiettivo di contenere il rischio overdose. Lo racconta Christopher Eastus, a proposito delle dodici “fixerstublis” operative in Svizzera: già nell’89 il governo aveva affidato ad alcuni consulenti il quesito attorno alla legalità delle Dcr, ottenendone una inequivocabile risposta affermativa. Gli svizzeri sono “irritati e infastiditi”, dice Eastus, dalla posizione dell’Onu, tanto che hanno lanciato la proposta di portare la questione davanti al Pompidou Group che si riunirà in autunno. La posizione unanime è che ogni stato ha diritto di integrare come crede il proprio sistema dei servizi sanitari.

Questa accezione “medica” appare la chiave di volta nei processi di approvazione delle Dcr: in Svizzera, la definizione “per uso medico” accompagna ogni nuovo servizio, e in Germania la proposta fu approvata quando il testo incluse “è un primo passo verso l’astinenza”. Cosa, questa, che non piace ai consumatori che, per bocca di Fabrice Olivet di Asud, mal sopportano la “medicalizzazione coatta” attraverso cui si è costretti ogni volta a passare. Viene da dargli ragione, ma sta di fatto che certe - forse troppo rigide - precauzioni nella conduzione delle Dcr si dimostrano utili per la difesa dei servizi stessi. Per quanto concerne l’efficacia, le esperienze svizzera e tedesca hanno molto da raccontare: contro l’ipotesi che un luogo sicuro incentivi comportamenti a maggior rischio (perché gli utenti si sentono tutelati), parlano le cifre. A Francoforte, in 5 anni e 600mila iniezioni sicure, la percentuale di overdosi avvenute all’interno delle Dcr è diminuito, passando dallo 0,25% del ‘95 allo 0,19% del ‘99, mentre i morti in città sono scesi dai 147 del ‘92 ai 26 del ‘99. Appare credibile la correlazione all’attività delle Dcr, dice con prudenza Hans Volker-Hoppel (DrogenHilfe, Francoforte). Non si tratta, però, di sole cifre: un risultato importante, sottolineato da Wouter de Jong, ricercatore del Trimbos Instituut di Utrecht, è la crescita di pratiche di autocontrollo tra i consumatori, che all’interno delle Dcr hanno la possibilità non solo di curare gli aspetti igienici, ma anche di evitare rischi attraverso lo “slow use”, il consumo lento, non segnato dall’ansia della strada e del rischio.

Bilanci positivi, anche se i problemi non mancano. I modelli di politica sociale cui le Dcr si ispirano sono diversi da paese a paese, e oscillano tra approccio sociale e sanitario attento all’individuo e ordine pubblico: più rilevante il primo, per esempio nell’esperienza tedesca,

più incisivo il secondo nel caso olandese. Cosa fa la differenza? Il fatto che l'imperativo dell'ordine pubblico mette in secondo piano il processo di normalizzazione nella vita dei consumatori, afferma Erik Fromberg.

Ma se sono "loro", la loro vita e i loro diritti ciò che fa la differenza in una politica di riduzione del danno, "loro" cosa ne pensano? Erano presenti, i consumatori, numerosi e ben visibili: con un forum delle donne, con le loro associazioni e con la conduzione di corsi per gli operatori (una novità di questa undicesima conferenza). La riduzione del danno, gli operatori che la praticano, l'associazione internazionale e Pat O'Hare in prima persona, continuano ad essere un referente politico "naturale" per i gruppi di consumatori: del resto gli interventi di riduzione del danno enfatizzano il coinvolgimento dei consumatori stessi, il loro ruolo di attore sociale. Molte sessioni erano dedicate ai diritti umani e alle reti autoorganizzate, e più in generale la conferenza ha rilanciato con forza il concetto di "consumo controllato", affidando a loro stessi la titolarità del cambiamento. In questo, paesi come il nostro continuano a segnare il passo, rivelando la subalternità culturale della riduzione del danno al paradigma del consumo come "malattia da guarire".

Ma, comunque, la strada non è tutta in discesa. Il dibattito di quest'anno è stato vissuto come troppo istituzionale, ma soprattutto è apparsa serrata la polemica contro la medicalizzazione, da parte dei francesi di Asud, che rivendicano libertà di scelta e di consumo. "Chiedetevi se siete dei farmacocrati", dice Fabrice Olivet agli operatori "se per voi la nostra felicità è una questione di dosaggio": una critica serrata non contro i farmaci, ma contro il potere che essi veicolano. Olandesi, inglesi e statunitensi appaiono invece più interessati a fare lobby e negoziare con gli operatori. Sta nascendo un network internazionale, e Theo van Dame, olandese del Gruppo Lsd, invita tutti il primo novembre ad Amsterdam per la giornata mondiale dei consumatori. A breve, anche il loro sito: Matthew Southwell, inglese, dice che internet mette i consumatori nella condizione di saperne di più, e questo modifica i loro rapporti di potere con i medici. Insomma, più forti con la rete. Differenze tra gruppi che lasciano aperto un nodo importante del dibattito sul movimento dei consumatori: più autoreferenziali quelli del nord ("abbiamo problemi troppo diversi da quelli che fumano solo cannabis", dice van Dame), più problematici quelli di Asud, per i quali "è fondamentale tenere i contatti con il movimento per la legalizzazione della cannabis, perché lì è in ballo il diritto al piacere contro la patologizzazione forzata". A novembre, sarà un bel dibattito.

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2000

**SCHEDA  
INJECTING ROOMS**

Nome ufficiale: Drug Consumption Rooms (Dcr), dette anche *injecting rooms* o *shooting galleries*. Aperte in Olanda alla fine degli anni '70, poi nell'86 in Svizzera e alla fine del decennio in Germania, sono luoghi in cui i consumatori possono iniettarsi la droga (al 90% si tratta di eroina), avendo a disposizione strumenti sterili. Le Dcr "accreditate" come servizio pubblico sono gestite da personale professionale e sono parte di un sistema integrato di servizi. La popolazione target è rappresentata da consumatori per i quali risultano difficili percorsi di normalizzazione (come la possibilità di consumare in casa). L'ingresso è libero, viene garantito l'anonimato, vi sono limiti di tempo nella permanenza all'interno, non è consentito spacciare o passare sostanze ad altri. Gli obiettivi raggiunti: diminuzione delle morti per overdose e dei rischi sanitari correlati, processi di autoregolazione, contatto e invio ai servizi, aspetti di ordine pubblico. I problemi emersi: affollamento, difficoltà a garantire il turn over, accettazione da parte del territorio, episodi di violenza all'interno, un modesto incremento nei dosaggi assunti (in Germania). In Olanda stanno nascendo "opiates bar", luoghi informali gestiti da spacciatori dove è possibile consumare, ma non per via iniettiva. Info: Wouter de Jong: [wjong@trimbos.nl](mailto:wjong@trimbos.nl)

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2000

VOCI DI STRADA

## ACCOGLIENZA MADE IN GERMANY

Toni Garzillo\*

Ultimamente sono stato in Germania per un giro di piacere, ne ho approfittato per vedere come funzionano le shooting galleries, i drop in e i dormitori. Le shooting gallery sono di solito insieme a un drop in, all'interno del quale i consumatori trovano di tutto, dallo scambio di materiale sterile alla possibilità di mangiare un piatto di minestra. Tanti drop in hanno al loro interno una cucina dove si può preparare di tutto, un cuoco fa spesso parte dell'équipe.

L'Abrigado ad Amburgo, per esempio, si trova nel mezzo di un parco tranquillissimo. Abrigado è una costruzione abbastanza nuova, accogliente, calda, tavolini sparsi in giro, un bancone, sembra quasi un bar ristorante piuttosto che una shooting gallery. Parlando con Katrin, la responsabile, veniamo a sapere che il posto viene usato quotidianamente da circa 100 persone del quartiere che conta più o meno 1.000 tossicodipendenti, che vengono qui a farsi la doccia o le loro pere tranquilli senza correre il rischio di fare brutti incontri (leggi: polizia) e soprattutto di morire di overdose sotto un ponte o in un cesso della stazione. Qui, infatti, si danno il cambio anche due infermieri per prevenire situazioni potenzialmente rischiose per la salute. Accanto al salone drop in, c'è l'entrata per la shooting gallery, una stanza che sembra un ambulatorio medico però un po' più accogliente. Lì si trova una tavola d'acciaio con quattro sedie, sulla tavola cucchiaini, disinfettanti, siringhe, aghi. Più avanti la stanza è divisa da un muro di vetro con un'altra porta: dietro si possono usare le sostanze fumando senza che il fumo dia fastidio alle persone che si stanno facendo. L'offerta di uno spazio per fumare la roba ha più di una ragione. Primo, dare uno spazio protetto ai numerosi utenti di crack e secondo dare la possibilità di poter cambiare il modo d'uso delle sostanze come mezzo di riduzione del danno, visto che fumando si possono evitare un sacco di danni.

Con sei posti in tutto per farsi o fumarsi la roba spesso c'è una lista d'attesa di 10 a 20 persone che però in gran parte aspettano abbastanza tranquilli.

Beh, c'è ancora qualcosa da aggiungere ? Sì, forse vi interessa sapere che l'Abrigado è una delle cinque shooting galleries in Amburgo e fu aperto in maggio nel '94.

Quello che manca sono gli educatori pari!!!

E passiamo ai dormitori, visto che ultimamente a Torino se ne parla molto e a sproposito. Abbiamo visitato due strutture e siamo rimasti impressionati dall'organizzazione e dalle possibilità che offrono. Si trovano stanze per due massimo tre persone, maschili, femminili e anche per le coppie, ed è aperto tutto il giorno. All'interno, spazi comuni, docce, bagni, TV, ma soprattutto la cucina che tutti possono usare a loro piacimento. L'unica regola è quella del buon senso comune, non si spaccia all'interno, se sporco poi pulisco per quello che viene dopo di me. Non esistono limiti temporali, una persona può starci anche due anni, ma spesso i servizi sociali cercano di aiutare le persone a trovare una soluzione abitativa diversa dopo un po' di tempo. Ancora, non esistono discriminazioni di sesso, religione o razza, chiunque può accedere ai servizi sociali (vero assessore Lepri?).

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2000.

Originariamente pubblicato in: *Polvere*, n.1, gennaio 2000, p.10. *Polvere* è un giornale di strada edito dall'associazione isola di Arran di Torino. Esce dal 1995.

## Il "Fixpunkt" di Hannover, un servizio accogliente per i tossicodipendenti

### PUNTO DI APPRODO

Grazia Zuffa

INVIATA IN GERMANIA

Un piccolo edificio moderno bianco e azzurro, a un solo piano, probabilmente un prefabbricato, circondato da un minuscolo giardinetto: quasi non si nota, a ridosso com'è di un cavalcavia della ferrovia. L'aspetto è anonimo, come anonima è la strada alberata su cui si affaccia, ma in realtà siamo vicinissimi alla stazione e al centro cittadino. *Fixpunkt*: così recita, succinta e discreta, la piccola targa a fianco del cancelletto di entrata. "Fix" è l'equivalente tedesco dell'inglese *junkie*, il "tossico" nostrano, così *Fixpunkt* suona più o meno come il "ritrovo dei tossici". Sono di fronte alla *injecting room* di Hannover, il locale dove i consumatori di droghe hanno la possibilità di farsi il "buco pulito": Gregor Brickhart, il responsabile del centro, mi attende sulla porta, ben contento di accogliere una visitatrice straniera. A quest'ora di prima mattina il locale è ancora chiuso ai clienti, e Gregor ha tempo e modo di illustrarmi il servizio e la sua storia. Il *Fixpunkt* è stato aperto nel '97, ed è gestito dalla *STEP*, una grande associazione laica che fin dagli anni '70 opera nel campo della tossicodipendenza. "All'inizio noi della *STEP* gestivamo dei consultori, per avviare i tossicodipendenti ai centri di disintossicazione. Era un intervento rigidamente *drug free*, perciò non prestavamo alcuna assistenza a chi non voleva smettere di drogarsi", dice Gregor.

Poi, nei primi anni '90 "il mutamento di filosofia", che Gregor sintetizza in una parola, "accettazione": "Accettare la tossicodipendenza e accettare i tossicodipendenti: prendersi cura della loro salute e offrire sostegno sociale. Questa è l'idea del *Fixpunkt*. Che paradossalmente nasce dal "fallimento" del primo servizio "a bassa soglia" di Hannover, un *punkt* per distribuire siringhe pulite, aperto nei pressi della stazione nel 1995: lì si concentrano più di 300 persone al giorno, la stazione diventa una grande "scena di droga" all'aperto e l'opinione pubblica insorge. Ma invece di chiudere il *punkt*, la *STEP*, insieme al Comune, al *Land* e alla polizia decide di "raddoppiare", inaugurando questo locale "per la droga sicura".

Mi viene da pensare che, così raccontato, il *Fixpunkt* sembra un figlio del rifiuto, più che dell'accettazione, insomma un riflesso di puro ordine pubblico. Per fugare i dubbi chiedo se i consumatori abbiano mai avuto una qualche voce in capitolo. "Gli utenti del centro scambia siringhe erano favorevoli alla *injecting room*, e poi da tempo questa era la rivendicazione di un'associazione di consumatori", spiega il mio interlocutore. Alla fine capisco meglio il difficile travaglio iniziale: da un lato le resistenze del mondo sanitario che accusava il servizio di "cronicizzare" la tossicodipendenza, dall'altro quelle di frange di consumatori che rifiutavano "il controllo del piacere"; e, ciliegina sulla torta, l'ostilità della Magistratura che riteneva perseguibile il personale "spettatore" del reato di assunzione di droga. "Alla fine ha prevalso il pragmatismo e il servizio è stato inaugurato", conclude Gregor,

Il *Fixpunkt* è aperto tutti i giorni, dalle 13 alle 19, il sabato dalle 11 alle 15, la domenica è giorno di chiusura. Lo frequentano circa 100, 120 persone al giorno. Le donne sono in netta minoranza, solo il 20%. La gran parte vive sulla strada e frequenta il centro tutti i giorni, ma ci sono anche consumatori ben inseriti, che hanno una casa e un lavoro, e vengono qui il sabato, per "farsi" in condizioni più sicure. Molti gli immigrati, spesso irregolari, curdi, turchi, greci, e soprattutto russi. L'affluenza è notevole se si pensa che ad Hannover, città di circa 500.000 abitanti, i tossicodipendenti delle "scene della droga" non superano i 400; anche se i consumatori di droghe pesanti sono molti di più, fra i 5000 e i 7000. Eppure l'utenza potenziale sarebbe assai maggiore, se non fosse limitata dalla disponibilità dei posti. Nella stanza dove ci si inietta le sostanze, la "narcosala", sono ammessi solo nove consumatori alla volta, per non più di mezz'ora. Il consumatore "puro" di eroina non esiste quasi più, oltre il

90% assumono anche altre droghe, come cocaina e benzodiazepine. “Non è facile gestire questo mix di droghe - spiega Sonia Schroeter, una giovane infermiera che nel frattempo si è unita a noi -, c'è chi cerca la calma e chi invece si è fatto di cocaina e non riesce a star fermo. A volte dobbiamo dividerli per evitare litigi, chi in una stanza chi in un'altra, ma il centro è così piccolo...”.

È un servizio "di frontiera", molto stressante, a detta degli operatori. Che per di più sono solo quattro, tra infermieri e operatori sociali, con l'aiuto di sei giovani, ancora studenti, a metà tempo. Tutti però hanno una formazione specifica, utile soprattutto per i turni nella "narcosala". “La presenza di uno di noi è necessaria, qualcuno può cadere addormentato e farsi male con la siringa, oppure può svenire e dobbiamo intervenire all'istante”, è ancora Sonia che parla. I risultati, in termini di sicurezza, sono incoraggianti: otto volte su dieci le overdose si risolvono senza intervento d'urgenza medica. Comunque un medico è presente nel centro due volte la settimana, per offrire assistenza sanitaria generale e anche trattamenti specifici, con metadone.

Le regole di accesso sono poche, ma ferree. La violenza è ovviamente al bando, sia tra gli utenti che verso gli operatori, la sanzione prevista è l'allontanamento temporaneo. In genere per un giorno o due, fino ad una settimana, raramente oltre. Il personale ha comunque una buona formazione psicologica per trattare le persone sotto stress ed evitare incidenti; ma per i casi estremi è addestrato alle tecniche di autodifesa. Anche le precauzioni sanitarie sono tassative: chi introduce una siringa senza cappuccio è escluso dal centro almeno per un giorno. Il divieto più importante riguarda lo spaccio o la cessione di droghe dentro la struttura. Che vale anche fuori, nelle immediate vicinanze. Più facile far rispettare il primo, quanto al secondo ci pensa bene la polizia.

Il rapporto con le agenzie repressive è il punto nevralgico del *Fixpunkt*. “Impossibile gestirlo senza la loro collaborazione”, è il parere di Gregor e Sonia. Mi spiegano che all'inizio questa non era affatto scontata, solo dopo lungo dibattito hanno ottenuto che gli utenti non siano fermati e controllati all'entrata. Non è un risultato da poco poiché la legge contempla il divieto di consumo, anche se l'azione penale è a discrezione della magistratura. Chiedo come abbiano raggiunto lo scopo. "Pragmatismo": la parola chiave risuona per la seconda volta.

Nel frattempo il *Fixpunkt* ha aperto i battenti, è il momento di dare uno sguardo dal vivo. L'ingresso è un vero e proprio caffè, modesto, ma pulito e dignitoso. Qui i consumatori sostano in attesa di entrare nella "narcosala". Alcuni vengono solo per bere qualcosa, incontrare gente o fissare una visita medica. Oggi è sabato, il caffè è quasi vuoto, in un angolo un consumatore siede ad un tavolino e prende le prenotazioni per la narcosala. Gregor mi mostra due piccoli ambulatori, ma per essere ammessa nella *injecting room* ci vuole il permesso dei frequentatori. Non ci tengo poi tanto a vederla, per rispetto dell'intimità altrui, ma Gregor insiste e la porta si apre. Al centro un grande tavolo ricoperto di metallo, due candele accese, un giovane intento ai preliminari alza gli occhi e mi guarda, senza alcuna curiosità. Un altro è riverso indietro sulla sedia, ad occhi chiusi. Intravedo qualche altra persona in fondo, accanto alla finestra. La stanza è tranquilla, ma la scena è cruda e mi ritiro quasi subito. Prima di salutare i miei ospiti scambio ancora qualche battuta. Mi dicono che il problema più serio è l'aumento della violenza, per il sempre più frequente uso di cocaina per iniezione. “Ma tutto sarebbe più semplice se potessimo tenere aperto il centro più a lungo e accogliere più persone, purtroppo manca il personale”, è il rincrescimento di Sonia. Un'ultima domanda, sul senso del loro lavoro. Gregor non ha dubbi: “Accettare le persone come sono: allora capisci e puoi far capire che certe cose si possono fare con più gentilezza”. Gentilezza è una bella parola. Un messaggio contro i luoghi comuni, da questo posto "di frontiera".

