Storie



N.10
AGOSTO 2026

I FIGLI DEGLI ULTIMI

Supplemento mensile de ilMondoNuovo.club. Registrazione presso il Tribunale di Viterbo n.5105/ 18 Novembre 2022 RG n.2947/2022

ilmondonuovo.club/ MILANO



Nelle pagine che seguono si parla di SAN, di sindrome di astinenza neonatale, una patologia che affligge i neonati da madre che fa uso di sostanze stupefacenti. SAN è l'acronimo in italiano dello statunitense NAS, stesso concetto, ma su scala radicalmente diversa. In Italia i neonati SAN sono circa 2000 ogni anno da almeno 25 anni, secondo le stime della SIN, la società dei neonatologie italiani. In America sono invece circa 30.000 (ho fatto la media tra le diverse fonti, secondo alunne sono 26 mila, secondo altri sono 36 mila)

Facendo una banale operazione aritmetica Vine fuori che in Italia i minorenni oggi nati in san sono circa la popolazione di un piccolo centro del nostro paese, per dire una città come Ascoli o Belluno o Lodi. In America i minori nati in NAS sono più di mezzo milione, l'equivalente della popolazione di Detroit di oggi, o di Genova.

La cosa importante della SAN o NAS è che non si tratta di un allattai come le altre, perche non si risolve con il parto e l'immediata presa in carico subito dopo. I nati con la SAN salvo casi particolarmente fortunati si portano dietro gli strascichi della malattia a lungo e necessitano di cure e follow up continui. Quando il sistema di cura non riesce e prendere in carico questi neonati i problemi si ripresentano durante l'infanzia la scuola e l'adolescenza, e sono di soliti patologie psichiche spesso gravi o in grado di condizionare la vita sociale dei soggetti: si va dall'ADHD grave e lieve, al disturbo del comportamento o dell'umore, alla predisposizione all'uso di sostanze, ad altre patologie ancora più gravi ed invalidanti.

L'America, scossa dal numero straordinario di NAS, nefasto effetto collaterale della crisi degli oppioidi ha messo in campo una potenza di fuoco straordinaria per fronteggiare l'emergenza, mettendo assieme università ricerca ospedali e territorio. SI sono costruiti protocolli con prese in carico dagli 0 ai 18 anni e centri di eccellenza studiati in tutto il mondo. In Italia ed in Europa il sistema sanitario nazionale è universale e gratuito non è riuscito a fare la stessa cosa, confidando su un tessuto di prossimità che ha effettivamente la capacità di fronteggiare le emergenze, ma sconta la regionalizzazione e la scarsa capacita di raccogliere dati per le analisi e la programmazione.

Le storie che abbiamo deciso di raccogliere e raccontare fanno parte di un mondo del disagio e del bisogno sempre piu al plurale, e confermano una tesi che ricorre nel nostro lavoro di ricerca, cioè che ogni epoca ha le sue patologie, oltre ai suoi punti di rottura.

Il caso americano è la somma di storie che legano la crisi economica di un pezzo di paese alla crisi sanitaria e alle overdosi di massa, il Fentanyl ha ucciso dal 2000 ad oggi in media circa 65 mila persone all'anno, 72 mila è il picco di 2 anni fa. La cosa incredibile che la crisi degli oppioidi nasce in Farmacia e nel sistema sanitario americano che prescrive antidolorifici a operai bolliti ed usurati da anni di lavoro in caverna, in fiera o in cantiere.

Il caso italiano è quello di un paese, il nostro, che si crede al riparo da eccessi di questo tipo, e che scopre che esiste il fentanyl perche qualcuno lo ruba all'ospedale ebraico di Roma un mese circa fa.

Posso assicurare però che il tema del policonsumo esiste anche in Italia, e che le sostanze che devono spaventare in prospettiva sono le benzodiazepiune da banco, in abbinata a cose o alcol, in netta e continua ascesa. E che innati in SAN continuano ad esserci. In Italia però non si hanno dati certi, non esiste un centro di raccolta dati unico,. Non esiste di fatto un protocollo e la SAN non rientra nei Livelli Elementari di Assistenza nazionali, per cui è tutto in capo alle iniziative delle singole regioni o delle singole ASL, o delle eventuali procure dei minori.