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2000

## SCHEMA

***INJECTING ROOMS, L'ESPERIENZA DI HANNOVER***

Il *Fixpunkt* di Hannover è un locale dove i consumatori di droghe pesanti possono iniettarsi le sostanze in condizioni di sicurezza igienica (*injecting room*). È nato nel '97 dalla collaborazione fra la municipalità di Hannover, il *Land*, e la polizia, ed è gestito dalla *Step* (Associazione Terapia Sociale e Pedagogica) Lo frequentano quotidianamente circa 100, 120 persone al giorno. L'obbiettivo è la prevenzione dell'overdose e delle infezioni correlate al consumo per via iniettiva. Viene offerta anche assistenza medica generale, e siringhe pulite e, a richiesta, si inviano gli utenti ai servizi di trattamento metadonico e a quelli sociali. Attualmente il *Fixpunkt* di Hannover rientra nel piano di sperimentazione nazionale delle *injecting rooms*, varato dal governo federale tedesco nel Dicembre '99. Il piano ha dato certezza giuridica a questi servizi, in deroga alla legge federale che persegue penalmente "chi procura l'occasione di drogarsi". La città di Hannover ha inoltre chiesto di essere inserita nel progetto federale di sperimentazione di eroina terapeutica.

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2000

Riduzione del danno. La vicenda della "injecting room" di Kings Cross a Sydney

## IL CONTINENTE DELLA SPERIMENTAZIONE

Simon Lenton\*

PERTH

L'evento più recente e significativo nella politica australiana sulle droghe è la sperimentazione di una *supervised injecting facility* [o *injecting room*, ndt] a Kings Cross. Questo quartiere di Sydney è famoso per l'industria del sesso e per lo spaccio di droga. La storia è resa ancora più interessante da una "connection" con il Vaticano.

Le *supervised injecting facilities* sono strutture autorizzate e controllate, finalizzate a ridurre alcuni problemi sanitari e di ordine pubblico connessi al consumo di eroina in luoghi pubblici. Esse vanno distinte dalle *shooting galleries*, ben note in alcune grandi città degli Usa, non autorizzate e caratterizzate da scarsa igiene e scambi di siringhe.

La maggior parte delle *supervised injecting facilities* sono nate per rispondere a mercati della droga concentrati e caratterizzati da "disturbo della quiete pubblica" (consumo e spaccio molto visibili), e da cattive condizioni igieniche per i consumatori. In Europa operano oltre 45 centri di questo tipo che, secondo le informazioni di cui disponiamo, presentano: un'incidenza molto bassa delle overdosi o di altre complicazioni; un calo dello scambio di siringhe tra i partecipanti; una diminuzione del consumo di droga e dell'abbandono di siringhe usate in luoghi pubblici; e un generale miglioramento delle condizioni socio-sanitarie degli utenti.

In tre giurisdizioni australiane i governi statali si erano detti pronti a sperimentare le *supervised injecting facilities*. Nel giugno 2000 una proposta di sperimentazione nell'Australian Capital Territory si era bloccata dopo che due membri non allineati del parlamento si erano accordati con l'opposizione laburista per mettere a rischio l'approvazione del budget del governo se avesse incluso fondi destinati a tale sperimentazione. Nello stato del Victoria, prima delle elezioni del settembre '99, il partito laburista, all'opposizione, annunciò che avrebbe condotto una sperimentazione controllata di *supervised injecting facilities* in alcune zone di Melbourne. Successivamente a una inattesa vittoria dei laburisti, una consultazione locale riscontrò una notevole contrarietà da parte dei residenti e degli imprenditori vicini alle zone proposte. Nell'agosto 2000 il partito ora all'opposizione bocciò la proposta. Questi esempi dimostrano le immense difficoltà nell'attuare sperimentazioni anche modeste e accuratamente controllate di *supervised injecting facilities* nel contesto politico australiano. Le questioni di politica sanitaria sembrano essere state accantonate a favore di opportunismi politici. Comunque nel New South Wales la sperimentazione di Kings Cross resiste, nonostante le serie minacce che ha subito fin dal suo annuncio.

La prima proposta di sperimentare una *supervised injecting facility* è stata fatta nel New South Wales nel 1997 da James Wood, che aveva guidato una "commissione reale" sulla corruzione della polizia in quello stato. Dall'inizio degli anni '90 in alcuni sex shops di Sydney esistevano delle *shooting galleries* illegali, con stanze affittate a 6 dollari australiani per dieci minuti. Una commissione parlamentare, istituita dopo la commissione reale, *sconsigliava* la sperimentazione di *supervised injecting facilities*, ma specificava i requisiti minimi obbligatori nel caso che tali strutture dovessero operare in Australia. Nel 1998 alcuni operatori socio-sanitari, frustrati, hanno aperto una *supervised injecting facility* non autorizzata nella Wayside Chapel della Uniting Church a Kings Cross. Ciò ha creato molto interesse da parte dei media. Il centro è stato chiuso dopo due settimane e il Reverendo

arrestato. In seguito le accuse contro di lui sono state fatte cadere. Quest'atto di disobbedienza civile è riuscito a imporre le *supervised injecting facilities* nell'agenda del summit sulla droga del New South Wales, tenutosi due settimane dopo.

Una raccomandazione di un summit parlamentare sulle droghe del '99 fu che il governo non doveva opporsi a *supervised injecting facilities* correttamente gestite, purché ci fosse il consenso della comunità locale. Alcuni sondaggi effettuati a Kings Cross hanno rivelato un consenso crescente, passato dal 70% nel '97 al 76% nel '98. Le Sorelle della Carità, suore che prestano servizio in un ospedale pubblico vicino a Kings Cross, si erano offerte come volontarie per gestire una *supervised injecting facility*. Ma tale offerta è stata ritirata nel '99 per ordine del Vaticano. Secondo resoconti giornalistici, l'ordine è stato impartito all'arcivescovo cattolico di Sydney, il cardinale Edward Clancy, dal cardinale Joseph Ratzinger dopo che l'arcivescovo aveva interpellato la Congregazione per la Dottrina della Fede. Nel frattempo il parlamento del New South Wales autorizzava la sperimentazione di una *supervised injecting facility* per 18 mesi. L'Università del New South Wales si era offerta di gestirla, ma ha poi ritirato l'offerta perché chiamata invece a valutarla. A dicembre il premier australiano John Howard ha dichiarato pubblicamente di non sostenere tali centri, e che avrebbe cercato di fermare le sperimentazioni condotte dagli stati. Ciò accadeva dopo che l'International Narcotics Control Board aveva *avvisato* il governo del New South Wales che le sperimentazioni proposte erano contrarie alle convenzioni Onu sulle droghe, e che dunque avrebbero costituito un messaggio sbagliato in vista delle Olimpiadi di Sydney. Soltanto un anno prima, i rappresentanti dei governi interessati a tali sperimentazioni avevano sostenuto, apparentemente con successo, di essere in linea con le convenzioni in base a una clausola che consente "sperimentazioni mediche o cliniche" strettamente controllate di nuove terapie o riforme.

Nel dicembre '99 la Uniting Church è stata incaricata dal governo di effettuare la sperimentazione di 18 mesi, e nell'ottobre 2000 ha ricevuto un'apposita autorizzazione dalla polizia dello stato e dal direttore generale della sanità. Ma, mentre la sede veniva individuata e ristrutturata, la battaglia non era ancora finita. La Camera di commercio di Kings Cross, un'associazione locale, si è rivolta alla Corte Suprema del New South Wales contestando l'autorizzazione concessa alla Uniting Church, che non avrebbe dimostrato "consenso sufficiente da parte della comunità locale". Il 5 aprile 2001 il giudice della Suprema Corte del New South Wales, Brian Sully, ha respinto il ricorso. Il 2 maggio la Camera di Commercio ha comunicato alla Corte Suprema che intende presentare appello.

Il *Medically Supervised Injecting Centre* di Kings Cross (questo il suo nome) avrà una sala d'attesa, la *injecting room* vera e propria (con cabine dove ci si può sedere in due e iniettarsi la sostanza insieme), e un'area per l'assistenza successiva, dove saranno disponibili tè e caffè, nonché informazioni sanitarie, assistenti sociali e counsellors. Gli utenti saranno aiutati a trovare un alloggio e una terapia. Per accedervi bisognerà avere 18 anni e registrarsi. Una volta all'interno gli utenti dovranno lavarsi le mani, riceveranno un kit sterile per l'iniezione e saranno accompagnati in un box vuoto. Due operatori opereranno il monitoraggio della stanza per tutto il tempo. Nel centro è vietata la compravendita di droga, nonché fumare e rientrare nella *injecting room*.

Il centro sarà valutato da una commissione di esperti di droghe, legge e ordine pubblico. Si intende accertare: la sua funzionalità dal punto di vista operativo; l'impatto sanitario in relazione alle overdosi e alla trasmissione di virus attraverso il sangue; l'impatto sulla salute e il benessere degli utenti e il loro ricorso ad altre terapie; la criminalità nei pressi del centro; il consumo di eroina in luoghi pubblici e l'abbandono di siringhe; l'atteggiamento a livello locale e statale nei confronti dei consumatori di droghe illegali e del centro, e un'analisi dei costi. Coloro che, in Australia e altrove, vorrebbero vedere la sperimentazione di altre *supervised injecting facilities* attenderanno con ansia gli esiti di questa valutazione.

P.S.: Il centro ha cominciato la sua attività il 6 maggio. Nonostante una grossa attenzione da parte dei media, solo pochi consumatori si sono fatti avanti. Molti altri hanno detto che lo useranno quando si sarà calmata la frenesia dei media. Il secondo giorno di apertura, un solo utente ha chiesto di essere sottoposto a terapia. Devo molte delle informazioni a un saggio di Dolan e colleghi apparso sulla rivista scientifica *Drug and Alcohol Review*.

\*Research Fellow presso il National Centre for Research into the Prevention of Drug Abuse, Curtin University, Perth

Da: *Fuoriluogo*, maggio 2001

## PROVE IN PADANIA

Fabio Fimiani  
MILANO

Narcosala a Cremona. Un voto trasversale per poco non è bastato affinché il primo esperimento in Italia potesse realizzarsi. A smuovere la situazione è stato un ordine del giorno presentato dal consigliere comunale dei Democratici Federico Parea.

Il documento ha avuto tredici voti a favore, undici contrari e sei astenuti. Non è stato approvato perché era necessaria la maggioranza qualificata degli aventi diritto, e non quella semplice, cioè sedici voti. L'ordine del giorno non approvava in realtà la strada alla realizzazione della narcosala, ma dava mandato di promuovere un confronto alla commissione servizi sociali. La sollecitazione, secondo gli intendimenti del promotore, avrebbe dovuto coinvolgere i settori dei servizi sociali del Comune e della Provincia, l'Azienda Sanitaria Locale, e i rappresentanti del volontariato per costruire spazi idonei dove le persone tossicodipendenti avrebbero potuto disporre delle necessarie garanzie di igiene e sicurezza per sé stessi, e per l'incolumità degli altri cittadini al momento di iniettarsi le sostanze psicotrope. Al momento del voto segreto ci sono state numerose sorprese, e il sì ha avuto un appoggio trasversale rispetto alla maggioranza di centrosinistra che governa Cremona. Innanzitutto il sindaco Paolo Bodini, primario del reparto di medicina generale dell'ospedale cittadino, si è espresso a favore, anche se ha espresso la sua «perplexità sull'utilità di una iniziativa come questa in una città che non è ancora matura per adottarla. Dobbiamo seguire altri percorsi – ha proseguito Bodini – se vogliamo aiutare i tossicodipendenti. Credo che sia giusto iniziare a discutere su questo tema, per farlo non bisogna partire da preconcetti. Noi politici dobbiamo affrontare quanto meno un dialogo con gli esperti del settore, in testa i volontari che si occupano di questo e l'azienda sanitaria locale. Ogni decisione deve comunque passare al vaglio di chi opera da anni in questa situazioni del tutto particolare». A favore hanno votato i Democratici, i Verdi, i Ds, una parte dei Popolari e tre rappresentanti di Forza Italia, anche se tra i Democratici di Sinistra c'erano alcune assenze. Contro hanno votato An e una parte del Ppi e di Fi. Al termine della discussione il consiglio comunale ha approvato un documento che parla di interventi sul problema tossicodipendenza con metodi più "tradizionali".

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2001

**GINEVRA  
PRIMA INJECTING ROOM**

Dal prossimo 26 dicembre Ginevra avrà la sua prima “injecting room”, ossia un locale in cui i tossicodipendenti potranno iniettarsi l’eroina in condizioni di igiene. L’iniziativa è dell’amministrazione cantonale e del Gruppo Aids di Ginevra. Christophe Mani, responsabile della prevenzione per lo stesso Gruppo, ha precisato che l’eroina non sarà distribuita né venduta. I tossicodipendenti potranno usufruire di un’assistenza sociale e di cure mediche di base. Il locale sarà aperto tutti i giorni dalle 12 alle 19, salvo il martedì e giovedì dalle 14 alle 21. Vi lavoreranno quattro persone, fra infermieri e assistenti sociali. Le spese di funzionamento saranno coperte dai sussidi versati dal Cantone al Gruppo Aids di Ginevra.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2001

## Dopo i tanti morti per eroina , si pensa alle "injecting rooms". Parla il sindaco TORINO CITTÀ PILOTA

*"Come istituzione più vicina ai cittadini non possiamo non occuparci della salute pubblica". Promossa dal Comune una commissione che studierà le "stanze del Consumo in Europa"*

Susanna Ronconi  
TORINO

L'estate dell'eroina ha avuto il suo tributo di morte: in undici ci hanno lasciato la pelle, a Torino, nel bagno di casa propria o nell'angolo sporco e appena nascosto di una strada di periferia. L'ultimo, e sembra quasi un segnale, è morto nella toilette della VII Circoscrizione, Barriera di Milano, Comune di Torino. E forse per il presidente della circoscrizione, Barberis, questa è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso, tanto da dichiarare, lui, di centro destra, che è il momento di intervenire, anche a costo di aprire delle *injecting rooms*, delle *narcosalas*, come le hanno chiamate qui fin dal primo momento giornali, operatori e politici, forse perché più tranquillizzati dall'esperienza di centro destra della Spagna, più che dai sempre allarmanti e "permissivi" olandesi. Il sindaco Chiamparino ha offerto una sponda politica, i consiglieri radicali hanno sostenuto la proposta anche con una manifestazione pubblica, fronteggiandosi con An, ed ora è già attiva una commissione di lavoro che ha il compito di studiare la possibilità di fare di Torino la prima grande città italiana che diventa un po' più europea nella lotta all'overdose. La commissione conta alcuni "padri" delle comunità terapeutiche, compresi quelli che, a caldo, dentro il dibattito estivo, già si erano schierati per il no (come del resto lo stesso Assessore), i responsabili dei dieci Sert cittadini e alcuni funzionari del Comune. Nella prima riunione è stato deciso di raccogliere la letteratura scientifica sulle esperienze europee. Intanto, con una lettera aperta all'Assessore Lepri, gli operatori del Coordinamento dei servizi a bassa soglia del Piemonte ricordano come il Coordinamento alcuni mesi fa abbia già richiesto uno studio di fattibilità su questi servizi anche sul territorio torinese. Scrivono ancora: «Per quanto ci riguarda abbiamo letto gli studi di valutazione dei servizi già operanti in Europa, preso parte a conferenze internazionali, alcuni di noi hanno visitato i servizi attivi in alcune città europee...». Come dire: non si parte da zero. E, anche, non mettiamoci un altro anno, non arriviamo a un'altra estate assassina. Sull'esperienza torinese e sulle sue prospettive, abbiamo chiesto al sindaco Sergio Chiamparino alcune valutazioni.

**Sindaco, con molta determinazione, a fronte delle tragiche morti per overdose di quest'estate, lei ha deciso di aprire una discussione concreta e innovativa sulle *injecting rooms* come servizio che può contenere i rischi correlati al consumo di droghe illegali. Quali sono ora i passaggi pratici e quali gli attori che saranno coinvolti?**

Abbiamo deciso di formare un gruppo di lavoro coordinato dall'assessore ai servizi sociali Stefano Lepri con l'obiettivo di fare una comparazione delle diverse esperienze di *injecting rooms* già esistenti all'estero. Di fronte alle tragiche morti di questa estate, abbiamo infatti ritenuto necessario raccogliere in primo luogo tutte le conoscenze esistenti su questo tema. La commissione, che dovrebbe fornirci un primo rapporto in un paio di mesi, è composta da tredici persone, di cui quattro rappresentanti dei Sert, quattro delle comunità terapeutiche territoriali, tre del Comune e uno della Direzione generale regionale per il Piemonte del Miur.

**L'apertura di questi servizi solleva certamente un problema di consenso da parte della cittadinanza. Quali crede siano le buone ragioni da spendere a sostegno di questa ipotesi e quali possono essere le strategie di consenso? E quale il ruolo della municipalità?**

Il Comune è l'istituzione più vicina ai cittadini e quindi non può non occuparsi di un problema come questo, come della salute pubblica in generale, anche se non ha competenze specifiche in ambito sanitario. Ne discuteremo quindi con le strutture sanitarie, che sono gli attori principali. Non si tratta di legittimare la tossicodipendenza, anzi il nostro obiettivo è eliminarla. Purtroppo però si tratta di un obiettivo, se non utopico, raggiungibile solo con un percorso di lungo periodo, quindi per evitare altre vittime occuparsi di come ridurre il danno è quasi un obbligo, prima ancora che una scelta. Se possiamo davvero salvare delle vite, allora credo che le questioni di principio passino in secondo piano.

In questo quadro credo che anche uno strumento come le *injecting rooms* possa essere accettato dalla comunità, naturalmente se questo è accompagnato da politiche più ampie per la riduzione della tossicodipendenza e anche da garanzie sulla sicurezza dei cittadini nelle aree in cui si realizzano queste strutture. Mi riferisco per esempio ai problemi di spaccio che potrebbero verificarsi senza adeguati interventi.

**Negli ultimi due decenni molte città europee hanno avuto un ruolo determinante nell'innovazione e nella sperimentazione di nuove politiche sulle droghe, basti pensare al cartello di città capeggiate da Francoforte, che nel 1990 ha deciso di far fronte all'emergenza aids, a volte anche in controtendenza con le politiche nazionali. Quale può essere, nell'attuale panorama legislativo e politico italiano, il ruolo e l'autonomia in questo campo di una grande municipalità come quella di Torino?**

La municipalità, come dicevo, diventa un interlocutore del sistema sanitario ed è anche un ponte tra quest'ultimo e la struttura sociale, compresi i gruppi di volontariato.

Non è possibile parlare di una separatezza di Torino, ma di un'autonomia all'interno del quadro legislativo nazionale, che dovrebbe essere verificato anch'esso per consentire una maggiore sperimentazione. In ogni caso sarebbe auspicabile un coordinamento con il governo in cui Torino sarebbe disposta a giocare il ruolo di città pilota.

**Il consumo di droghe è un fenomeno che nelle nostre città ripropone problemi che hanno molto a che vedere con la convivenza sociale tra stili di vita diversi, e non possono essere relegati alla sola dimensione sanitaria. A parte la necessità di fronteggiare le morti per overdose, qual è la sua opinione sulla situazione di questa "convivenza" a Torino? È una "convivenza possibile"? E se sì, a quali condizioni?**

La tossicodipendenza è difficile da debellare perché l'uso di stupefacenti è legato anche alla difficoltà delle persone nel rapportarsi con la società, con il gruppo sociale. Bisogna quindi lavorare per favorire i rapporti tra le persone, la comunicazione vera. In tal senso il ruolo di un'amministrazione è migliorare la qualità urbana puntando a condizioni sociali, economiche, urbanistiche, culturali che incidano sul rafforzamento della comunità e del senso di comunità.

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2002

## SCHEDA

**DALL'OLANDA ALLA SPAGNA, IL PANORAMA EUROPEO**

*Drug Consumption Rooms* (Dcr), o *Safe Injection Rooms* (Sir) sono chiamati i centri diurni che ospitano i consumatori di droghe illegali, per lo più per via iniettiva, consentendo loro di consumare in ambienti protetti igienicamente, alla presenza di personale sanitario. Dopo un periodo di sperimentazione spontanea ad opera di gruppi di consumatori, negli anni '70 in Olanda, le Dcr sono state rilanciate a metà degli anni '80 come servizi sanitari mirati alla popolazione "di strada", integrati ai servizi per la riduzione del danno, per far fronte alla duplice emergenza della diffusione dell'Hiv e delle morti per overdose tra i consumatori di eroina e di crack. La prima Dcr è stata organizzata in Svizzera, a Berna, nel 1986, poi si sono moltiplicate nell'Europa del nord, Olanda e Germania. Dalla fine degli anni '90 sono state aperte a livello sperimentale in Francia, Spagna e Slovenia e, oltreoceano, in Australia, Canada e Brasile. Le Dcr sono ospitate per lo più in strutture ad hoc o presso centri *drop in*, come in Germania e Olanda, o più raramente su mezzi mobili quali bus o roulotte, come in Spagna. In sintesi, gli obiettivi della Dcr sono: prevenzione dell'overdose e di malattie infettive, assistenza e presa in carico sanitaria, limitazione dei danni correlati al consumo di sostanze acquistate sul mercato nero, estensione del contatto dei consumatori con i servizi, contenimento del consumo "a scena aperta".

Una panoramica europea a cura del *Trimbos Instituut* di Utrecht evidenzia che le Dcr sono servizi sanitari gestiti direttamente dalle municipalità, o da servizi sanitari pubblici o da associazioni no profit su incarico pubblico, tutte rigorosamente inserite nel sistema pubblico dei servizi per le dipendenze, di cui fanno organicamente parte e con cui sono in rete, specie con i servizi di bassa soglia, il lavoro di strada e gli ospedali. Il personale è professionale, con prevalenza di operatori sanitari, cui si affiancano educatori.

A proposito di risultati. A Francoforte, la media dei passaggi giornalieri è di 400 persone per Dcr, aperta per 15 ore, a Zurigo e Basilea di circa 100 per sette ore di apertura.

A Francoforte, in 5 anni, la percentuale di overdose avvenute all'interno delle Dcr è diminuito, passando dallo 0,25% del '95 allo 0,19% del '99, mentre i morti in città sono scesi dai 147 del '92 ai 26 del '99. Alcuni studi condotti nella stessa città hanno evidenziato che la scena aperta della droga è notevolmente diminuita, passando da 800 persone tossicodipendenti stimate presenti in luoghi pubblici nel 1991/1992 a 150 nel 1993. Una ricerca ha messo a confronto dati raccolti tra gli utenti delle Dcr nel 1990 e nel 1995: l'uso promiscuo di siringhe è considerevolmente diminuito.

I diversi paesi hanno affrontato la questione legale basandosi sul carattere sanitario dei servizi, affermando che le finalità di salute pubblica non possono in alcun modo far scambiare la prevenzione con un favoreggiamento del consumo, come del resto avviene per i programmi di distribuzione delle siringhe sterili. **(a cura di susanna ronconi)**

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2002

## CANADA, LA RIFORMA PROCEDE

Marina Impallomeni

Dopo il Senato, anche la Camera dei deputati del Canada ha assunto una posizione di apertura nel campo della *drug policy*. In un rapporto diffuso a dicembre, la commissione parlamentare sugli usi non-medici delle droghe propone al governo una serie di iniziative tra cui la decriminalizzazione del consumo personale di marijuana con l'autorizzazione alla coltivazione personale, l'apertura di "injecting rooms" e la sperimentazione sui trattamenti con eroina. «Le conseguenze di una condanna per possesso di una piccola quantità di cannabis ad uso personale – riconosce il rapporto – sono sproporzionate rispetto al potenziale danno associato a tale condotta». La proposta costituisce un importante passo avanti, poiché attualmente il consumo è punito con un massimo di sei mesi di carcere. Tuttavia essa non va confusa con quella – più avanzata – della legalizzazione, formulata invece dal Senato canadese a settembre. La *decriminalizzazione* è infatti la rinuncia da parte dello Stato a perseguire penalmente i consumatori, ai quali si applicherebbe solo una sanzione amministrativa consistente in un meccanismo di multe crescenti. Il consumo però resterebbe comunque vietato. Diversa è l'ipotesi della *legalizzazione*, in cui il consumo viene regolamentato come già avviene, ad esempio, per taluni farmaci o per gli alcolici. A settembre i senatori canadesi avevano criticato nettamente l'ipotesi della decriminalizzazione «poiché priverebbe lo Stato di un essenziale strumento di regolazione della produzione, distribuzione e rete del consumo, lanciando al contempo un messaggio ipocrita».

I deputati canadesi individuano il tetto massimo di cannabis tollerato in 30 gr. Un limite giudicato troppo ristretto da alcuni attivisti, in quanto si applicherebbe non solo al possesso ma anche alla coltivazione personale. «Il limite di 30 gr. per la coltivazione appare impraticabile, specialmente se la polizia pesa l'intera pianta. È piuttosto difficile trovare una pianta matura che pesi meno di 30 gr.» ha spiegato Eugene Oscapella della *Canadian Foundation for Drug Policy*. La commissione raccomanda anche programmi di prevenzione che dovrebbero sottolineare i rischi derivanti dall'uso di cannabis, specialmente per i giovani. In questo momento la decriminalizzazione della marijuana sembra essere dietro l'angolo, perché il ministro della giustizia Martin Cauchon si è impegnato a vararla entro i primi quattro mesi del 2003. Tuttavia alcuni non sono altrettanto fiduciosi e fanno notare che la riforma non è attuabile in così breve tempo. «Una netta maggioranza dei canadesi vuole la decriminalizzazione, perciò sventolare tale proposta garantisce il favore dell'elettorato» ha dichiarato all'organizzazione americana DrcNet l'avvocato Alan Young, che ha rappresentato i consumatori in alcuni casi importanti davanti alla Corte Suprema. «Ma poiché tra 18 mesi si insedierà un nuovo governo, praticamente qualunque sforzo legislativo da qui ad allora è destinato a fallire per mancanza di tempo prima delle elezioni».

In tema di riduzione del danno, un'attenzione particolare è dedicata ai trattamenti con eroina, per i quali si raccomanda l'avvio di sperimentazioni cliniche a Vancouver, Toronto e Montreal. Il rapporto consiglia anche la creazione di *injecting rooms*, ossia luoghi in cui i tossicodipendenti possano iniettarsi l'eroina in condizioni di sicurezza sanitaria. La commissione riconosce che essi riducono le morti per overdose e l'incidenza di epatite C e di Hiv/Aids. Recentemente il ministero della sanità ha messo a punto le linee guida per i programmi pilota, e a Vancouver un progetto dovrebbe partire entro la fine di febbraio o l'inizio di marzo.

Da: *Fuoriluogo*, gennaio 2003

## Injecting rooms, di cosa parliamo?

PAOLO JARRE\*

*Injecting rooms, safe injecting rooms, stanze della salute, stanze per la tutela della salute, narcosalas.* Non vorrei apparire troppo provocatorio, ma credo che tra 100-200 anni non si useranno più simili termini, che esprimono a mio parere diversi livelli di mistificazione, per definire quelle che – se saranno ancora necessarie – si chiameranno come si sarebbero chiamate un tempo: *drogherie*. Poco è entrato a far parte del nostro linguaggio il termine che a mio giudizio dovremmo usare: *Drug Consumption Rooms* (Dcr) oppure, in italiano, *sale per il consumo di droghe*.

A Torino abbiamo voluto ragionare in termini pragmatici ed è per questo che abbiamo elaborato il progetto *Coverdose* che, se sarà approvato, darà avvio alla prima esperienza italiana di *Drug Consumption Room* sanitaria nella periferia ovest di Torino. Non abbiamo certezze sulla sua efficacia, ma crediamo che vada perseguito ogni serio tentativo di ridurre ulteriormente la mortalità e la morbilità dei consumatori di droghe per via iniettiva, al di là di quanto è già stato fatto nel campo degli interventi di riduzione del danno più “tradizionali”. Il progetto è stato dotato di un robusto impianto di valutazione d’efficacia che permetta, al suo termine, di trasformare questa esperienza in conoscenza scientifica.

Il concetto guida è che ricondurre la maggior parte possibile degli episodi iniettivi in un dato territorio a un solo luogo, governato da un mix d’intervento “pari” e di intervento sanitario, non possa non avere un impatto maggiore di zero sulla probabilità di soccorrere gli episodi di overdose in modo adeguato, di prevenirne alcuni, di ridurre l’impatto individuale di pratiche iniettive scorrette (con le patologie che ne conseguono) e di avere un impatto “ambientale” positivo sulla cittadinanza.

Il calcolo dei costi/benefici andrebbe fatto mettendo su un piatto della bilancia i probabilissimi (e speriamo presto provabilissimi) effetti di protezione sanitaria individuale e collettiva, e sull’altro gli incertissimi e non dimostrabili effetti “diseducativi” sui destinatari diretti («ti do la possibilità di drogarti in santa pace tanto non guarirai mai») e indiretti («drogarsi non è poi così un male se lo Stato addirittura organizza le *drogherie*»).

Noi abbiamo deciso di arrischiarci ad anticipare il risultato di questo calcolo; ciò anche perché *Coverdose*, e questo è importantissimo, andrà ad aggiungersi a una catena completa di interventi nel campo della riduzione del danno (una unità di strada attiva da 7 anni, un bus dormitorio attivo da un anno) e della terapia e riabilitazione (8 ambulatori territoriali, una comunità terapeutica, due centri diurni, una comunità serale) che connotano fortemente l’impegno a 360 gradi nel mondo dei problemi legati all’uso di sostanze e dei comportamenti di dipendenza.

D’altronde anche i più sponsorizzati programmi di comunità terapeutica in Italia non hanno mai affrontato il problema di provare scientificamente la propria efficacia, ma continuano ad essere finanziati senza che neppure si pongano il problema.

*Coverdose* sarà una piccola casa-mobile con due locali, aperta 4 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, con un infermiere professionale, un educatore e un operatore pari, al centro di una realtà, i comuni dell’area a ovest di Torino, con una popolazione di circa 200.000 abitanti e circa 1000 consumatori stimati di droghe per via iniettiva.

\*Direttore del Dipartimento “Patologia delle dipendenze” Collegno (To), Asl 5 Piemonte

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2003

## “STANZE DEL CONSUMO”: A TORINO FRANCOFORTE FA SCUOLA

«Dalla sperimentazione alla norma». Parla Juergen Weimer, responsabile dei servizi cittadini sulle tossicodipendenze

Grazia Zuffa

Incontro Juergen Weimer, coordinatore dei servizi tossicodipendenze della municipalità di Francoforte, dopo il seminario tenutosi a Torino il 31 gennaio scorso sulle “stanze del consumo” (*safe injection rooms*). Proprio a Francoforte si è avviata la prima esperienza di questo genere in Germania, sin dagli inizi degli anni ‘90, in un contesto molto difficile. La città non è grande, raggiunge i 650.000 abitanti, ma l’area che gravita intorno è assai più vasta, e il 30% è costituito da immigrati. Nel 1991 c’erano circa un migliaio di tossicodipendenti di strada, che vivevano nei parchi cittadini, le cosiddette “scene di droga all’aperto”, dove non c’erano mai meno di 200 persone alla volta. Quell’anno fu raggiunto il picco dei morti per overdose: 147. Adesso, dopo dieci anni di sviluppo di servizi a bassa soglia e con l’apertura di cinque *safe injection rooms*, nel 2002 i morti sono stati 28. Inoltre, da alcune ricerche condotte dall’università di Francoforte, risulta una drastica riduzione del rischio di overdose fra la popolazione che frequenta le “stanze del consumo”, insieme a un miglioramento del loro stato di salute generale. A Torino si discute da mesi sull’apertura di una di queste “stanze”, da quando, nell’estate scorsa, una decina di tossicodipendenti morirono di overdose in pochi giorni. Ma le resistenze sono tante. Dunque ci interessa approfondire il contesto in cui si è avviata questa esperienza a Francoforte, e come sono state superate le resistenze politiche e ideologiche.

### **Come è nata l’idea di aprire le “stanze del consumo”?**

Le *safe injection rooms* sono un naturale sviluppo dei servizi a bassa soglia. Quando già esistono i “café” (una sorta di centri di accoglienza diurni), che offrono siringhe pulite e counselling per assumere la droga nella maniera più sicura possibile, è logico dare anche ai consumatori un luogo igienicamente protetto per l’iniezione. È assurdo che debbano uscire per andare chissà dove. Inoltre le stanze del consumo rientrano in un sistema rete di aiuto che ha il compito di raggiungere il maggior numero di consumatori possibile. Il primo obiettivo è la salute dei tossicodipendenti, ma c’è anche l’esigenza di rendere accettabile all’intera popolazione il fenomeno della droga di strada. Agli inizi degli anni ‘90 i parchi erano diventati le “scene della droga”, e non era piacevole camminare fra le persone che si iniettavano l’eroina.

### **Dunque è un progetto nato anche per cercare di contrastare le scene di droga all’aperto?**

Sì. Nel 1992 fu deciso di chiudere le scene di droga, con un programma di forte collaborazione fra la polizia e il sistema dei servizi sociali. Era novembre, e nei giorni dello sgombero io sono stato lì notte e giorno, per accertarmi che la polizia non usasse le maniere forti. Ma tutto è andato come doveva, i poliziotti si sono comportati bene, e i consumatori hanno accettato il fatto. Da quel momento è diventato chiaro che i parchi erano *off limits* ed è molto diminuito il numero delle persone che affluivano da fuori. Dobbiamo pensare che al tempo oltre i due terzi dei frequentatori delle “scene di droga” non erano di Francoforte.

### **Ma i consumatori dove sono andati a finire?**

Naturalmente abbiamo dovuto offrire un'alternativa e abbiamo recuperato un edificio che in precedenza era stato una fabbrica, lontano dal centro. La scelta è caduta su una zona di periferia, proprio perché le polemiche erano molto forti. I consumatori si sono trasferiti lì, c'erano circa 250 persone cui offrivamo assistenza e alloggio. E naturalmente continuavano a drogarsi, e non potevano farlo altro che nel centro: è lì che è nata la prima *safe injection room*. All'inizio la situazione era a dir poco caotica, poi lentamente si è stabilizzata. Si è provveduto ad aumentare i servizi, fornendo assistenza medica e programmi di metadone. Negli ultimi anni si sono aggiunti anche programmi di inserimento lavorativo.

**Hai accennato a polemiche... Quali resistenze avete dovuto affrontare?**

Le obiezioni alle stanze del consumo erano le stesse già avanzate allo scambio di siringhe. Una parte degli operatori e la Chiesa dicevano: «Ma come, con una mano offriamo aiuto e con l'altra porgiamo gli strumenti di tortura?». Inoltre si temeva che attirassero ancora più consumatori da fuori. Ma lo scontro più duro è stato a livello politico. Avevamo l'esigenza di avere una copertura legale, così nel 1994 la municipalità ottenne dalla procura generale del *Land* dell'Assia un pronunciamento legale che dichiarava ammissibili le *safe injection rooms*, anche se la procura del *Land* vicino era di parere assolutamente contrario. Il governo federale chiamò immediatamente il primo ministro dell'Assia intimandogli di chiudere «le attività illegali della Città di Francoforte». Ma il sindaco, forte di quel parere legale favorevole, non cedette, il governo dell'Assia non collaborò con quello federale, e la partita fu vinta.

**Qual è oggi la situazione delle stanze del consumo in Germania?**

Nel 2000 è stata approvata una legge federale per dare base legale a questi servizi, ma i problemi non sono risolti. La normativa prevede che le città possano aprire le "stanze" solo con l'accordo del *Land*. Così, ad esempio, Monaco vorrebbe aprirne una ma il *Land* conservatore della Baviera si oppone, così come si oppongono tutti i *Länder* a governo conservatore.

**Dal 1994 in poi avete aperto altre quattro stanze del consumo. Qual è il modello di intervento?**

Sono nel centro, vicine alla stazione, tendenzialmente aperte 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno. Il modello è quello di un centro integrato di servizi. In genere c'è il "café", dove si può sostare, ristorarsi e avere le siringhe pulite, la "stanza del consumo" e il locale per il counselling e l'assistenza medica, ai piani superiori c'è la somministrazione del metadone, e anche stanze con letti per i senza tetto. Di giorno i letti sono utilizzati per le crisi e i casi acuti. C'è anche il lavoro di strada, con team di medici e personale sanitario che girano la città per offrire assistenza immediata, e cercano poi di inviare le persone ai centri più attrezzati, quando ce n'è bisogno.