PS Vista dall'Italia l'America è sempre tanta e troppa. Tutto è sempre tanto e troppo a partire dai contrasti pazzeschi visibili ad occhio nudo. A Philadelphia per dire c'è Zombieland a Kensigton, il più grande mercato della droga a cielo aperto, dove si vende l'eroina più buona e il Tranq (fentanyl e Xilazina) più pericoloso e letale del mondo. A due quartieri di distanza c'è il CHOP, l'ospedale pediatrico più avanti del pianeta per ricerca, capacità di cura, competenze e risorse economiche del pianeta. Naturalmente al chop curano i bimbi nati in NAS….

Mi chiedo com'è l'Italia vista dall'America. Qui da noi c'era il boschetrto di Rogoredo, oggi ci sono i bivacchi nei boschi sulla pedemontana alpina e appenninica. Un altro mondo, la droga da noi è per ora un accelerazione della performance, non un anestetico, o un neutralizzatone. Per ora almeno…..

Questa storia vista dall'Italia insegna che siamo bravissimi a salvare vite e a fronteggiare le emergenze. Facciamo sempre più fatica a curare nel periodo medio e lungo. Il punto è che finché ci misuriamo con le cronicità e le patologie tipiche degli anziani il problema si riesce in qualche modo a contenere. Quando invece abbiamo a che fare con i ragazzini la questione si fa davvero molto complessa. La SAN genera minori con disturbi psichiatrici, una frontiera sempre più impegnativa per il nostri sistema sanitario.
La cura costa, ma non curare costa molto di più. E la cura è una cosa molto diversa dall'acuzie o dall'emergenza.
Questa storia invece vista dagli stati Uniti, in particolare dalla Rust Bell è un caso da manuale di come una crisi economica possa diventare sociale e poi sanitaria, creando uno shock che resetta un intero sistema. Nella Rust Bell oggi ci sono i sommersi , tanti, e i salvati, sempre meno.
Questa storia infine ci racconta anche di come stiamo cambiando. Da una recente intervista al direttore del centro mamma bambino si apprende che di 50 casi di SAN all'anno appello dell'ospedale di Padova alcuni di questi sono

ROMA. Giugno 2026. 80 fiale di fentanyl puro ad uso farmacologico vengono rubate dall'Ospedale Israelitico di Roma. È il primo furto di questo tipo in Itali, che per molti commentatori segna il salto di qualità di un fenomeno che qui da noi finora veniva considerato un'anomalia esclusivamente americana. La sparizione del farmaco, sottratto in due riprese a giugno senza scassinare la cassaforte orienta gli inquirenti verso l'ipotesi di un complice interno e l'esistenza di una organizzazione pronta a tagliarlo e metterlo sul mercato.
La portata del furto è nei numeri, da quelle 80 fiale cliniche si stima sia possibile ricavare circa 20.000 dosi da strada della cosiddetta "droga degli zombie". Questo dettaglio rivela il vero pericolo epidemiologico delle nuove sostanze sintetiche. Non serve più una complessa logistica di importazione e spaccio su larga scala; è sufficiente una minima falla nella catena di custodia di un presidio sanitario metropolitano per immettere sul mercato illegale un quantitativo di dosi micidiale. Non serve coltivare e raffinare nulla, è sufficiente un laboratorio rudimentale in un garage.
Il caso romano solleva una questione più profonda, che riguarda una evoluzione del mercato delle sostanze anche in Italia. La vicenda dell'Israelitico conferma che le droghe sintetiche hanno di fatto attraversato l'oceano. (ANSA)

indice

5



Il furto di Fentanyl

4 la sindrome da astinenza neonatale

29/ le cronache

10



“Mio figlio mi farà uscire da questo inferno”

37/ il policonsumo



20

La sindrome, l’astinenza, il dopo...

44 la difficoltà della cura
33 quanto costa non curare. Le fonti
54 la scimmia sulla culla

38/ NEONATAL ABSTINCE SYNDROME

46/ La crisi economica

53/ La crisi degli oppioidi

63/ I protagonisti

76/ HillBilly Heroin





85/ La trappola del Rust Bell

93/ LILY'S PLACE

106/ IL CHOP di Philadelphia



112 L'economia del dolore



119 ZOMBIELAND

127 / Kensigton blues

CREDITS:
Cristina Andreotti, Igor Boni, Diego Castagno, Simona Conte, Leonardo Lotto, Paolo Lorusso, Gianpaolo Sodano, Diego Spadafora, Gianni Zais,

COLOPHON

DIRETTORE
Giampaolo Sodano
VICE DIRETTORE
Diego Castagno
COMITATO DI DIREZIONE
Gianni Zais, Gaia Bertotti, Sergio Bellucci, Giuseppe Bea, Aldo Di Russo, Giuseppe Attene
REDAZIONE
01036 Nepi (Viterbo). Via di Monte Topino, 303
info@ilmondonuovo.club

Tutte le collaborazioni sono volontarie. La riproduzione è vietata senza l'autorizzazione dell'editore.

Mensile On Line allegato al periodico trimestrale "il mondo nuovo.club" iscritto con decreto n. 635/2025 del 18 febbraio 2025 (RG n.255/2025) del pubblico registro della stampa del Tribunale Ordinario di Viterbo. Direttore Responsabile Giampaolo Sodano

La frase in copertina è di Emmanuel Macron

LA SINDROME DA ASTINENZA NEONATALE



Il furto di Fentanyl

Roma, Bambin Gesù.
GG è uno dei circa 2.000 neonati a cui ogni anno in Italia si diagnostica la Sindrome da astinenza neonatale in Itala mota conme SAN, un insieme di sintomi e segni clinici anormali, che si possono manifestare nei figli delle donne che hanno assunto sostanze stupefacenti o psicotrope durante la gravidanza.
Secondo i dati forniti dal Bambin Gesù di Roma, si stima che «possa essere affetto da San dal 3 al 50% dei neonati» le cui madri hanno fatto uso di stupefacenti mentre erano incinte. Ma in Italia ancora non esiste una statistica ufficiale, perché nonostante i tanti casi – compresi i boom in qualche regione, nel Lazio il primo fu circa 6 anni fa – il fenomeno è più ridimensionato rispetto agli Stati Uniti e varia per territori. In base agli ultimi dati disponibili, all'ospedale Fatebenefratelli di Roma ultimamente non ci sono stati casi, ma ne sono stati registrati anche 4 in un mese al Casilino e sei a Milano. In tutta l'Umbria sono circa 20 all'anno, e all'ospedale della Misericordia di Grosseto tempo fa ce ne sono stati 2 in due settimane. Dieci bimbi con la San sono nati in pochi mesi a Palermo, più una neonata arrivata in overdose all'ospedale di Licata, in provincia di Agrigento"
Siamo nel 2019, qualche anni prima in America è scoppiata la pandemia da Fentanyl e da Tranq, la droga degli Zombie a base di Xilazina, l'antidolorifico veterinario per animali di grossa taglia, o meglio la droga del cavallo, portata dai portoricani a Philadelphia qualche anno prima per tagliare e potenziare gli oppioidi sintetici.
Nel 2019 in Italia non c'e traccia di Tranq o di Fentanyl. Almeno fino al furto del farmaco nell'ospedale ebraico del giugno di quest'anno.

ROMA. Giugno 2026. 80 fiale di fentanyl puro ad uso farmacologico vengono rubate dall'Ospedale Israelitico di Roma. È il primo furto di questo tipo in Itali, che per molti commentatori segna il salto di qualità di un fenomeno che qui da noi finora veniva considerato un'anomalia esclusivamente americana. La sparizione del farmaco, sottratto in due riprese a giugno senza scassinare la cassaforte orienta gli inquirenti verso l'ipotesi di un complice interno e l'esistenza di una organizzazione pronta a tagliarlo e metterlo sul mercato.
La portata del furto è nei numeri, da quelle 80 fiale cliniche si stima sia possibile ricavare circa 20.000 dosi da strada della cosiddetta "droga degli zombie". Questo dettaglio rivela il vero pericolo epidemiologico delle nuove sostanze sintetiche. Non serve più una complessa logistica di importazione e spaccio su larga scala; è sufficiente una minima falla nella catena di custodia di un presidio sanitario metropolitano per immettere sul mercato illegale un quantitativo di dosi micidiale. Non serve coltivare e raffinare nulla, è sufficiente un laboratorio rudimentale in un garage.
Il caso romano solleva una questione più profonda, che riguarda una evoluzione del mercato delle sostanze anche in Italia. La vicenda dell'Israelitico conferma che le droghe sintetiche hanno di fatto attraversato l'oceano. (ANSA)


Fentanilo

Le cronache...