**Quali sono oggi i problemi che avete con questi servizi?**

Il problema più serio è il crack, che viene fumato ed è in continuo aumento, mentre c'è una diminuzione dell'assunzione per via iniettiva. Qualche dato: agli inizi degli anni '90 distribuivamo 1.9 milioni di siringhe l'anno, nel 2001 ne abbiamo distribuite 1.03 milioni. Lo stile di consumo sta cambiando. Si continua a iniettare l'eroina, ma meno di prima, e le stesse persone fumano anche il crack. Perciò apriremo fra pochi mesi una stanza per il fumo, nello stesso centro dove già esiste una *injection room*, ma separata da essa. Le resistenze di parte

del personale sono molto forti, il timore è di non riuscire a fronteggiare le eventuali crisi scatenate dal crack, visto che alcuni dei consumatori che frequentano le “stanze” hanno problemi psichiatrici. Il nostro problema maggiore è di convincere questi settori più tradizionali degli operatori.

### **Queste crisi psicotiche sono molto frequenti?**

Direi di no, ma in effetti quando capitano sono molto pesanti. Ad esempio può accadere che la persona si denudi completamente e fugga per le strade in quelle condizioni. Ho assistito io stesso ad un fatto del genere, in quel caso l'intervento è stato eseguito da un poliziotto, ed è stato ottimo. Il consumatore si era tolto tutti i vestiti e gridava che erano pieni di serpenti, allora il poliziotto ha preso un bastone e ha cominciato a colpire gli indumenti. Poi gli ha detto: «Adesso non ci sono più, puoi rimetterli». E la persona se li è rimessi...

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2003

## IL "BUCO PULITO" NELLA CRIPTA DI SAN PAOLO

Hans Visser e Marie Kok-Egu  
ROTTERDAM

Nel corso degli anni '80 è apparso in modo sempre più chiaro che era preferibile che il consumo di droghe non avvenisse in pubblico, nell'interesse tanto dei consumatori quanto della società nel suo insieme. Bisognava dunque creare dei luoghi dove il consumo fosse tollerato ma, essendo le droghe ufficialmente proibite, era necessaria una notevole inventiva. Il progetto denominato "Piattaforma zero", nelle vicinanze della stazione centrale di Rotterdam, è stato un esperimento che andava in questa direzione ma, dopo dieci anni, "Piattaforma zero" fu chiuso, in quanto provocava troppo disturbo agli altri cittadini. I suoi frequentatori si spostarono allora alla chiesa di San Paolo, dove fu aperta in segreto una *safe injection room* che ancora esiste. Questa nuova "stanza del consumo" non aveva permessi ufficiali, era solo tollerata. Da questa esperienza hanno preso il via in tutta la città esperienze di servizi informali di questo tipo per i consumatori. Dal 1995, in tutta l'Olanda è possibile aprire le *safe injection rooms*, a meno che non ci siano obiezioni del vicinato: la realtà dell'impegno sul campo è stata più veloce della politica.

Negli anni '90 si presentò l'urgenza di regolare il mercato delle droghe pesanti e, nella città di Rotterdam, un gruppo di spacciatori era pronto a seguire le regole: a ridurre il numero dei clienti, a rifiutare i pro-fitti illegali, ad accettare assistenza fino a pagare le tasse...

Da qui prende spunto la nostra iniziativa, che si basa su tre pilastri: prevenzione a livello individuale e collettivo, regolamentazione, presa in carico. La cripta della chiesa di San Paolo è il luogo dove avvengono tutte le attività. Nella stanza centrale i visitatori possono soggiornare, leggere il giornale, bere o mangiare qualcosa (le consumazioni sono a pagamento), giocare a carte, guardare la televisione, parlare con i volontari che svolgono un lavoro di informazione e li incoraggiano a partecipare alle iniziative proposte dal centro; essi cercano anche di stimolarli a rivolgersi ai servizi sociosanitari... in una parola, a occuparsi attivamente della loro vita, sempre in maniera amichevole. Nella stessa stanza ci sono anche gli spacciatori che vendono le loro droghe. C'è poi un'altra stanza dove si aspirano le sostanze, e un'altra ancora dove si possono iniettare: il materiale per l'iniezione è disponibile gratuitamente. I consumatori si incontrano con i responsabili del centro una volta alla settimana, e la frequenza è accuratamente registrata. Gli spacciatori sono tre, e sono sempre gli stessi. Sono stati scelti su criteri di onestà, di responsabilità, e per la buona qualità, la quantità adeguata e il costo ragionevole della droga. Si svolgono regolari incontri anche con questi soggetti, per parlare del loro lavoro e aiutarli a risolvere i loro problemi. Inoltre vengono fornite loro indicazioni per ridurre i problemi di disturbo e per una migliore assistenza ai consumatori. Uno degli spacciatori si è registrato come operatore sociale e ora paga regolarmente le tasse.

I consumatori sono ammessi sulla base di un pass e sono circa mille. La maggior parte di loro sono olandesi di nascita oppure immigrati legali. Per avere un nuovo pass, il consumatore deve fare richiesta a uno dei quattro operatori sociali che lavorano sul posto. Dopo aver fatto conoscenza ed eventualmente aver preso informazioni sul richiedente tramite persone conosciute e/o la polizia, gli operatori gli danno le opportune informazioni sul servizio, sulle regole e sulle attività che vi si svolgono. All'inizio il candidato ottiene un pass provvisorio per qualche mese; se in questo lasso di tempo si attiene alle regole e si inserisce nel gruppo (composto dai consumatori, dal personale e dagli spacciatori), allora ottiene un pass definitivo. C'è una determinata quota di frequentatori che non può essere superata, così spesso i possessori di un pass presentano dei nuovi candidati che entrano in una lista di attesa. Le regole consistono nel possesso di un pass, nell'astenersi da atti di violenza, e da qualsiasi traffico con merci rubate. Inoltre le persone devono curare l'igiene personale, e non possono

visitare il centro più di tre volte al giorno. Non è ammesso l'uso della pipa per fumare la cocaina, non si può assumerla a stomaco vuoto e mai prima di mezzogiorno. È proibito portare armi.

Una motivazione importante per la gran parte degli spacciatori è che il commercio di droga acquista un aspetto sociale, di attenzione ai consumatori e di riduzione del disturbo al vicinato. In alcuni casi la ragione più importante, oltre all'accresciuta sicurezza, sembra essere la percezione che i loro introiti sono di natura meno criminale. Anche i consumatori ovviamente traggono vantaggi. Il servizio è aperto a orario fisso per molte ore al giorno, sempre nello stesso luogo, e il proprietario è sempre disponibile. Per di più, i possessori del pass sono sicuri di ricevere sostanze di qualità ragionevole e a un prezzo ragionevole, in un luogo dove sono sempre bene accolti anche quando sono malati o sono senza quattrini. Anche l'aspetto di socializzazione è importante. Lì i visitatori possono incontrarsi tutti i giorni, e hanno un luogo dove riposare per un po'. Possono prendere parte alle attività e trovare assistenza e consiglio. In questo modo si evita che si avventurino per le strade, in cerca di droga, povere persone disperate e che stanno male, e ovviamente il tasso di criminalità della città diminuisce a tutto vantaggio dell'ordine pubblico.

Il Pastore Visser è il fondatore e responsabile del progetto. Marie Kok-Egu è un medico e collabora al progetto nel campo sanitario.

Da: *Fuoriluogo*, marzo 2003

## Gli studi dell'Università di Francoforte sulle "safe injection rooms" UNA PISTA DA SEGUIRE

Uwe Kemmesies\*

Le "stanze del consumo" (*safe injection rooms*) sono ancora un'esperienza limitata e tuttavia esistono già parecchi studi di valutazione su questi servizi. Ciononostante, nessuno di essi ha finora portato una prova univoca sulla loro efficacia e sul fatto che riescano a raggiungere gli obiettivi che si propongono. Non è una conclusione sorprendente, in quanto il fenomeno è troppo complesso perché si possa dimostrare con la metodologia scientifica, in modo chiaro e netto, relazioni causali fra l'istituzione del servizio e alcuni fenomeni. In altre parole, è difficile stabilire ad esempio se un determinato cambiamento, come la diminuzione delle overdose o il miglioramento della salute dei consumatori, dipenda dall'istituzione delle stanze del consumo. Per arrivare a tanto, avremmo bisogno di approcci scientifici quasi sperimentali, che nella pratica, ma anche per ragioni etiche, non possono essere riprodotti in questo campo. Se pertanto registriamo dei cambiamenti dopo l'apertura di una stanza del consumo, dobbiamo sempre verificare anche l'incidenza di altri fattori indipendenti (per esempio i cambiamenti nello stile di consumo dovuti al mercato nero, o altre iniziative sociali e sanitarie, o un diverso approccio repressivo). Perciò, per rigore scientifico, è bene precisare che possiamo solo trovare indizi sull'eventuale utilità delle stanze del consumo. Ma questa premessa non significa che non sia comunque utile lavorare sulla base di *indizi*, soprattutto se questi sono significativi, sia per numero che per qualità.

La prima domanda che possiamo porci è legata allo sviluppo della "scena della droga all'aperto" a Francoforte dall'istituzione della prima stanza del consumo nel 1994: *da allora la situazione è peggiorata?*

Da altre fonti sappiamo che la proposta di aprire questo servizio è stata accolta con favore dai consumatori e che, contrariamente alle preoccupazioni, il numero di morti per droga è vistosamente calato nell'ultimo decennio. È pertanto evidente che si possono trarre conclusioni confortanti da questo indicatore estremo. Possiamo metterla come vogliamo, ma una cosa è certa: con o nonostante le stanze del consumo, si è verificato un calo significativo dei morti per droga.

Scendiamo più nel dettaglio. Mi avvalgo a questo scopo di due studi, condotti sulla "scena della droga all'aperto" di Francoforte, circa gli stili di consumo e la situazione sanitaria dei consumatori di droga della "scena", sulla base di un campione di 150 consumatori cui è stato somministrato un questionario. Il primo studio fu condotto nel 1995, subito dopo l'apertura delle prime stanze, e il secondo nel 2002, seguendo dal punto di vista metodologico gli stessi principi. Sulla base di questi studi si possono definire quattro domande e trovare un collegamento con altrettante ipotesi.

La domanda più importante è la seguente: *in presenza delle stanze del consumo, il mondo delle droghe pesanti diventa più attraente per i giovani oppure no?* Spesso si crede che le stanze del consumo instaurino un processo di banalizzazione delle droghe illegali, soprattutto l'eroina, che potrebbe indurre persone giovani al consumo. Secondo le nostre osservazioni, questa preoccupazione può essere ritenuta priva di fondamento. Ci sono tre indizi che vanno in questa direzione: in primo luogo, non c'è alcun sintomo che a Francoforte la scena della droga sia in espansione. Ciò si evince sia dall'osservazione degli operatori sociali che dai dati di polizia. In secondo luogo, da uno studio svolto su 700 giovani studenti dai 16 ai 18 anni emerge che l'eroina e il crack, le due droghe tipiche della scena all'aperto, non godono di alcun interesse da parte degli studenti. Infatti, meno dell'1% dei giovani interrogati dice di avere mai provato eroina o crack, e nessuno indica l'eroina o il crack come la droga di cui più si parla con gli amici (per valutare il tasso di attrazione di una droga si fa riferimento a quanto

se ne parla nei gruppi giovanili). In quella fascia d'età, le droghe più popolari sono quelle legali: l'alcol e la nicotina. Ancora, alla domanda su quale sia la droga meno accettata, il 53% degli interrogati indica l'eroina e il crack. Il 15% dà risposte multiple (ma eroina e crack compaiono sempre), mentre il 10% indica l'ecstasy, un po' meno del 10% la cocaina, e poi "nessuna droga", cannabis, sigarette, speed...

Anche se non esistono dati da ricerche simili degli anni passati, queste cifre documentano con chiarezza che gli studenti di Francoforte respingono nettamente queste droghe. Possiamo allora pensare che l'esistenza quasi decennale delle stanze del consumo non abbia portato a un guadagno d'immagine per le droghe tipiche della scena all'aperto. La mia tesi personale è ancora più netta: io sono convinto che questo servizio abbia effetti deterrenti per moltissime persone e che le droghe associate alle stanze del consumo subiscano un calo d'immagine. C'è infine un terzo indizio, desunto dall'età media dei frequentatori della scena all'aperto. Dall'inizio degli anni '90, si osserva un continuo innalzamento dell'età media dei consumatori, il che indica che non c'è un ricambio di giovani.

Veniamo alla seconda domanda: *le "stanze" portano a intensificare il consumo?* Anche se le stanze del consumo non costituiscono, come si è detto, un richiamo per chi non faccia parte della scena della droga, bisogna comunque porsi il problema se non sussista il rischio di aumento dei consumi, per chi già fa parte di quella scena. Neanche questa preoccupazione trova conferme dalle nostre osservazioni. Al contrario. Nonostante i modelli di consumo siano tuttora intensivi, tuttavia sono più moderati di quanto non fossero subito dopo l'apertura delle prime stanze. È vero che il numero degli episodi di consumo di droghe pesanti e l'intensità del consumo di eroina o crack/cocaina non cambiano in modo sostanziale, ma è diminuito il policonsumo. E rispetto al 1995, si sta riducendo soprattutto il numero delle persone che consumano droghe pesanti in maniera intensiva – almeno 5 volte la settimana.

Il terzo quesito: *le stanze del consumo raggiungono gli obiettivi della riduzione del danno?* Già si è detto che non è possibile rispondere positivamente a questa domanda con certezza scientifica, ma le nostre osservazioni portano a tre indizi che sembrano andare in questa direzione.

Il primo riguarda la diminuzione del tasso di mortalità tra i consumatori di droga, soprattutto rispetto all'overdose. Nel 1995 un consumatore su due dichiarava di aver avuto un'emergenza overdose, mentre nel 2002 a dichiararlo era solo un consumatore su tre (dal 54% al 36%). Bisogna ovviamente tenere conto in questo contesto anche dei cambiati stili di consumo.

Il secondo indizio concerne la salute di chi frequenta la scena della droga. Nonostante il loro stato di salute desti tuttora preoccupazione (il 74% denuncia problemi al fegato, il 71% è positivo all'epatite C – non abbiamo cifre di raffronto dal 1995), dall'apertura delle "stanze" lo stato generale è comunque migliorato. Si soffre meno di problemi acuti, ed anche il numero di trattamenti sanitari sta diminuendo rispetto al 1995. Considerando la valutazione soggettiva dei consumatori, se nel 1995 solo il 47% dichiarava di sentirsi in buona salute, nel 2002 la percentuale è salita al 57%. È utile in questo contesto ricordare anche che le infezioni da Hiv sono passate dal 26% del 1995 all'attuale 13%, mentre le malattie correlate all'Aids sono diminuite dal 18% al 2%.

Infine, il terzo indizio è sempre relativo all'innalzamento dell'età delle persone che frequentano la scena aperta di Francoforte: per queste persone, sopravvivere sta diventando un po' più facile di prima.

Ritengo anche opportuno porsi un'ultima domanda, particolarmente importante perché il mondo della droga, come tutti i fenomeni sociali, è sempre in movimento: *le stanze del consumo rispondono davvero alle esigenze dei consumatori?*

Anche a Francoforte ultimamente si discute di questo, per meglio adattare il servizio agli stili di consumo del momento. La scena della droga infatti è cambiata rispetto a quella tradizionale, non è più esclusivamente caratterizzata dall'iniezione di eroina, ma sempre più anche dal crack. Di conseguenza il consumo per via iniettiva si è ridotto del 50%, anche se il

crack viene consumato di tanto in tanto per via endovenosa, al contrario del modello statunitense.

Già si è detto che non si possano dimostrare nessi univoci causali fra le stanze del consumo e gli eventuali effetti positivi, ma ciò non toglie che queste osservazioni dovrebbero incoraggiare i responsabili delle politiche ad intraprendere la strada della sperimentazione. Ricapitolando, si può infatti sostenere che le stanze del consumo non aumentano il rischio di reclutamento nel mondo della droga, né aumenta il consumo di chi già vi fa parte. Inoltre si osserva un miglioramento, seppur lieve, delle condizioni di salute generale tra i consumatori; mentre il tasso di mortalità è diminuito e i consumatori vedono aumentare la loro speranza di vita, nonostante lo stile di vita da strada. In buona sostanza, da quando si sono aperte le stanze del consumo, le cose non sono peggiorate, anzi nel complesso – in modo più o meno accentuato – sono migliorate.

\*Centro per la Ricerca sulle Droghe, Università di Francoforte

Da: *Fuoriluogo*, marzo 2003

## RAPPORTO SULLE “STANZE” PER IL CRACK

Matteo Ferrari  
BELLINZONA

Le misure di riduzione del danno sono nate dal lavoro sul campo, al fine di completare una strategia improntata alla repressione penale con una presa a carico della persona tossicodipendente rispettosa del diritto alla salute e all'assistenza sociosanitaria. Sostenute dapprima con sussidi puntuali, queste proposte sono ora parte integrante della politica svizzera della droga. Nella proposta di revisione della legge federale sugli stupefacenti, la riduzione del danno costituisce a pieno titolo uno dei cosiddetti quattro pilastri, accanto a prevenzione, terapia e repressione del traffico illecito.

Nel 2000 è nato l'Ufficio svizzero per la riduzione dei danni nell'ambito della droga, che ha censito quasi 200 iniziative in quest'ambito. Il censimento, attualizzato nel maggio scorso, si basa su indicazioni da più di 150 istituzioni e mostra la ricchezza e la validità di quanto intrapreso sinora.

Gli interventi direttamente legati al consumo restano un punto delicato, a differenza di misure che si limitano ad atti sociosanitari più classici. In Svizzera, l'accessibilità a materiale sterile per iniezioni è valutata positivamente, avendo condotto a una quota di infezioni hiv/aids dovuta all'uso di droghe molto minore rispetto agli anni '80 e a una maggiore sicurezza per la popolazione, grazie alla sostituzione delle siringhe usate.

Per contro, la creazione di locali nei quali consumare droghe in condizioni igieniche e con la possibilità di un intervento sanitario è rimasta limitata alle grandi città ed è tuttora osteggiata qua e là. Ad esempio, a Losanna v'è una feroce e annosa battaglia ideologica sull'istituzione di una simile struttura. Eppure, là dove sono attive, le “shooting rooms” sono valutate positivamente – sia in termini sociosanitari sia in termini di ordine pubblico – da rapporti fatti allestire dalle autorità a verifica della loro validità.

Locali legalmente autorizzati adibiti alle iniezioni esistono in quattro paesi europei: Germania, Olanda, Spagna e Svizzera. La frontiera del lavoro sul campo si va però spostando: dal 2001 in Svizzera sono in funzione a Bienne, Olten e Zurigo anche “locali per inalazione” e ne è previsto uno a Berna. Lo scopo è duplice. La riduzione del danno deve coprire ogni consumo e aiutare anche chi assume droghe in modo diverso dall'iniezione, raggiungendo tra l'altro una popolazione tossicomane differente. Inoltre, è pagante promuovere modalità di consumo meno pericolose per la salute individuale e quella pubblica.

Oltre al citato rapporto sulla situazione delle strutture svizzere d'accoglienza a bassa soglia destinate ai consumatori di droghe, sull'apertura e la gestione di locali per inalazione, destinati a forme di consumo meno pericolose, sono disponibili due valutazioni. Una per la struttura di Bienne – comprendente un locale per iniezione, uno per inalazione e un servizio di ristorazione – e una su due locali per inalazione nella città di Zurigo (la valutazione di Olten è in allestimento).

A Bienne, il ricorso alla struttura ha superato ogni previsione e le istanze coinvolte confermano l'apporto al mantenimento della sicurezza cittadina. Inoltre, trovando conferme a Zurigo e Olten, è emerso che non sono oggi disponibili regole fondate scientificamente per ridurre i rischi connessi all'inalazione di eroina e cocaina, in analogia alle misure note per il consumo per endovena. La valutazione a Zurigo ribadisce che è possibile avvicinare un'utenza specifica, che fuma o sniffa eroina e cocaina, superando anche qui le previsioni fatte prima dell'apertura e permettendo una migliore conoscenza del fenomeno. Questa nuova offerta ha inoltre indotto alcuni consumatori a passare all'inalazione, forma di consumo meno rischiosa dell'iniezione.

La conclusione è scontata: la tossicomania è un fenomeno in continua evoluzione e un atteggiamento di dialogo con le persone coinvolte permette non solo di aiutarle puntualmente,

ma di aumentare le nostre conoscenze su come si possono ridurre i danni individuali e sociali legati a un fenomeno che colpisce tutte le società.

Sito dell'Ufficio svizzero per la riduzione dei danni nell'ambito della droga: <http://www.fasd-brr-urd.ch/>

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2003

## LE STANZE CHE MANCANO

Un ponte, una strada ferrata, la riva del fiume: luoghi del consumo, luoghi dove ci si fa di eroina o magari di cocaina in vena, cercando di sottrarsi allo sguardo indiscreto dei passanti. Alessandro Orsi, operatore nei servizi di bassa soglia a Torino, questi luoghi li ha fotografati dando vita a *Fatti sporchi*, un volume piccolo e prezioso in cui le immagini in bianco e nero si intrecciano a storie di vita che poche parole bastano a evocare. In cui un divano abbandonato può diventare, come scrive Susanna Ronconi in un contributo al volume, un oggetto «che arreda il nulla». Sono storie dei consumatori e del prezzo, sempre troppo alto, pagato per la loro condizione di eroinomani: per scelte loro, ma anche – soprattutto – per scelte altrui. E poi ci sono gli altri attori di questo assurdo racconto: gli operatori stessi, ma anche gli addetti al pronto soccorso e le forze dell'ordine.

Impossibile invece fotografare le “injecting rooms”, o “stanze del consumo”, per la semplice ragione che in Italia non ne esistono. Nonostante gli ottimi risultati delle numerose sperimentazioni condotte in Olanda, Germania, Svizzera, Spagna (per citare solo l'Europa), e nonostante che a Torino una prima apertura in questo senso fosse stata manifestata dal sindaco Chiamparino, dopo il picco di morti per overdose in città registrato nell'estate del 2002. Dunque, nel nostro paese, le “stanze del consumo” possiamo solo cercare di immaginarle, di comprenderle nel loro funzionamento e nei loro obiettivi. È questo che ci invitano a fare Grazia Zuffa, Leopoldo Grosso, Claudio Cappuccino, con gli interventi brevi e densi ospitati nel volume di Orsi. Perché le sale da iniezione non sono *belle*. Esse «si “digeriscono”, si comprendono e se ne diventa fautori – scrive Grosso – solo quando, dietro la durezza della prima immagine che propongono, si “vede” l'importanza dei loro obiettivi, se ne coglie appieno la logica fredda, ma tutt'altro che cinica, che le sottende». **(marina impallomeni)**

Alessandro Orsi, *Fatti sporchi*, PariBooks, pp. 72, euro 8

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2003

## Torino, una ricerca sulla praticabilità sociale delle stanze del consumo **EPPURE SI POTREBBE**

*La commissione di studio del Comune non ha dato il via alla sperimentazione sperata. Ma consumatori e operatori si dimostrano pragmatici e sono a favore di un servizio che tutela la salute e riduce i danni*

Susanna Ronconi

Nel 2002, nel Coordinamento degli operatori dei servizi a bassa soglia del Piemonte, è emersa la volontà di verificare se e come sarebbe stato possibile promuovere anche a Torino l'avvio sperimentale di una injecting room. L'interrogativo nasceva dal persistere di un numero significativo di morti per overdose in città (mediamente una ogni due settimane): un numero che decresceva nel tempo, è vero, ma che rimaneva ancora troppo alto. In secondo luogo, rimaneva aperta la contraddizione tra distribuzione di materiale iniettivo sterile e la tragica realtà dei luoghi abituali di consumo, segnati da condizioni igienico-ambientali pessime: come svuotare il mare con un cucchiaino. In terza battuta, la Commissione di studio proposta dal sindaco Chiamparino nell'ipotesi di una sperimentazione si stava avviando a una soluzione "pilatesca", in sostanza chiudendo la riflessione che il picco dei morti dell'estate del 2002 aveva aperto. Torino non sarebbe stata – come avevamo sperato – la prima città ad aprire una injecting room. Un gruppo di operatori del Coordinamento si è messo al lavoro (volontariamente) e dopo aver identificato una zona della città maggiormente toccata dal fenomeno, ha ideato un percorso di ricerca attraverso interviste strutturate. Si è voluto verificare conoscenze e atteggiamento di alcuni attori sociali potenzialmente interessati verso le politiche di riduzione del danno, la loro percezione dei rischi correlati, l'atteggiamento verso le injecting rooms, una valutazione sulla fattibilità. Sono stati intervistati 8 testimoni privilegiati e 11 consumatori. I testimoni sono: infermiere Sert; due educatori Sert; educatore di territorio; medico di base; medico del pronto soccorso; farmacista di zona; presidente di Circoscrizione; magistrato della Procura; mediatore culturale di lingua araba. I consumatori sono utenti del drop in della Asl 3, e provengono da tutto il territorio cittadino.

Per quanto riguarda la riduzione del danno, è una strategia conosciuta e giudicata dagli intervistati condivisibile nei suoi obiettivi di salute e tutela della vita. L'atteggiamento degli intervistati è realistico e pragmatico, sia tra coloro che svolgono una professione sanitaria, sia tra quanti operano sul territorio. Due sono le ragioni portate a sostegno di un approccio di riduzione del danno: la centralità della tutela della salute e la riduzione dell'impatto sociale di un consumo attuato spesso "a scena aperta". La caratteristica di "mediazione" propria della riduzione del danno viene riconosciuta dagli intervistati come possibile alternativa alle logiche securitarie.

La percezione dei danni e dei rischi correlati al consumo in particolare di eroina e cocaina per via iniettiva riguarda: contesti di assunzione (condizioni igieniche e esposizione alla visibilità); malattie trasmissibili; overdose; rischi legali; prostituzione; mix pericolosi di sostanze; danni di tipo psichico e psichiatrico; danni sociali (emarginazione). Sul piano del "danno sociale" è stato notato come l'eccesso di visibilità della pratica iniettiva ha un effetto di moltiplicazione dell'allarme sociale che a sua volta si porta dietro domande di repressione.

Gli intervistati equiparano le injecting rooms ad altri servizi di riduzione del danno e le correlano a obiettivi di salute individuale/salute pubblica e di diminuzione di impatto sociale. Gli obiettivi indicati sono: limitazione di danni sanitari, promozione di una corretta pratica iniettiva; contatto con il "sommerso", offerta di informazione sanitaria, prevenzione overdose

e intervento d'urgenza, educazione tra pari; protezione dalla violenza della strada. Per quanto riguarda l'impatto sociale, invece: minor visibilità della pratica iniettiva, meno pressione e relativi conflitti, minore dispersione di siringhe usate sul territorio.

Tutti gli intervistati hanno segnalato nella Asl l'ente principale di riferimento, e i Sert sono stati individuati come i servizi preposti, mentre la municipalità dovrebbe essere motore di una strategia di consenso verso la cittadinanza.

Le figure professionali necessarie sono medici e infermieri professionali, con educatori con competenze di operatori di strada e operatori pari, accreditati per il loro "sapere dell'esperienza".

I potenziali utenti sono tutti i consumatori per via iniettiva che non abbiano a disposizione un luogo privato e protetto, e dunque prima di tutto quelli in condizioni sociali disagiate. Persone senza dimora e immigrati sono stati indicati come utenti privilegiati del servizio. Unanime la necessità di collocare il servizio vicino o all'interno della scena della droga e, con qualche eccezione, per lo più appare preferibile l'ubicazione all'interno di un servizio a bassa soglia quale un drop in.

È stato chiesto agli intervistati quali potrebbero essere le maggiori difficoltà nell'aprire una injecting room sul territorio torinese. La prima riguarda gli amministratori e i politici locali, ben prima della pubblica opinione. Allarme sociale e domanda di sicurezza urbana sono il secondo fattore di difficoltà. La legislazione vigente è un vincolo posto solo dal magistrato intervistato. Al contrario i migliori alleati sono stati indicati nel personale sanitario Asl, in alcuni opinion leaders del territorio, nel privato sociale più aperto. Le injecting rooms, dunque, sembrano agli intervistati utili, praticabili e basate su "buone ragioni". Sono però stati segnalati anche alcuni rischi: l'eccesso di medicalizzazione, il rischio di etichettare e "nascondere"; enfatizzare troppo la "buona ragione" del controllo sociale, a scapito di una politica dei diritti dei consumatori.

Infine, interrogati su una eventuale disponibilità in prima persona, fatta eccezione per un educatore di Sert, gli operatori sanitari e sociali interpellati non vedono alcuna contraddizione di tipo etico o deontologico. Tutti sono disponibili a lavorare per il consenso, anche se a volte con pessimismo, per esempio riguardo medici di base o farmacisti, che vengono descritti come non interessati.

Per quanto riguarda i consumatori, tutti sanno cos'è una injecting room, sono informati. Alla domanda «useresti in prima persona una injecting room?» la quasi totalità risponde di sì: solo uno risponde in modo negativo, senza fornire motivazione, e un secondo afferma che è utile ma non la userebbe perché ha una casa sua, agibile. Gli obiettivi riguardano soprattutto l'overdose, evitare di essere troppo visibili e rispettare la società («è giusto che le persone che non usano non vedano certi spettacoli»), nonché un aiuto pratico a chi «ha difficoltà a farsi» per le vene troppo provate. Il gruppo pone con forza il rischio del controllo da parte delle forze di polizia: è questo l'unico vero elemento di diffidenza. I più vedono la giusta ubicazione all'interno di un drop in o in strutture mobili affiancate all'unità di strada. È essenziale che siano vicini ai luoghi di spaccio, per poter essere davvero utilizzate, e in questo senso sarebbe necessario pensare a una rete cittadina di injecting rooms più che a una sola.

Personale medico, consumatori esperti e operatori pari dovrebbero, per i più, gestire una injecting room: viene descritta una sorta di "alleanza" tra medici e consumatori. Per la gestione, bastano le regole base dei drop in: no violenza, no spaccio. Alcuni enfatizzano il bisogno di pulizia: ognuno pulisca dove ha usato. Sono richieste due stanze, almeno, per il rispetto della privacy e di esigenze diverse.

Da: *Fuoriluogo*, febbraio 2004

## OSSERVATORIO EUROPEO DI LISBONA, IL RAPPORTO SULLE SAFE INJECTING ROOMS SDOGANATE LE “STANZE SICURE”

*La valutazione è positiva perché sono accoglienti, diminuiscono la mortalità, mettono in contatto con gli altri servizi. E godono di una discreta accettazione da parte del vicinato, dopo le iniziali opposizioni*

Susanna Ronconi

Sono 62 in Europa, (altre due in Australia e Canada), distribuite in 36 città, la prima è stata aperta nel 1996, a Basilea, l'ultima nel 2000 a Barcellona. Sono le *injecting* o *consumption rooms*, le *narcosalas*, le stanze della salute, a cui l'Emcdda (*European monitoring centre on drugs and drug addiction*) dedica il suo ultimo rapporto monografico, datato febbraio 2004, includendole – oltre ogni polemica strumentale e dibattito ideologico – nel numero dei servizi per la riduzione dei rischi e dei danni correlati all'uso di sostanze, prima di tutto eroina e cocaina per via iniettiva (anche se ben 43 delle *consumption rooms* europee sono dedicate anche a chi le sostanze le inala).

Il pregio del Rapporto è quello innanzitutto di raccogliere e analizzare tutti i dati e le fonti disponibili attorno ad esse, inclusi gli studi di valutazione, mettendo così fine al mito che ne faceva, per qualcuno, oggetti poco conosciuti, dallo statuto incerto e soprattutto non valutabile. È ben vero che la valutazione più diffusa e accessibile è quella di processo: ma è anche vero che, come molti altri servizi ormai da decenni accreditati, quali i programmi di distribuzione di siringhe sterili, le valutazioni di outcome sono spesso indiziarie, essendo notoriamente difficile stabilire quale “quota” di riduzione dei rischi sia imputabile alla variabile-servizio piuttosto che alle molte altre variabili che influiscono sul fenomeno. Tuttavia, con questi limiti, il Rapporto – oltre a proporci una dettagliata descrizione di obiettivi, modalità di intervento, professionalità coinvolte e relazioni di rete con altri servizi – risponde in maniera esauriente ad alcune domande di base attorno al raggiungimento degli obiettivi: le *consumption rooms* raggiungono il proprio target? Hanno effetti positivi sulla salute e sulla prevenzione? Promuovono, nel medio periodo, la salute? Riducono i problemi di ordine pubblico nelle città? Le risposte a queste domande sono tratte da una letteratura ormai più che dignitosa: oltre ai primi studi degli anni '90 a Berna, Zurigo, Basilea, Lucerna, Francoforte e Hannover, uno studio multicentrico del 2001 condotto in 39 “stanze sicure”, uno studio europeo condotto ad Amburgo e Rotterdam, una serie di studi di valutazione olandesi condotti dal Trimboos Institute, uno studio nazionale del Ministero della Salute tedesco, uno federale condotto in tutte le città elvetiche, ancora una ricerca svizzera basata sulla percezione degli utenti e comparata negli anni 1990, 1995 e 2001, e – fuori Europa – uno studio australiano sulle *consumption rooms* di Sydney. La lettura di questo materiale suggerisce innanzitutto una valutazione positiva sulla capacità di contatto e attrazione dell'utenza: le “stanze” sono efficaci soprattutto verso la popolazione più emarginata e più a rischio, quella dei dipendenti di lunga data, degli homeless, delle persone che si prostituiscono, che vengono da esperienze di carcere.

Il consumo prevalente è di eroina e cocaina, per lo più per via iniettiva. Le assunzioni variano da servizio a servizio: da un minimo di 50 a un massimo di 2mila alla settimana: incide in modo particolare orario di apertura e vicinanza a luoghi di vendita e consumo. L'impatto sulla salute è nel complesso positivo: a breve termine, viene garantito un consumo igienico e meno rischioso. Le emergenze sono in numero molto contenuto, riguardano per lo più rischi di overdose da eroina (da 1 a 7 emergenze ogni 1000 assunzioni), mentre quelle per cocaina sono il 15% del totale. Oltre al fatto ovvio che nessun decesso si è verificato in ambito *consumption rooms*, c'è anche da segnalare che il numero delle ospedalizzazioni successive a episodi di overdose è molto basso, se raffrontato ai ricoveri che intervengono dopo salvataggi

sul territorio: cosa che ha ricadute positive anche sui costi complessivi delle ospedalizzazioni. (A Francoforte i ricoveri riguardano il 5% del totale dei salvataggi, il 2,2% a Sydney). Inoltre, il Rapporto afferma che «non c'è alcuna evidenza del rapporto tra *consumption rooms* e cambiamenti nel livello di dosaggi di sostanza assunta»: cioè la disponibilità di un luogo protetto non incita a consumare di più. Ragionando sul medio periodo, le interviste condotte tra gli utenti testimoniano processi di apprendimento di modalità meno rischiose di assunzione, grazie agli interventi informativi e educativi continui da parte degli operatori. Difficile, invece, fare correlazioni certe e causali tra *consumption rooms* e diminuzione della mortalità e della morbilità. L'unico studio che può evidenziare questo nesso è quello condotto nella città di Francoforte, che testimonia come «le stanze del consumo contribuiscono alla riduzione delle morti drogacorrelate a livello comunitario». Nel lungo periodo, infine, si notano effetti importanti, quali l'accesso degli utenti ad altri servizi, specialmente grazie al fatto che le *consumption rooms* sono inserite organicamente nel sistema sanitario e spesso sono ospitate all'interno di centri dove è facile trovare visite mediche, counselling e consulenza sociale. «Solo una minoranza – afferma il Rapporto – utilizza esclusivamente la *consumption room* e non anche gli altri servizi disponibili». In sostanza, la valutazione dell'Emcdda relativa agli obiettivi di salute è positiva: sono accoglienti, mettono in contatto con altri servizi, insegnano pratiche meno dannose, salvano la vita e abbattano le spese ospedaliere, diminuiscono la mortalità.

Passando al secondo macroobiettivo delle *consumption rooms*, la diminuzione dell'impatto sociale del consumo “a scena aperta” e dei problemi correlati di ordine pubblico, il Rapporto sottolinea come spesso a una iniziale opposizione dei residenti all'apertura di una *consumption room* faccia poi seguito un discreto livello di accettazione e un basso numero di segnalazioni negative. Per lo più, nel medio periodo l'obiettivo di diminuire la “scena aperta” viene raggiunto.

Quando permane un significativo uso in pubblico, questo è per lo più dovuto a *consumption rooms* che non hanno orari e ubicazioni adeguate: cioè esiste un nesso tra ampiezza dell'apertura e buon posizionamento sul territorio e contenimento dei problemi posti alla cittadinanza. Il fenomeno di attrazione di un maggior numero di consumatori attorno alla “stanza” appare mediamente assai contenuto.