Il tema della NAS balza all'onore della cronaca nel 2019. Piemichele Paolillo il primario del reparto di neonatologia del policlinico Casilino di Roma denuncia la presenza di quattro bambini in SAN contemporaneamente. La notizia viene ripresa dalla cronaca locale con una lunga intervista al Il messaggero, a seguire dall'edizioni locali del Corriere della sera e de La repubblica.
Il reparto di Neonatologia del Policlinico Casilino di Roma è la più grande sala parto della capitale: gestisce oltre 4.000 parti all'anno, ed ogni anno presta cure a circa 20 neonati all'anno ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) con un quadro di astinenza conclamato, una netta prevalenza di cocaina seguita da eroina, cannabis e metadone.
La notizia viene ripresa da molte atre testate locali, e si scopre che da Roma a Milano la situazione è più o meno la stessa, e non solo nella grandi città. A Perugia ad esempio Stefania Troiani, responsabile dell'unità di Terapia intensiva neonatale al Santa Maria della Misericordia di Perugia in un intervista alla stampa locale qualche giorno dopo dichiara che il centro che dirige tratta più di una decina di casi all'anno.
La Troiani a Perugia conferma il racconto del suo collega romano che al Messaggero aveva spiegato come si riconoscono i Bambini i SAN quando no si conosce la dipendenza della madre. "all'inizio stanno bene, la sindrome di astinenza neonatale inizia dopo un po'. Il bambino diventa agitato, irritabile e bisogna usare barbiturici per sedarlo. Spesso il neonato non ha sintomi particolari, e il ruolo delle ostetriche che anche durante il parto colgono segnali nel comportamento dei genitori è fondamentale per intercettare il problema immediatamente, spiega Paolillo in una intervista a "La Repubblica". La diagnosi di SAN arriva spesso solo per sospetto clinico del neonatologo, non per anamnesi dichiarata dalla madre. Il protocollo d'urgenza si attiva quando il neonato presenta sintomi riconducibili alla SAN e l'équipe esegue il test tossicologico sulle urine.
Quando il neonato sta davvero male è inevitabile usare il metadone per superare crisi che possono durare anche per diverse settimane. "Il pericolo non è soltanto legato alla condizione di malessere del neonato nella fase di crisi, ma ai danni, anche di natura neurologica, che possono verificarsi durante le fasi di crescita" dice la Troiani. Spesso poi i genitori, ascoltati dai medici, tendono a minimizzare o a indicare come saltuarie le sue abitudini o persino circoscritte a pochi giorni precedenti al ricovero del figlio. "Il passo successivo, una volta accertata la presenza di sostanze nel bambino, è la segnalazione del caso al tribunale dei Minori. Da quel momento, come struttura, diventiamo noi i tutori del bambino, fino alla decisione del giudice."
Piermichele Paolillo è lo storico Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN) del Policlinico Casilino ed ex Vicepresidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN) e consigliere della Società Italiana di Pediatria (SIP).
Sul tema della Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN/NAS) e dell'esposizione prenatale a sostanze, Paolillo rappresenta una voce fondamentale per tre ragioni legate alla clinica e alla realtà romana:
Il Policlinico Casilino è di fatto un osservatorio di frontiera per la sua posizione geografica: copre il quadrante est e sud-est di Roma che comprende i quartieri di Tor Bella Monaca, Centocelle e Borghesiana, un'area ad altissima densità abitativa e con complessità socio-economiche rilevanti.

La Terapia Intensiva Neonatale guidata da Paolillo si è trovata negli ultimi anni in prima linea nella gestione operativa delle NAS. Il centro registra una media di 15-20 di neonati positivi alle sostanze (tra oppioidi, metadone, cocaina e poliassunzioni) su 4000 nati ogni anno casi all'anno Nei suoi interventi pubblici Paolillo ha dichiarato che i casi di SAN trattati in TIN ogni anno rappresentano soltanto la quota di casi che emerge, e che al sistema sanitario sfugge una percentuale significativa di neonati i cui sintomi rimangono sfumati o non intercettati. Il tema della mancata anamnesi e delle "povertà di tracciamento" è centrale. Nei report epidemiologici condotti sul bacino del Policlinico Casilino Paolillo evidenzia come la stima dei casi di SAN basata sulle sole dichiarazioni della madre in cartella clinica sia strutturalmente sottostimata. La causa principale indicata nei suoi scritti è lo stigma sociale e la paura delle conseguenze legali, cioè la perdita della responsabilità genitoriale. Molte madri con uso occasionale o cronico di sostanze non inserite nei circuiti ufficiali dei SerD non dicjhiaabo di utilizzare sostanze durante i controlli ostetrici. Il dato emerge unicamente "a posteriori", quando il neonato manifesta i sintomi clinici in culla e scattano i test tossicologici sulle urine o sul meconio. Un altro punto sollevato riguarda la mancanza di un protocollo di screening tossicologico universale per tutte le gestanti o per tutti i neonati.
In assenza di un'obbligatorietà omogenea su scala nazionale, il test viene effettuato solo in presenza di sospetto clinico del neonatologo o di anamnesi nota. Questo meccanismo a "maglie larghe" lascia fuori i casi di assunzione discontinua o a basse dosi, le assunzioni avvenute a ridosso del parto che non generano astinenza acuta immediata ma provocano comunque neurotossicità fetale e tutte le situazioni in cui la sintomatologia del neonato è "sfumata" e viene scambiata per coliche o irritabilità fisiologica e il neonato viene dimesso regolarmente.

Nelle sue comunicazioni istituzionali per la SIN e la SIP, Paolillo ha più volte richiamato l'urgenza di un registro epidemiologico nazionale. I dati attualmente disponibili in Italia derivano da rilevazioni campionarie o da flussi regionali disomogenei, ad esempio le Schede di Dimissione Ospedaliera che registrano la diagnosi di dimissione ma non intercetta né il sommerso clinico né le forme di esposizione prenatale senza astinenza conclamata, rendendo la dimensione reale del fenomeno del tutto approssimativa.
C'è poi un secondo aspetto e riguarda l'insieme delle procedure che vengono attivate nei casi dei neonati in SAN. Al Policlinico Casilino ad esempio l'accertamento della positività tossicologica comporta la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i Minorenni e l'avvio dell'iter per la nomina di un tutore legale per la presa in carico del neonato e la sospensione temporanea del riaffido fino alla valutazione della sostenibilità genitoriale. Va detto anche che spesso le madri non denunciano il loro stato, non solo perché spesso non conoscono i rischi per il neonato o li sottovalutano, ma per il peso di un doppio stigma, di donna tossicodipendente e di madre "indegna". Torneremo sul tema. Il lavoro di Paolillo al Policlinico Casilino e dei suoi colleghi nei reparti di neonatologia in Italia è la conferma, l'ennesima, che la sanità Italia è eccellente nella gestione delle emergenze, e fatica nella continuità della cura, per molti motivi, ma soprattutto sconta la mancanza di una rete di tracciamento territoriale integrata e la la difficolta nella raccolta e nel trattamento dei dati con i quali segua la crescita del bambino una volta superata la acuta tratta in ospedale.
La presa in carico da parte del Servizio Sanitario Nazionale per i neonati con diagnosi di Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) è, sulla carta, totale: il 100% dei neonati diagnosticati riceve assistenza e terapia nella fase acuta durante il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale o in reparto,