Non c'è alcuna evidenza, inoltre, dell'aumento di atti criminosi dovuti alla presenza di una *consumption room* sul territorio: «dalla polizia non vengono dati che rilevano un effetto negativo per quanto riguarda furti, rapine o accattonaggio». In conclusione, «l'evidenza suggerisce che esiti attesi quali diminuzione dei comportamenti a rischio, mortalità e morbilità, aumento degli invii ad altri servizi e trattamenti e riduzione dei problemi di ordine pubblico possono essere raggiunti». Di contro «non c'è alcuna evidenza del fatto che le stanze del consumo incoraggino l'aumento del consumo e l'avvio di comportamenti di consumo in nuovi consumatori».

L'Emcdda conclude con due raccomandazioni: primo, avviare una *consumption room* sempre nell'ambito di una rete integrata di altri servizi e, secondo, progettarli basandosi sul consenso di diversi attori locali, quali operatori sanitari, forze dell'ordine, autorità locali e rappresentanze di residenti. E *last but not least*: vederli per ciò che sono, un servizio specializzato con obiettivi specifici per un target mirato.

Da: *Fuoriluogo*, aprile 2004

## La strana “pallina” che uccide

Susanna Ronconi

Roulette russa: doveva suonare così il nuovo slogan governativo di lotta alla droga. Per fortuna pare che alla fine non sia passato. In fondo, però, qualcosa di vero c'era: è proprio una roulette russa, a volte, solo che i colpi nel tamburo del revolver non li mette “la droga”, ma le politiche miopi e proibizioniste, in buona alleanza con il mercato nero. Siamo in una nuova estate torinese (ricordate quella del 2002, quando ne morirono di overdose 11 in un mese?) e sono tre i giovani morti nel giro di dieci giorni. Servizi e operatori di strada funzionano, qui, il lavoro di riduzione del danno è intenso (almeno fino a fine anno, quando non si sa se ci sarà più un euro da investire), ma il problema è un altro. Da mesi circola una sostanza che in piazza chiamano “white”, di cui il poco che si sa, lo si sa dai consumatori e dagli operatori di strada che li ascoltano e raccolgono storie e informazioni. Si tratterebbe di un'eroina sintetica, che arriva probabilmente dalle coste dall'Albania, venduta spesso insieme a qualcosa di simile alla cocaina (le due “palline” insieme costano pochissimo, 8 euro!), che i consumatori descrivono come più “forte” dell'eroina di strada che circolava fino a poco tempo fa (e che adesso è difficile trovare): una dose copre senza problemi almeno 12 ore, per qualcuno anche di più. I tre ragazzi sono morti per quella, e per i mix con psicofarmaci: è probabile che la “white” ne contenga, e se in più si va giù di barbiturici, il risultato può ben essere micidiale. I consumatori segnalano molti più interventi con il narcan per salvare la vita di qualche amico. Perché non è “la solita eroina”, e chi è abituato a conoscere le proprie reazioni a quella, non si sa regolare con questa. Non è la “solita eroina”: in qualche caso i consumatori sono risultati negativi al test per i metabolici oppiacei, e con certezza ne avevano fatto uso. L'allarme è scattato e in strada se ne parla, gli operatori ne parlano, ma in realtà nessuno sa cosa davvero sia, la “white”, e siccome gli operatori fanno informazione e prevenzione pragmatica, non “contro la droga”, come Fini, ma contro i rischi correlati a *quella* droga, a *quella* modalità di consumo, a *quello* stile e a *quell'*individuo, allora non sapere cos'è, quella “pallina”, rende tutto meno efficace e più rischioso. Quale consumo consapevole e prudente si può suggerire se non si sa di cosa si parla?

Una politica che non carica il revolver dovrebbe fare almeno due, piccolissime e modeste cose: primo, analizzare in tempo reale le sostanze di strada e far accedere gli operatori alle informazioni raccolte in tempi rapidi (se non proprio far fare agli operatori stessi il *pill testing*... non esageriamo!), secondo, prevenire un'altra “maledetta estate” torinese attrezzando stanze della salute per un consumo sicuro e per evitare la morte. La prima cosa (semplicissima, non costa nemmeno, dato che la polizia i laboratori già ce l'ha) appare avveniristica, nonostante tra gli operatori anche dei Sert se ne parli non da ieri; la seconda, ha già avuto la sua occasione, a Torino, con la commissione di studio del 2003, che però non ha osato sperimentare. Quanto a una terza ipotesi – eroina controllata – ci tocca rimandare ad un'altra legislatura: alla quale, però, non dovremo dare tregua. Ne abbiamo già perse anche troppe, di buone occasioni, in passato.

Da: *Fuoriluogo*, giugno 2004

OSSERVATORIO EUROPEO E BECKLEY FOUNDATION, DUE RAPPORTI SULLA SALUTE DEI CONSUMATORI

## **LE EVIDENZE SCIENTIFICHE A FAVORE DELLA RIDUZIONE DEL DANNO**

A Vienna, l'Emcdda (Osservatorio europeo sulle droghe di Lisbona) ha presentato un documento, su richiesta del Consiglio d'Europa, per offrire una panoramica europea circa le strategie di contrasto all'Aids fra i consumatori di droghe. Circa l'efficacia dello scambio siringhe, il *paper* sostiene che lo scambio siringhe può dare un grosso contributo al contenimento dell'infezione. Il tutto supportato da buone evidenze scientifiche. Inoltre, il programma può essere efficace nel contattare la popolazione non in rapporto coi servizi per avviarla all'assistenza sanitaria primaria e ai trattamenti per la dipendenza. Anche la fondazione britannica Beckley (*The Beckley Foundation Drug Policy Programme*) ha di recente pubblicato un rapporto sull'impatto dei programmi di riduzione del danno sulla salute dei consumatori, a cura di Neil Hunt, Mike Trace, Dave Bewley-Taylor. Alcuni squarci, più significativi, sul problema.

### **I principali danni correlati all'uso di droga**

Nel 2004, uno studio ha fornito una panoramica mondiale sull'infezione Hiv e il consumo di droga, stimando la prevalenza dei sieropositivi in 130 paesi. Si calcola che in tutto il mondo i consumatori per via iniettiva siano 13.2 milioni, di cui più di 10 milioni (il 78%) vivono nei paesi in via di sviluppo. In ben 25 paesi, tra cui la Russia, la Spagna, l'Italia, la Cina e gli Stati Uniti, circa il 20% dei consumatori è sieropositivo. Questa alta prevalenza è dovuta principalmente all'uso promiscuo di siringhe, ma anche la trasmissione per via sessuale gioca un ruolo di rilievo. Perfino più grave la situazione per l'infezione da epatite B e soprattutto C (Hcv). A livello mondiale, le persone affette da Hcv sono 170 milioni: nei paesi sviluppati, circa il 90% dei consumatori per via iniettiva hanno contratto questa infezione. Lo Hcv si trasmette attraverso le siringhe più rapidamente che il virus Hiv: oggi sappiamo che questa infezione era da lungo tempo endemica tra chi usava siringhe, ben prima che fossero disponibili i test per identificarla e i servizi di riduzione del danno. L'altro grave pericolo è rappresentato dall'overdose, una delle principali cause di morte prematura fra i giovani. Nei paesi industrializzati, le overdose sono generalmente aumentate nel corso degli anni '80, '90 fino ai primi anni del duemila. In Europa, nel 2000, sono morti per overdose cinque volte più consumatori che per Aids. Sempre in Europa, circa 8000/9000 persone muoiono ogni anno per overdose. Negli Stati Uniti, dal 1999 al 2002, c'è stato un incremento percentuale di morti *drug related* dal 6, 8 al 9%: tuttavia, lamenta il rapporto, il dato non è comparabile con quello degli altri paesi, perché gli Stati Uniti non separano le morti dovute all'assunzione di oppiacei da quelle dovute ad avvelenamento da farmaci.

### **L'efficacia degli interventi: i programmi di scambio siringhe**

Di recente, nel 2004, l'Organizzazione mondiale della sanità ha commissionato una revisione di 200 ricerche, concludendo: «*esiste una stringente evidenza che l'aumento di disponibilità di materiale sterile per l'iniezione riduce significativamente l'infezione da Hiv*», a fronte «di nessuna convincente evidenza di alcun effetto negativo non voluto di qualche importanza». Inoltre, questi programmi risultano efficaci in relazione ai costi. Sulla base di questi risultati, nel 2004, le tre agenzie Onu (Oms, Unaid, e Unodc) hanno prodotto un documento per promuovere lo scambio siringhe fra i consumatori di droghe, in cui si dice: «Le comunità minacciate dall'infezione di Hiv fra i consumatori di droga dovrebbero adottare urgentemente

misure per aumentare la disponibilità e l'utilizzo di materiale per iniezione sterile... Si devono attuare programmi su larga scala, anche se programmi pilota possono svolgere un ruolo... tuttavia l'esperienza internazionale nei diversi paesi e regioni è così convincente che non c'è più una vera giustificazione per varare programmi su piccola scala... *i programmi dovrebbero essere indirizzati a gruppi specifici, tra cui i detenuti...* i quali corrono rischi particolari, poiché spesso continuano a iniettarsi la droga anche in carcere».

## **Il Pill Testing e le Drug Consumption Rooms (Dcr)**

Si stanno accumulando prove scientifiche a favore degli interventi per ridurre l'overdose, quali i sistemi di allarme rapido, il *pill testing*. Circa le Dcr, esistono buone evidenze a favore dell'efficacia di molti possibili modelli operativi, se concordati con le comunità locali. «Le Dcr attraggono un maggior numero di persone marginalizzate e vulnerabili, e ci sono indicazioni che prevengano le morti per overdose e riducano i comportamenti a rischio per le malattie ematiche».

**(a cura di Grazia Zuffa)**

Da: *Fuoriluogo*, marzo 2005

## IL CORAGGIO DEGLI ULTIMI

*Sala Baluard, questo il nome della narcosala che il comune ha aperto vicino alle Ramblas: un locale piccolissimo aperto giorno e notte, dove transitano ogni giorno circa 420 utenti*

Maria Teresa Ninni

Negli anni '80 ho vissuto per parecchio tempo a Barcellona: era una città affascinante e lo era ancor di più per me che arrivavo da una Torino austera, che non si è mai distinta per vivacità e vita notturna; inoltre eravamo in pieno negli "anni di piombo". La Spagna invece sembrava risvegliarsi da un lungo "sonno", con un sacco di voglie, mai sopite, che chiedevano legittimità di espressione; non era ancora stata tirata a lucido per atleti e turisti: conservava i suoi gioielli, ma dovevi scoprirli poco a poco, capitandoci per caso e restando senza fiato di fronte a cose che pensavi di aver perso per sempre.

E poi c'era la vita del *barrio chino* e delle *calle* vicino al porto, dove si incontravano, ormai da secoli, tutte le "marginalità" classiche di una grande città e per di più di porto. Calle Escudeller, una traversa delle ben più famose Ramblas accoglieva, giorno notte, ragazze che lavoravano alla *barra americana* (così si chiamavano le entraineuse dei locali notturni), i loro protettori, alcuni *camellos* (spacciatori) e molti *drogadictos* a caccia di una *papelina di caballo* (eroina) o *perica* (cocaina).

I consumatori italiani partivano in comitive verso quell'Eldorado di sostanze a poco prezzo e di miglior qualità, spesso li incontravi sulle Ramblas, sempre più magri e mal messi, alla ricerca di qualche *peseta*. Dopo la grande abbuffata tornavano in Italia e al metadone che permetteva loro di scendere a patti con una "scimmia" esigente.

In Spagna non esistevano servizi specifici per le tossicodipendenze, c'era solo qualche medico privato che dietro compenso poteva prescrivere metadone: era la stessa situazione dell'Italia prima del 1975. Ho sempre seguito con un misto di curiosità e rispetto quello che avveniva in casa dei nostri vicini: i servizi che nascevano, le politiche di riduzione del danno che facevano la loro apparizione e così via... Quando all'ultima Clat di Barcellona è stata presentata l'esperienza della narcosala in città non ho potuto evitare di andare a darci un'occhiata.

Che dire? La prima parola che mi viene da dire è: coraggio. Coraggio di intervenire in una situazione tragica, senza far finta che i problemi non esistano (la Spagna ha, praticamente, i nostri stessi vincoli legislativi); coraggio dell'amministrazione pubblica di farsene carico (il servizio è gestito dal Comune); coraggio nell'ubicarlo nel centro della città a due passi delle Ramblas, dietro al museo marittimo dove fa bella mostra la caravella di Cristoforo Colombo; e per ultimo, ma non certo per importanza, il coraggio degli operatori che ci lavorano.

Sala Baluard, questo il nome della narcosala, dal luogo in cui si trova (sala baluardo questa la traduzione). Scendendo Las Ramblas verso la statua di "Colon" (Colombo) e il mare, alla propria sinistra si allarga una piazza costeggiata dalle antiche mura, e lì, una porta si apre, anonima. Ti accorgi che succede qualcosa dalle persone che stazionano fuori e da qualche vicino che ha messo un lenzuolo alla finestra per protestare e che, paradossalmente, riesce a sortire l'effetto contrario: qualcuno potrebbe passare e non accorgersi che lì c'è la famosa narcosala.

La struttura è piccolissima, 60 metri quadrati in cui succedono tantissime cose: una stanza con sei posti per il consumo per via iniettiva e distribuzione di materiale sterile, un micro-spazio dove potersi prendere un caffè e riposare un momento, un'infermeria, una doccia, un guardaroba dove le persone possono trovare qualcosa di pulito da mettersi. E poi, alcuni

numeri per dare una qualche idea della sala “Baluard”: è aperta 24 ore al giorno per 365 giorni l’anno, vi lavorano 40 persone, suddivise in cinque equipe, c’è un passaggio di circa 420 consumatori al giorno, l’80% delle sostanze consumate è rappresentato dalla cocaina, fino a 40 dosi di metadone sono distribuite in pronto soccorso.

Isabel, l’educatrice che ci ha accolto e fatto visitare la struttura, ci ha raccontato la storia della sala “Baluard”, di come a partire dal 2000 l’associazione che la gestisce avesse deciso di intervenire in quello che all’epoca era il maggior luogo di consumo di Barcellona: Can Tunis, a due passi dal centro della città, ma ben nascosto, in una zona completamente degradata, in attesa di un piano di ristrutturazione. Can Tunis ha rappresentato la prima tappa: tutti i giorni un’equipe montava e smontava un tendone, poi sono arrivati due autobus. Isabel ci racconta il degrado di quel luogo di consumo: un tappeto di siringhe usate, immondizia, se qualcuno si “abbioccava” dopo essersi fatto, rischiava di essere morso dai topi... Isabel ci racconta un mondo che conosciamo bene, ma per noi, ancora senza soluzione. Quando è iniziata la ricostruzione di Can Tunis, il Comune si è posto il problema delle 4.000 persone che lì consumavano: per una volta, invece di investire in repressione ha pensato alla sala Baluard. Piccola, troppo piccola, con poche risorse e in attesa di finanziamenti che le permettano di ingrandirsi e magari, moltiplicarsi in altri quartieri della città: ma comunque una realtà che dovrebbe fare riflettere, soprattutto i nostri molto poco coraggiosi amministratori italiani.

Da: *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2005

I PRESUPPOSTI GIURIDICI DELLA RIDUZIONE DEL DANNO  
NELL'AMBITO DELLA LEGGE SPAGNOLA  
**NARCOSALAS, EPPUR SI PUÒ**

Juan Muñoz Sánchez\*

L'attuale modello proibizionista si ispira alla convenzione di Vienna delle Nazioni Unite del dicembre 1988. Il Trattato prospetta la criminalizzazione di tutti i comportamenti correlati al traffico e al consumo di droghe, incluso il possesso, l'acquisizione o la coltivazione per consumo personale. A livello nazionale, il traffico di droga è regolato dal Codice Penale del 1995, che discende dalla legge organica 1/1988, formulata in base alla convenzione Onu. L'attitudine repressiva si manifesta chiaramente nell'art. 368 del codice penale che punisce «coloro che compiono atti di coltivazione, lavorazione o traffico o in qualsiasi forma promuovano, favoriscano o facilitino il consumo illegale di droghe tossiche, stupefacenti o sostanze psicotrope, o le detengano per tali fini».

La detenzione, secondo l'interpretazione della dottrina maggioritaria e della giurisprudenza, è punibile solo se finalizzata alla coltivazione e al traffico, oppure al favoreggiamento e alla promozione del consumo illegale. Da un lato, la legge spagnola viene incontro ampiamente alle richieste repressive internazionali, tramite l'aggravamento delle pene: l'art. 368 punisce le condotte suddette con l'incarcerazione da 3 a 9 anni per le sostanze che provocano grave danno alla salute, e da 1 a 3 anni per le sostanze meno dannose. Dall'altro, pur all'interno di un impianto repressivo, il nostro legislatore ha dimostrato un'attitudine molto moderata, poiché distingue fra droghe più o meno dannose e perché non punisce il possesso di droga, a meno che non sia finalizzato al traffico. È vero che il consumo personale è sanzionato amministrativamente; ma la legge organica della Sicurezza Pubblica del 1992 limita le sanzioni a condotte particolari considerate come gravi infrazioni alla sicurezza (in particolare, il consumo di droga in luoghi pubblici, la tolleranza del consumo o del traffico da parte dei gestori di luoghi pubblici).

### **La politica di riduzione dei danni nel contesto del modello proibizionista**

Non vi è dubbio che attualmente, nel nostro paese, convivano una politica proibizionista a livello legale e una di riduzione del danno a livello sociale. Questa convivenza mette in luce importanti contraddizioni teoriche e non manca di produrre tensioni nella sua applicazione pratica: mentre il sistema legale si preoccupa di perseguire il consumatore di droga, il sistema sanitario si preoccupa delle condizioni igieniche adeguate per il consumo. In altri termini, lo Stato paga la polizia per perseguire i consumatori, e al medesimo tempo paga il personale sanitario per supervisionare l'igiene del consumo di droga. Tuttavia, proprio queste tensioni hanno prodotto un effetto dinamico nella politica sulle droghe, con uno sforzo sia sul piano teorico che giurisprudenziale nel tentativo di trovare delle soluzioni più razionali.