Tuttavia, quando si passa dalla fase d'emergenza in ospedale al monitoraggio a lungo termine (follow-up) sul territorio, i numeri cambiano drasticamente a causa di barriere sociali, burocratiche e logistiche. Il tasso di presa in carico reale nel follow-up, secondo le stime della Società Italiana di Neonatologia (SIN) e l'esperienza clinica dei grandi centri (come quella descritta da Paolillo al Casilino o da Mosca alla Mangiagalli di Milano) evidenziano un forte "tasso di abbandono" dei controlli medici dopo le dimissioni dall'ospedale.
In altre parole il sistema si perde spesso questi bambini.
La discrepanza tra la gravità potenziale del disturbo a lungo termine (deficit di attenzione, iperattività, disturbi dell'apprendimento in età adolescenziale) e l'effettivo monitoraggio del SSN dipende da tre fattori strutturali.
Il primo è un fattore "sociale", spesso le madri con tossicodipendenza non stabilizzata presentano spesso stili di vita caratterizzati da forte precarietà abitativa, frequenti spostamenti sul territorio e diffidenza cronica nei confronti delle istituzioni sanitarie e sociali, che spesso vengono vissute come una minaccia per la custodia del bambino. Questo rende estremamente difficile per le ASL garantire la continuità delle visite di controllo programmate.
Un secondo problema consiste nella frammentazione dei servizi territoriali: una volta uscito dall'ospedale, il bambino passa sotto la responsabilità del Pediatra o dei servizi di Neuropsichiatria Infantile del territorio. Spesso manca un canale di comunicazione diretto e standardizzato tra la Terapia Intensiva Neonatale che ha gestito l'astinenza e i servizi territoriali, cosa che interrompe il filo della sorveglianza clinica.
Infine come in tanti altri casi non esistono protocolli regionali uniformi. Non tutte le Regioni hanno attivato percorsi assistenziali codificati (PDTA) che obblighino a un follow-up prolungato fino all'adolescenza per questa specifica coorte. Di conseguenza, il monitoraggio dipende spesso dalla sensibilità dei singoli reparti ospedalieri o dalla capacità del Tribunale per i Minorenni di imporre le visite mediche all'interno dei decreti di affidamento o di vigilanza.
Ci sono poi i casi dei bimbi dati in affido o in adozione, una caso specifico ancora più delicato e complicato dalla necessità di garantire privacy e tutela al minore, ma che nella sostanza risente delle stesse inerzie ed inefficienze descritte in precedenza.
A livello istituzionale e politico-amministrativo, l'attenzione in Italia per i prossimi anni si sta concentrando sul superamento della frammentazione dei servizi e sul consolidamento della tutela dei minori esposti a sostanze tossiche. Non esiste un disegno di legge unico dedicato esclusivamente alla Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS), ma la materia è al centro di tre filoni di riforma e di interventi normativi convergenti in discussione o in via di attuazione.
Il primo è l'istituzione del Registro Nazionale della NAS e degli screening neonatali.
L'assenza di dati epidemiologici certi è il principale ostacolo alla programmazione sanitaria.
In questo senso la spinta della Società Italiana di Neonatologia (SIN) e di alcuni parlamentari sensibili ai temi dell'infanzia, punta all'inserimento del monitoraggio della NAS all'interno dei registri nazionali delle patologie croniche o dei flussi informativi obbligatori del Ministero della Salute, obbligando le Regioni a trasmettere e condividere i dati relativi alle diagnosi e, soprattutto, a codificare un flusso informativo protetto tra i punti nascita e i pediatri di libera scelta per evitare che i neonati vengano "persi" dopo le dimissioni.
Altro capitolo essenziale è quello della standardizzazione dei Percorsi Assistenziali e dei livelli elementari di assistenza. Il primo passaggio per la cura della SAN è l'inserimento formale di protocolli omogenei di follow-up nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Attualmente, la presa in carico e i controlli prolungati fino all'età scolare dipendono dalle risorse e dalle delibere delle singole Regioni.