Da un lato, è venuta avanti una interessante giurisprudenza che in base a considerazioni di ordine teleologico-valoriale ha realizzato una interpretazione limitativa delle tipologie penali, che ha permesso di adattare il codice penale alle esigenze di una politica più attenta alla realtà sociale. Così si sono introdotti criteri restrittivi all'azione penale, al fine di lasciar fuori dal diritto penale fatti che non mettono in pericolo la salute pubblica e, senza dubbio, contribuiscono decisamente a ridurre i danni associati al consumo di droghe illegali. Dall'altro, seguendo le stesse considerazioni, la dottrina maggioritaria interpreta in maniera limitativa la legge di Protezione della Sicurezza Pubblica, lasciando fuori dalle sanzioni amministrative condotte che non violano la sicurezza pubblica, come il consumo personale e, soprattutto, la detenzione a fine di consumo.

Venendo nello specifico, per ciò che riguarda il livello penale, la dottrina giuresprudenziale, oggi assolutamente consolidata, tende a ridurre l'eccessiva ampiezza di punibilità del reato di traffico, come prefigurato dall'art. 368 del Codice Penale. Seguendo l'interpretazione della Corte suprema non rientrano in questo reato le seguenti condotte (in quanto non costituiscono un pericolo rispetto alla diffusione, alla facilitazione o alla promozione del consumo fra persone terze): a) il consumo di gruppo, b) l'offerta di sostanze stupefacenti da parte di persone addette a persone tossicodipendenti, a fini di disassuefazione o per evitare la crisi di astinenza. Per non attentare alla sicurezza pubblica, il consumo di gruppo deve avere alcuni requisiti, come richiesti dalla Corte Suprema: il consumo deve avvenire in luogo privato, la droga deve essere ceduta gratuitamente, in quantità limitata al consumo personale, e deve essere destinata al consumo immediato.

Per ciò che riguarda l'offerta di droga da parte di addetti, all'inizio la giurisprudenza non era unanime, ma con la sentenza della seconda sezione della Corte Suprema del 1994 è stata accettata la tesi della non punibilità di questa condotta, se risponde ai seguenti requisiti: la droga non deve essere diffusa a terzi, non deve esserci pagamento, la droga deve essere consumata immediatamente, e deve essere somministrata in quantità minime, solo per finalità umanitarie, per evitare la crisi di astinenza, o a fini di disaffuefazione, o per evitare il consumo clandestino.

Per ciò che riguarda la responsabilità amministrativa, si argomenta che ciò su cui si fonda l'infrazione amministrativa non sia il mero consumo, ma il luogo in cui il consumo si realizza. Il carattere pubblico del luogo del consumo è quello discriminante per definire pericoloso questo comportamento per la sicurezza pubblica. La *ratio* del precetto diventerebbe quella di evitare il consumo di droghe in presenza di altre persone, in modo da evitare che un tale comportamento possa promuovere o favorire, in un modo o nell'altro, il consumo illegale di sostanze proibite.

Questa dottrina giurisprudenziale che interpreta restrittivamente le tipologie penali, escludendo dalla sanzione penale quei casi in cui rimanga totalmente scartata la possibilità di diffondere droghe a terze persone indeterminate, e la interpretazione restrittiva della "Legge di protezione della sicurezza pubblica" che non considera illecito amministrativo la detenzione per il consumo privato, permettono di aprire alcuni spazi di non punibilità per interessanti iniziative che mirano alla riduzione del danno correlato alle droghe e all'integrazione sociale dei tossicodipendenti: come la somministrazione controllata di eroina nell'ambito di un programma di disintossicazione, o i test sulle sostanze, o la creazione di servizi dove i tossicodipendenti possano consumare.

### **I fondamenti giuridici delle "stanze del consumo"**

Le Narcosalas non rientrerebbero nelle eccezioni all'applicazione dell'art. 368 del codice penale, così come delineate dalla Corte Suprema. Tuttavia, l'analisi dei fondamenti di questa tesi giurisprudenziale ci permette di determinare anche le condizioni che permettono l'istituzione delle Narcosalas. Infatti, la Corte Suprema considera l'offerta di droga a persone dipendenti per il consumo immediato, anche sotto forma di consumo di gruppo, per alleviare la sindrome da astinenza o per ottenere la disintossicazione del tossicodipendente; nel caso delle Narcosalas invece, si tratta di «adattare un luogo per il consumo per evitare i rischi connessi al consumo clandestino e per avvicinare i tossicodipendenti ai servizi sociosanitari». Nonostante le differenze, tuttavia la tesi giurisprudenziale delle eccezioni all'art. 368 può applicarsi anche a questo servizio. Infatti, sia per l'offerta di droga che per l'offerta di un servizio per il consumo, in entrambi i casi si tratta di azioni che facilitano il consumo illegale di droghe di persone terze. Però, in entrambi i casi, il consumo è riferito a persone che per la propria condizione di dipendenza, avrebbero comunque provveduto in altro modo a procurarsi la droga e a consumarla in altro luogo. Perciò, in nessuno dei due casi, le condotte procurano danni alla collettività, che possano minacciare il bene giuridico protetto dall'articolo 368 del

Codice Penale: non esiste cioè alcun pericolo che questi comportamenti minaccino la salute di persone altre dai tossicodipendenti cui si somministrano le sostanze o cui si offre il luogo per consumarle.

L'interpretazione qui sostenuta è stata confermata da una recente sentenza della Corte Suprema del 22 settembre del 2000, la numero 8080, che mette sullo stesso piano l'istituzione di stanze del consumo con la somministrazione di droghe per disintossicazione o per evitare i rischi della crisi di astinenza.

Perchè l'apertura di una Narcosala non ricada sotto l'art. 386 del codice penale, è necessario che vengano ottemperate le seguenti condizioni:

1. Il progetto va inquadrato nell'ambito della riduzione del danno, per offrire ai tossicodipendenti un luogo pulito e sicuro per il consumo.
2. In quest'ottica si deve predisporre un servizio solo per persone tossicodipendenti. In questo modo il consumo rimane confinato esclusivamente alle persone che, per la propria condizione di dipendenti, avrebbero comunque consumato droghe in altro modo, senza che ci sia il rischio di facilitare in alcun modo il consumo di altri.
3. I fruitori del servizio devono essere persone "certe e determinate".
4. Lo spaccio fra i consumatori deve essere vietato.
5. Il personale del servizio potrà iniettare o somministrare la droga alla persona tossicodipendente.

Per quanto riguarda la responsabilità amministrativa, il consumo di droghe in luoghi che non abbiano la qualifica di pubblici non costituisce infrazione amministrativa e, per questo, non deve essere considerato di fatto giuridicamente proibito.

Le Narcosalas non possono essere considerate strutture aperte al pubblico poiché si tratta di uno spazio riservato a uso esclusivo dei tossicodipendenti, senza possibilità di accesso da parte di non tossicodipendenti. Pertanto possiamo concludere che i responsabili e il personale delle Narcosalas non realizzano l'infrazione amministrativa dell'articolo 23 della Legge di protezione della sicurezza pubblica, che sanziona la tolleranza da parte dei proprietari, o dei gestori del consumo di droga in locali aperti al pubblico, posto che tali servizi siano rigorosamente riservati ai soggetti tossicodipendenti. Infatti, la finalità delle "stanze del consumo sicuro" è proprio quella di allontanare il consumo di droghe dalla strada e da altri luoghi pubblici, per ricondurlo a un luogo riservato e in condizioni di sicurezza igienico-sanitarie.

\*Professore di diritto penale, Università di Malaga. Dalla relazione presentata alla Clat 3, Barcellona, 30 giugno-2 luglio 2005.

Da: *Fuoriluogo*, settembre 2005

## IL GOVERNO LOCALE DELLE “SCENE APERTE”

Il Forum italiano per la sicurezza urbana (Fisu) pubblica sul proprio sito una ricerca attorno alle politiche delle città europee per il governo dell’impatto sociale prodotto da alcuni stili di consumo di droghe. La ricerca parte da una domanda: «Politiche più o meno repressive incidono sulla sicurezza delle città, in riferimento all’impatto che consumo e vendita di sostanze illegali hanno sulla vivibilità del territori e sulla sicurezza degli abitanti?». La risposta non è diretta né semplice, ma la storia dei sindaci e delle città che maggiormente hanno innovato e creato politiche locali per il governo del fenomeno mostra come spesso le amministrazioni locali abbiano voluto abbandonare un approccio repressivo per abbracciare una strategia mista, centrata su un sistema differenziato di servizi, sulla riduzione del danno, sulla mediazione tra bisogni configgenti nella comunità locale.

Articolando criticamente il nesso “approccio penale-sicurezza urbana”, la ricerca così dipana la sua analisi: a) scenario legislativo europeo: il trend alla decriminalizzazione, nelle sue diverse articolazioni, analizzato attraverso l’esame delle riforme legislative recentemente attuate in alcuni paesi europei; descrizione dello scenario italiano visto anche in riferimento al trend europeo; confronto/scontro tra Onu e Ue in relazione alla penalizzazione del consumo b) le città e la penalizzazione: la critica pratica portata dalle città e dalle autonomie locali nel corso dell’ultimo ventennio all’approccio penale, la costruzione *bottom up* dell’approccio di riduzione del danno c) l’agenda delle città in riferimento alle ricadute sociali dei consumi: analisi dei problemi e delle strategie correlati alla “scena aperta della droga”, con attenzione all’utilizzo/contesa dello spazio urbano e alla microcriminalità d) analisi di due casi di innovazione nel governo sociale della scena aperta e della microcriminalità correlata: le *drug consumption rooms* e la somministrazione controllata di eroina.

La ricerca *Le città e il governo della “scena aperta della droga”. Uno sguardo europeo, tra penalizzazione e welfare*, a cura di Monica Brandoli e Susanna Ronconi, è on-line su: [www.fisu.it/wcm/fisu/sezioni/sezione\\_3\\_progetti/progetti\\_ricerca/ReportDroghe.doc](http://www.fisu.it/wcm/fisu/sezioni/sezione_3_progetti/progetti_ricerca/ReportDroghe.doc)

Da: *Fuoriluogo*, marzo 2006

PRESENTATO IL RAPPORTO 2006 DELL'ORGANISMO INTERNAZIONALE DI CONTROLLO DELLE DROGHE

## Ossessionati dalle stanze del consumo

*Il Board non si rassegna al proliferare dei «locali del buco dove si abusa impunemente»*

Massimiliano Verga

Anche quest'anno lo Incb (*International Narcotics Control Board*) ha pubblicato il consueto Rapporto sulle droghe. Nella parte "speciale", il *Board* si dice allarmato per la diffusione, sul mercato nero, di medicinali a base di sostanze proibite, come ad esempio le benzodiazepine. Di fatto, il *Report* ci ricorda che esiste la diversione dei consumi, che merita di essere segnalata soltanto per l'incapacità del *Board* di capire le reali dinamiche di un mercato illegale. E in questo senso, non brilla neppure l'indice puntato sull'espansione del mercato illegale via Internet. Se non altro, perché è dal 2001 che ce ne parla. Come dire: sei anni di *Report* spesi davvero bene!

La seconda parte del rapporto vuole offrire un quadro del traffico, dell'offerta e del consumo di droghe illegali. Ma non apprendiamo niente di nuovo. La cannabis è sempre la droga illegale più apprezzata del pianeta, seguita dalla cocaina e dalle anfetamine. Piuttosto, sono i dati del rapporto a suscitare qualche dubbio, a partire dalla metodologia con cui vengono raccolti ed interpretati. Un vizio che lo Incb condivide, ad esempio, con l'Osservatorio europeo sulle droghe (Emcdda), e del quale si è già detto di recente su queste pagine (vedi *Fuoriluogo*, dicembre 2006). In materia di cannabis, sorprendentemente, il *Report* usa toni tutto sommato pacati, anche se non mancano gli appunti ai "soliti noti" (vedi Olanda, Canada e Svizzera) e l'altrettanto nota accusa della malattia mentale associata al suo consumo. Da segnalare, comunque, il contorto paragrafo sul dronabinolo (denominazione del The sintetico), che viene elogiato (perché sintetico, vero?), ma del quale si sottolinea il pericolo d'abuso. Come dire: se passa l'idea del farmaco... La parte più interessante è certamente quella sulle safe injection rooms, il filo conduttore degli ultimi *Report* e, ormai, una vera e propria ossessione per il *Board*. La novità del 2007 è data da una serie di paragrafi specifici sul nuovo flagello. Il *Board* ci ricorda che le "stanze del buco", «dove si abusa impunemente», sono attive in Australia, in Svizzera, in Canada, in Germania, in Olanda, in Spagna, in Norvegia e in Lussemburgo. E lamenta il fatto che non soltanto non si fa nulla per chiuderle ma, anzi, il loro numero aumenta. L'Incb si appella all'articolo 4 della Convenzione del 1961 (in sintesi: possesso e uso sono limitati agli scopi medici e scientifici), dimenticando che le politiche di riduzione del danno vanno proprio in questa direzione. Per farsi un'idea, basti pensare che per il *Board* la chiusura delle "stanze" viene vista come la soluzione per impedire la diffusione dell'Aids. Ma c'è di più. Secondo il rapporto le rooms «favoriscono il mercato illegale», contravvenendo così anche a quanto previsto dalla Convenzione del 1988. La lista dei cattivi continua ad allungarsi, forse perché qualcuno comincia ad usare il cervello invece di genuflettersi con cieco fervore di fronte ai Trattati Internazionali. E lo Incb è costretto ad alzare il tiro. Innanzitutto, contro la Svizzera, che ha deciso di proseguire con il programma di mantenimento a base di eroina e che conta ben 12 "stanze" sul territorio. Per lo stile adottato, è interessante anche il richiamo al Canada. Infatti, se lo Incb si dice «fortemente preoccupato che diverse città, oltre a Vancouver, vogliano istituire degli heroin injection site», non trova altro da fare che giustificare il suo stato d'animo citandosi per ben tre volte, ovvero appellandosi ai precedenti rapporti. Non manca, poi, una profonda preoccupazione per la "scoperta" di una room in Lussemburgo, aperta nel 2005, per la "stanza" norvegese di Oslo e per le 25 *drug consumption rooms* aperte in Germania, che continuano ad essere operative nonostante il *Board*, già dal 2003, abbia indicato la strada da seguire. Quale? È fin troppo facile rispondere: occorre «dare risposte adeguate in conformità con i trattati internazionali,

anziché continuare con le rooms». Anche quest'anno non manca una nutrita serie di Raccomandazioni chiave (*Key Recommendations*), una novità introdotta l'anno passato. Da un lato, il *Board* si gongola dicendo che molte di queste sono già state attuate. Peccato che poi si lamenti dell'aumentare del "problema droga". Da un altro lato, ci illumina con gli aggiornamenti, dove spicca ancora il paranoico appello contro le "stanze del buco": occorre «dare risposte adeguate». Insomma: l'IncB ha scoperto la funzione "copia e incolla" di Word. E, fino a che non verrà proibita dalle Convenzioni internazionali, si sente libero di abusarne.

Da: *Fuoriluogo*, marzo 2007

## Vancouver e Sydney investono sulle “stanze”

Stefano Carboni\*

La XVIII Conferenza Internazionale sulla Riduzione del danno, che si è tenuta a Varsavia alla fine di maggio, non ha offerto grandi novità, anche se spunti interessanti non sono mancati, specie nelle aree delle “nuove droghe” e dei consumi giovanili, dei consumi storici e delle nuove reti. Per ciò che riguarda i nuovi consumi, la situazione è particolarmente effervescente in due aree specifiche, Nord Europa e Oceania. Nel nord Europa (Austria, Germania e Gran Bretagna in particolare) dilaga l’uso della Ketamina come droga ricreativa, laddove in Italia questa è tuttora una sostanza di nicchia, propria di rave particolari e spesso associata al consumo dei punkabbestia. Dall’area oceanica arrivano notizie dell’introduzione sul mercato di sostanze finora sconosciute (Bzn e Tfpp), che godono di grande successo tra i giovani frequentatori di rave e party, soppiantando l’ecstasy. La risposta australiana, in termini di politiche pubbliche, si è concentrata sulla ricerca e l’analisi dei flussi dei consumi, sullo studio della tipologia delle sostanze e sui rischi collegati al consumo: per produrre in tempi rapidissimi materiale di informazione rivolto ai consumatori, lasciando ad un secondo momento il problema del contrasto al traffico (prima la salute, poi la repressione).

Circa i consumi storici, si è dibattuto sul problema dei soggetti “co-infettati” da Hiv e Hcv (epatite C): c’è rischio di una nuova pandemia, con l’allarmante prospettiva di decessi per cirrosi e patologie epato-correlate. Le linee guida delle Istituzioni europee e mondiali (Unaid; Oms; Global Fund, ecc.) prescrivono l’inizio precoce del trattamento standard (con ribavirina e peginterferone) nei casi di coinfezione Hiv/Hcv, e invitano tutte le persone sieropositive a uno screening generalizzato per l’Hcv e per le altri epatiti.

Novità anche per le “stanze del consumo” (safe injecting room). I Governi di Vancouver e Sydney – senza distinzione politica – hanno finanziato con convenzioni pluriennali le “stanze” basandosi sul risparmio economico che queste comportano (ad esempio, per i mancati interventi di ambulanze). Nonostante nei due centri si siano verificate oltre 600 overdose, non c’è stato alcun decesso. A Sydney, inoltre, gli stessi cittadini sono scesi in piazza per difendere il servizio, in risposta a un attacco politico.

Più critica la situazione per i trattamenti sostitutivi, che mancano in quasi tutti i Paesi dell’Asia centrale e dell’Est Europa; quando esistono, assomigliano più al carcere duro spacciato per centro di recupero. È stata perciò lanciata una petizione per chiedere alla Commissione Europea, all’Unaid e agli altri organismi interessati di intervenire sui Governi per garantire ovunque, entro il 2010, l’accesso ai trattamenti sostitutivi. Circa l’innovazione e il lavoro di rete, da segnalare la Finlandia che ha proposto una campagna di prevenzione attraverso sms: un progetto molto costoso, ma con un potenziale di intervento davvero ampio. Interessante anche il network internazionale dei giovani operatori e consumatori lanciato a margine della conferenza. Questa rete vuole coinvolgere il maggior numero possibile di ragazzi che scelgono la riduzione del danno per apportare idee innovative nei programmi mondiali e dare quel tocco di freschezza che sembra essersi un po’ perso.