Serve invece uniformare i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali regionali sul modello di quelli più avanzati, Emilia-Romagna e Toscana, che prevedono l'obbligo di visite multidisciplinari gratuite, neonatologo, neuropsichiatra infantile, psicologo, cadenzate fino ai 6 anni, cioè all'ingresso alla scuola primaria, e, nei casi più complessi, fino all'adolescenza 14/16 anni. Un terzo ambito di discussione legislativa riguarda il supporto alle madri con dipendenza all'interno delle riforme del diritto di famiglia e della giustizia minorile.
Il focus oggi si sta spostando dalla logica sanzionatoria, cioè l'allontanamento immediato del minore dalla madre a quella della prevenzione e del recupero della genitorialità.
In quest'ottica l'idea è quella di potenziare e diffondere le buone pratiche che ci sono. Ad esempio le comunità terapeutiche integrate "mamma-bambino", che puntano a favorire strutture in cui la madre possa seguire il percorso di disintossicazione senza essere separata dal neonato e sotto la stretta vigilanza di personale sanitario ed educativo, riducendo così il ricorso all'affido extra-familiare e ai lunghi contenziosi nei Tribunali dei Minori. O il potenziamento del supporto ai genitori affidatari o adottivi, che spesso non sanno come fronteggiare il disagio del bambino o semplicemente non hanno idea di cosa sia la SAN.
Dietro le ottime idee e le proposte, permane poi una desolante carenza di risorse, di strutture e di personale, caratteristica costante di un Sistema Sanitario Nazionale sempre meno nazionale e che spende per la salute mentale solo il 3% del suo Budget dell'intero a disposizione per la salute e sanità, contro il 15% della Francia.
Ad oggi esiste il rischio concreto che buona parte dei trentaseimila bambini nati con NAS in Italia si perdano proprio nel momento in cui avrebbero più bisogno di sostegno, per poi riemergere nel momento in cui vanno a scuola. Nel frattempo la cura grava totalmente ed esclusivamente sulle spalle delle famiglie.





“Mio figlio mi farà uscire da questo inferno...”

19 maggio 2019. Milano
"Mio figlio mi farà uscire da questo inferno". Ha detto ai medici che l'hanno soccorsa.
28 anni, ucraina, una tossicodipenza da eroina feroce, ha portato avanti la sua gravidanza senza mai entrare in contatto con un medico, un assistente sociale, una qualsiasi struttura. L'ultima dose in vena il giorno prima di partorire nella cascina diroccata di via Orwell nel bosco di Rogoredo.
Il bambino è nato in astinenza neonatale e portato alla Mangiagalli, dove i medici lo hanno curato fino a portarlo fuori dalla dipendenza dell'eroina che ogni giorno passava attraverso il cordone ombelicale e la placenta.
Il bimbo è nato tra le tende e le coperte buttate per terra della cascina nota per essere un rifugio per tanti ragazzi che comprano eroina al «boschetto» e vanno a iniettarsi la droga nell'edificio abbandonato, dove vivono in modo più o meno stabile una decina di persone.
La «Mangiagalli» è un centro di riferimento e forse uno dei migliori ospedali in Italia per gestire casi di gestanti dipendenti da sostanze, non necessariamente l'eroina.
Fino al 2019 i neonati trattati con lo svezzamento farmaceutico erano una ventina l'anno e stavano aumentando, conseguenza diretta dell'aumento del consumo di eroina a basso costo.
E da quanto riportato dalla cronaca locale alcuni operatori delle associazioni che operano nel boschetto avevano raccontano che a Rogoredonon sono poche le ragazze in gravidanza che frequentano regolarmente la zona.

27 Agosto 2019. Milano.
A fine agosto, ancora a Millano, nel boschetto di Rogoredo sotto il cavalcavia Pontinia, in direzione sud-est verso San Donato una diciassettenne tossicodipendente ed incinta è stata soccorsa nel cuore della notte dai carabinieri con il volto tumefatto e in lacrime.
La ragazza era nota ai SERD, stava seguendo un percorso di disintossicazione dalla droga. Una storia comune a tante altre di scippi e furti per comprarsi la dose giornaliera, poi la decisione di andare in comunità. Dentro e fuori dalle strutture con continui tentativi di fuga, fino all'ultima esperienza, la più lunga, interrotta con l'ennesima fuga quando ha saputo che con il raggiungimento della maggiore età l'avrebbe dovuta lasciare. Da li il ritorno nell'abisso e nel bosco della droga, fino all'episodio di violenza di cui è rimasta vittima. Ora è stata affidata al reparto di psichiatria del Policlinico di Milano.