\*Coordinatore area Rdd LILA nazionale

Da: *Fuoriluogo*, luglio/agosto 2007

**VERSO LA CONFERENZA LATINA SULLA RIDUZIONE DEL DANNO: IL DIBATTITO SULLE STANZE DEL CONSUMO A TORINO****La politica, la scienza e il senso comune**

*Le scene aperte ci sono, come il Parco Stura, perché tanti sono i "tossici" poveri e senza casa*

Susanna Ronconi

Entro il 5 novembre, il Consiglio comunale di Torino voterà la mozione sulle droghe presentata da venti consiglieri di maggioranza, che include la sperimentazione di una stanza del consumo. È un laboratorio interessante, Torino, perché sta sperimentando una discussione attorno a un servizio di riduzione del danno in maniera diversa da quanto fino ad oggi avvenuto: diversa da quel lontano 1995 –quando nacquero i programmi scambia-siringhe – e diversa anche da quel 2002, quando per la prima volta una commissione fu chiamata a esprimersi sulle stanze, per altro con esito negativo.

La differenza sta, oggi, nella dimensione pubblica che ha acquisito il dibattito, uscito tanto dal ristretto ambito dei "tecnici" quanto da quello chiuso nelle stanze del potere locale. Insomma: prove tecniche di dibattito pubblico, di informazione e di costruzione del consenso (o, dall'altra parte, del dissenso). Questa uscita allo scoperto mostra tutte le difficoltà di una città ancora poco abituata a costruire dispositivi di dibattito pubblico attorno a temi complessi, ma anche le difficoltà, in questo, di chi su questo lavora ed ha un sapere "tecnico" da socializzare, spiegare, rendere utile alla popolazione generale che vuole capire, per potersi orientare evitando le trappole degli slogan, delle ideologie e delle "sparate" di una politica demagogica. La questione è oggi più pubblica per due ragioni. La prima, perché l'hanno resa tale gli operatori del settore, schierandosi e spiegando le buone ragioni delle stanze, e in particolare il Coordinamento dei servizi a bassa soglia, che sulle stanze lavorano da anni, "dall'interno" del loro sistema giunto ormai a maturare la domanda esplicita di questo servizio. Il Coordinamento nel 2002 aveva messo un gazebo in piazza per spiegare cosa sono le stanze del consumo; oggi ha promosso, con Forum Droghe e Clat4, una giornata informativa con gli operatori delle stanze di Francoforte e Barcellona, e ancora in questi giorni sostiene la raccolta firme per una petizione comunale a favore delle stanze.

La seconda ragione sta nel contesto cittadino: qui, la scena aperta esiste, l'ultimo episodio critico è stato quello di Parco Stura, ribattezzato Tossic Park, qui sono numerosi i tossicodipendenti poveri, senza dimora e che vivono in strada, una popolazione in grande disagio per cui le stanze sono un servizio importante e utile, come ci insegnano le esperienze europee. Dunque, sembrano esserci tutti gli ingredienti per far uscire questo dibattito allo scoperto, e mettere tutti gli attori locali, ei cittadini, nella condizione di discuterne con cognizione di causa: c'è un bisogno dei consumatori cui rispondere, c'è un disagio di parte della città cui dare ascolto, c'è una maturità del sistema dei servizi a bassa soglia in grado di integrare nel modo migliore questo nuovo servizio, c'è – ancora – un gruppo di realtà e di cittadini che già si sono attivati dal basso per dare informazione e voce a quanti vogliono sperimentare, con la petizione popolare promossa da Malega9, Associazione radicale Adelaide Aglietta e Forum Droghe, ci sono alcune Circostrizioni attente al problema e disposte a promuovere dibattito.

Una buona opportunità per nuovi dialoghi: ma è davvero ben sfruttata? Il dialogo esperti-politici ha funzionato solo in parte: secondo Terry Silvestrini, coordinatrice della IV commissione del Comune che molto si è battuta per la mozione, «l'apporto che gli esperti, soprattutto dei Sert, hanno portato ai consiglieri è stato importante, chiaro e ricco di informazioni, un contributo scientifico che ha dimostrato la ragionevolezza di questa

proposta»; ma, al contempo, l'opposizione ha scatenato la sua battaglia su un terreno del tutto ideologico, senza misurarsi sui dati e sulla conoscenza acquisiti.

E i media? Oscillano ancora attorno alla battaglia degli slogan più che su un'informazione puntuale: il triangolo media-politica-expertise ha indubbiamente bisogno di crescere. Ma anche la maggioranza dimostra un interesse blando al merito delle cose: all'incontro con gli operatori di Francoforte e Barcellona, organizzato proprio per loro, per i politici, c'erano la citata Silvestrini, il consigliere Rosa nel Pugno Bonino e l'assessore Tricarico.

Troppo pochi, anche se "buoni": Roberto Tricarico, dopo l'incontro, ha sentito il bisogno di andare a Barcellona a toccare con mano, un buon esempio di come si dovrebbe fare. E anche i media locali non hanno ben approfittato dell'occasione di saperne qualcosa di più.

Intanto, altre voci si fanno sentire: se alcuni consiglieri della Margherita non appoggiano la mozione, la Caritas diocesana prende parola appellandosi alla necessità di una presa in carico globale delle persone, e tuttavia non solo non si oppone, ma si affida al giudizio di quegli operatori «con esperienza, conoscenza e cuore che possono dare un parere autorevole circa la questione tecnica sollevata dalla mozione dei venti consiglieri comunali».

E mentre An percorre le circoscrizioni cittadine a caccia di consensi contro – a volte riuscendoci complice la propaganda disinformata dai toni forti – operatori e promotori della petizione popolare fanno lo stesso, ma a caccia di luoghi dove fare informazione corretta e rispondere a tutte le domande che chiunque voglia porre. Anche questo è un buon esempio di come si dovrebbe fare, ma limitato a pochi, troppo pochi volenterosi.

Intanto, le previsioni sono caute ma ottimiste, almeno per Terry Silvestrini, secondo cui la mozione, nonostante i venti consiglieri firmatari non siano l'intera maggioranza, ha buone probabilità di passare.

Un bel banco di prova per la politica locale: «Per innovare è necessario rompere degli schemi con un po' di coraggio – dice Silvestrini – e non spaventarsi delle reazioni conservatrici e retrive che lavorano non con argomenti razionali ma sulla base di un sentire emotivo e ideologico. La politica deve essere capace di questo coraggio». Speriamo che abbia ragione.

Da: *Fuoriluogo*, ottobre 2007

TEORIA PRATICHE E ORIZZONTI DELLA LIMITAZIONE DEI RISCHI, UNO SGUARDO D'INSIEME AI QUINDICI ANNI TRASCORSI

## Per ritrovare la spinta propulsiva

*Torniamo alle origini, per restituire valore a parole come convivenza e mediazione*

Grazia Zuffa

La quarta edizione della Conferenza sulla riduzione del danno dei paesi latini, che si aprirà fra pochi giorni a Milano, riveste un significato particolare. In primo luogo per noi italiani, che assistiamo increduli al consolidamento (al posto della demolizione) dell'approccio di tolleranza zero sancito dalla legge Fini Giovanardi. Così, mentre il sospirato testo governativo di riforma non riesce ad approdare al tavolo dei ministri, il neo varato pacchetto sicurezza rialza la posta della famigerata legge antidroga, promettendo il carcere sicuro per i piccoli pesci, anzi per i piccolissimi (vedi Francesco Maisto, *Fuoriluogo*, ottobre '07); e meno male che la proposta Boato ha iniziato l'iter in commissione, tanto per salvare la decenza. La speranza è che l'assise di Milano dia un segnale dal basso decisivo, per scuotere la politica e rimotivare il movimento.

Tuttavia, la seria impasse di casa nostra non origina esclusivamente, né si esaurisce, nel contesto italiano. Più alla radice, guardando al panorama internazionale, è bene chiedersi con coraggio se la riduzione del danno conservi ancora la sua "spinta propulsiva" di modello politico alternativo alla *zero tolerance*. L'interrogativo è d'obbligo, guardando alla parabola che dalla Carta di Francoforte, del 1990, conduce ai proclami anti-lavavetri dei nostri sindaci e al già citato pacchetto sicurezza del governo in questo volgere del 2007. Quasi un ventennio fa, la municipalità di Francoforte e molte altre città del Nord Europa, dichiaravano il fallimento della "guerra alla droga", denunciando l'impossibilità di gestire i conflitti urbani con l'arma della repressione; e cercavano in alternativa di "gettare ponti" fra la cittadinanza e i consumatori investendo sul sociale e sulla tutela della salute pubblica. Oggi all'opposto i sindaci nostrani, con l'entusiasmo dei convertiti, abbracciano il credo del "pugno duro", decretando l'esilio di lavavetri e prostitute, di drogati e accattoni: parole come "convivenza" e "mediazione" (fra soggetti, gruppi, condizioni e stili di vita differenti) sono anch'esse messe al bando dal linguaggio di amministratori e governanti, che si affidano alla lunga mano della legge penale per "ripulire dal degrado" piazze e marciapiedi.

Questa premessa può suonare strana a qualcuno, forse. Si dirà che la riduzione del danno non ha mai avuto (né dovrebbe avere) l'ambizione di rappresentare un modello di governo complessivo della questione droghe. Né tanto meno avrebbe a che fare con la pluralità dei conflitti in una società moderna (immigrazione, povertà etc.), oltre la droga. C'è una parte di verità in questo. Sin dall'inizio la partita vera si è giocata sul modo di intendere la riduzione del danno: fra chi la voleva e la vedeva solo come una articolazione della risposta sociosanitaria, per aggiungere (nella maniera più indolore possibile) nuovi interventi a quelli tradizionali di prevenzione/cura/riabilitazione; e chi la propugnava come modello di riforma della politica delle droghe, per uscire dal tunnel del *just say no* degli anni ottanta. Molti degli slogan di lancio della riduzione del danno riecheggiano la prima posizione: come il leit motiv "Contro la droga, cura la vita" della 2ª Conferenza governativa sulle tossicodipendenze, che cercava di conciliare la riprovazione del consumo con la presa in carico di chi mette in atto il comportamento riprovato. Ad onor del vero, la controversia si era già manifestata alla Conferenza internazionale sulla riduzione del danno di Firenze, nel 1995, quando era risuonato l'appello ad accantonare come "non pertinenti alla riduzione del danno" i temi di una nuova regolazione della canapa e più in generale dell'"alleggerimento penale". Alla fine

la lettura ridimensionata della riduzione del danno ha prevalso, quanto meno fra i politici: il che dà conto, almeno in parte, della fallita depenalizzazione del consumo personale, promessa alla conferenza di Napoli e mai realizzata dall'allora centro sinistra. Perciò in Italia la riduzione del danno non è mai stata del tutto "sdoganata" e la politica, anche a sinistra, è rimasta priva di riferimenti per una vera riforma (ancorché moderata) della politica sulle droghe.

La mancata abrogazione della legge Fini Giovanardi ha radici lontane, come si vede, così come la confusione di messaggi da parte di ministri e di ministre attuali, fra inni al "consumo zero" e ai test antidroga nelle scuole, e goffe aperture alla cosiddetta "distribuzione controllata" di eroina ai tossici, presentata in alternativa (sic!) alle "stanze del consumo".

Sarebbe il caso di fare un passo indietro, per prendere la rincorsa e farne due avanti: guardando allo spirito della Carta di Francoforte, ma anche a molti dei suoi enunciati programmatici, mai attuati in Italia: dalla modulazione della risposta penale ("da ridurre al minimo necessario"), alla tutela sanitaria (*pill testing*, sperimentazione di trattamenti con eroina), all'azione sociale (incremento del welfare, sviluppo della bassa soglia con le "stanze del consumo").

C'è dell'altro. Il panorama dei consumi è nel frattempo profondamente cambiato e appare sempre più chiaro che il consumo dipendente copre solo una fetta limitata dell'uso di droghe illegali. Il fatto non è sorprendente, guardando all'alcol; ma è appunto questo parallelismo fra droghe legali e illegali ad inficiare nel profondo la cultura della proibizione. Cambia radicalmente il modo di guardare alle droghe: il consumo è un comportamento a rischio che solo in un numero limitato di casi si tramuta in danno. Non solo l'attenzione si sposta dalle sostanze al contesto (più o meno rischioso) del consumo; cambia anche l'obiettivo primario delle politiche pubbliche, che diventa il contenimento dei rischi, per l'appunto, in luogo dell'eliminazione del consumo. Siamo ben lontani dall'idea "ausiliaria" della riduzione del danno rispetto agli interventi tradizionali, per avviare alla rete dei servizi i tossici più gravi.

L'innovazione teorica è stata presente fin dall'inizio nel dibattito internazionale. Ne fa fede il documento redatto nel 1994 da esperti di diversi paesi del mondo, che riproponiamo in questa stessa pagina: "...l'ipotesi sottesa è che sia meglio per la società mirare a ridurre i danni e i rischi del consumo, anziché votarsi completamente a liberare la gente dalla droga". È una chiara allusione alla "normalizzazione" delle droghe illegali. Le implicazioni politiche sono evidenti, e si spiegano le resistenze ad assumere il nuovo paradigma. Anche per questa via ha prevalso la visione "ancillare" delle pratiche di riduzione del danno, con un mutamento della rappresentazione sociale del consumatore che rimane nell'ambito del politicamente corretto: il modello "morale" ha ceduto il passo a quello "medico", l'immagine del consumatore come deviante da punire è stata sostituita da quella del tossicodipendente come malato da curare. Il venire a patti col consumo è presentato come l'estrema ratio di fronte alla "misera" del tossico.

Chi non ricorda lo slogan "non si può curare un tossicodipendente morto?". Il suo successo negli anni '90 testimonia la capacità di penetrazione del modello "malattia", che ha certo svolto una funzione storica di "prima acculturazione" sulle droghe, come già avvenuto per altri fenomeni di difficile accettazione sociale sulla scia del ben noto percorso di "medicalizzazione della devianza". Oggi però il modello patologico risulta inadeguato rispetto ai nuovi consumi, e non offre una sponda valida a contrastare la controffensiva dell'approccio "morale" e repressivo.

La riduzione del danno è ad un bivio. La aspetta un ritorno al futuro, oppure è condannata alla decadenza.

da: *Fuoriluogo*, novembre 2007

## LO STRANO DIBATTITO TORINESE SUI TRATTAMENTI CON EROINA GIOCATI CONTRO LE STANZE DEL CONSUMO

## Come nascondersi dietro false alternative

*Una politica locale assai poco coraggiosa non osa decidere per i bisogni di chi consuma*

Susanna Ronconi

Torino, partita bene con una mozione in Consiglio comunale che prevedeva innovazioni del sistema dei servizi di riduzione del danno, sensate, come stanze per il consumo e trattamenti con eroina, è finita male. Ponendo e ponendosi un *aut aut*: meglio le stanze del consumo o l'eroina medica? La domanda appare poco comprensibile, come, per esempio potrebbe essere questa: meglio l'energia eolica o il barolo di annata? Di che alternativa stiamo parlando? Eppure è la domanda che ha attraversato, da un certo momento in avanti – cioè dall'intervento paralizzante della ministra Turco – il dibattito nella città e nel Consiglio comunale di Torino attorno alla sperimentazione di una stanza del consumo. Possibilità naufragata dentro questo strano dibattito fatto di strane alternative, che sembrerebbe del tutto strampalato a qualsiasi dei tanti operatori e amministratori europei che le stanze le hanno promosse, nelle loro città, e continuano a sostenerle, e che, per altri versi e altri obiettivi, hanno promosso anche l'eroina medica. Inserendo entrambi nel sistema integrato riduzione del danno–cura.

La prima alternativa, infondata ma ben più comprensibile: l'opposizione da subito strilla “stanze contro comunità”, riduzione del danno contro astinenza, dimenticando che le stanze sono alternativa alla strada e non alla terapia. Ma questo è nell'ordine delle cose di un dibattito tradizionalmente ideologico e urlato.

La seconda alternativa, invece, spunta in seno a quanti, inizialmente, sembrano sostenere la sperimentazione, e suona così: “eroina medica meglio delle stanze”. Riguarda la maggioranza di centrosinistra, che su questo si spacca, e a prima vista può sembrare addirittura un dibattito “avanzato”: guarda come si discute a Torino, manco fossimo a Zurigo... Sindaco e alcuni consiglieri, dopo mesi di petizione popolare, iniziative dal basso, audizioni e consulenze scientifiche, traggono dal cappello il coniglio della prescrizione di eroina medica non *accanto alle*, ma *contro* le stanze. E la propongono così: ciò che più inquieta è l'idea di assistere ad una assunzione di una sostanza “sporca”, da mercato nero. Allora, già che ci siamo, tanto vale lavorare da subito per somministrare eroina medica, leggi “pulita”. Detto così, c'è da far un salto sulla sedia: caspita!, a Torino stanno prendendo una decisione rivoluzionaria... eroina pulita a tutti i tossicodipendenti che stanno in strada, e somministrata in apposite stanze! A leggere i giornali, si capisce questo. I cittadini non esperti vanno in confusione – ma come? si può? – quelli esperti capiscono dove stiamo andando.

La voluta confusione tra un servizio di riduzione del danno, a bassa soglia di accesso, mirato alla tutela della salute di chi sta usando in condizioni a massimo rischio, e la prescrizione di eroina medica come trattamento terapeutico (che questo è in tutto il mondo) ad alta soglia di accesso, mirato a gruppi selezionati: questa “alternativa” serve in realtà solo a trarre d'impaccio una maggioranza che non osa decidere coerentemente con i bisogni di chi consuma e le emergenze della città, per ragioni strumentali di politica locale e insieme per ragioni di mancanza di chiari indirizzi innovativi sulle politiche pubbliche sulle droghe (stiamo ancora aspettando una chiarezza sul famoso “quarto pilastro”). Cioè: le stanze potevano essere decise qui e ora, dunque con una responsabilità della politica locale (e dei vari altri attori locali, che avrebbero dovuto dire, ci sto o non ci sto, promuovo consenso oppure dissenso, metto la mia faccia), l'eroina medica rimanda (alle calende) al governo

centrale, se la vedano a Roma. Non solo: le stanze sono una accoglienza per il consumo attivo, dare un luogo ai consumatori e limitare i rischi, occuparsi della vita altrui anche se non è come noi vorremmo, fare riduzione del danno. È un approccio mite, un'accoglienza, una sospensione del giudizio in vista di primari obiettivi di salute. L'eroina medica – per altro innovazione assai auspicabile – è una cura in più per chi in cura vuole mettersi. Preziosa per un gruppo di tossicodipendenti, e non necessariamente tende all'astinenza, certo; e tuttavia consente a una politica locale poco coraggiosa di continuare a nascondersi dietro una medicina per curare, al fine di non affrontare mai il nodo di una stanza per prendersi cura.

Da: *Fuoriluogo*, dicembre 2007