La storia della ragazza ha scosso l'opinione pubblica. Piero Prenna, il Presidente della Comunità di San Patrignano, lancio qualche giorno dopo un appello pubblico ripreso dai media nazionali.
"Una ragazza di soli 17 anni incinta persa nel bosco di Rogoredo è una di quelle notizie che nessuno vorrebbe mai leggere sui giornali. Il dramma della tossicodipendenza di una giovanissima reso ancora più devastante dall'attesa di un bambino.
Un dramma figlio di una società in cui il problema è sempre più normalizzato, dove si ritiene scontato per un giovane far uso di sostanze, con un mondo adulto che gira la testa dall'altra parte facendo finta di non vedere, quando invece spesso è parte in causa nel problema. Un dramma di cui le istituzioni devono farsi quanto prima carico, comprendendo che il problema va affrontato giorno dopo giorno prevenendo ed educando, e che non esistono soluzioni facili di fronte a un fenomeno criminale che si rinnova continuamente.

Iil problema della dipendenza fra le ragazze minori è un fenomeno in crescita come vediamo attraverso il centro per minorenni che abbiamo all'interno della nostra comunità. Oggi arrivano ragazzine a tutti gli effetti tossicodipendenti a cui si sommano tutti i disagi e i problemi comportamentali. Allo stesso tempo ben conosciamo il dramma di madri tossicodipendenti che da noi si ritrovano e scoprono il piacere dell'essere madri e la bellezza dei loro bambini. Dal '78 ne abbiamo accolte 430 e ad oggi ne abbiamo sei, ed è meraviglioso vedere e seguire la loro rinascita e crescita, mentre imparano a prendersi cura del loro bambino.
Per questo, nel caso in cui la ragazza avesse voglia di intraprendere un percorso di recupero, siamo a offrire la massima disponibilità ad accoglierla e seguirla in tutte le sue necessità. Sarà un cammino non semplice, ma ricco di soddisfazioni, in cui l'aiuteremo a vivere al meglio la gravidanza preparandosi per accogliere con gioia la nuova vita e tornare a guardare con fiducia al futuro."

Il bosco di Rogoredo sono state fino a 5 anni uno dei più grandi supermercati della droga in Italia. Un sistema di degrado che è stato raccontato e documentato in tutta la sua brutalità Nel bosco di Rogoredo non si vendevano soli dose, ma l'intero kit necessario per drogarsi. I clienti pagavano con denaro o con qualunque oggetto rubato, passeggini, biciclette, oggetti preziosi, borse.
A Rogoredo arrivavano tossicodipendenti da ogni regione d'Italia e persone di ogni età tra i 15 e i 60 anni in cerca di una dose. In mano una cartina con i percorsi segnati per trovare la droga. Nella fase di maggior traffico a Rogoredo l'eroina veniva nascosta sottoterra perché per gli spacciatori è era diventato troppo rischioso il passaggio a mano.
Le cronache raccontano d'efficienza del sistema e di un tariffario per ogni servizio. Oltre alla dose di cocaina, con 8 euro si poteva avere una siringa nuova, un accendino e un cucchiaino. In omaggio i pusher garantivano un materasso per massimo un'ora. Per chi non aveva soldi a sufficienza ed era disposto a vendere il proprio corpo per un po' di eroina c'era una tenda canadese rossa: oltre alla droga, era disponibile anche il preservativo. La banalità del male.

Il 2019 è l'anno in cui le cronache locali scoprono lo stano caso della SAN, e ne parlano. A Napoli muore un bambino di 3 anni, Simba, abbandonato dalla madre che si drogava durante l'allattamento. Era arrivato all'ospedale pediatrico di Napoli quando aveva pochi mesi di vita e crisi epilettiche devastanti, conseguenza di danni celebrali legati all'astinenza dalle sostanze stupefacenti cui si era assuefatto con il latte materno.
La madre, che viveva in una baracca di fortuna aveva deciso di abbandonare il figlio che ormai aveva gravi danni neurologici ed epilessia. Simba passa cinque mesi in ospedale, poi viene accolto in una struttura dove viene curato fino alla sua ultima crisi respiratoria. "La morte di un bambino di tre anni è innaturale" dichiara alla stampa il responsabile della struttura, la casa di Matteo, "a livello emotivo e' stato davvero molto impegnativo, ma ci sono altri bambini che necessitano di cure e attenzioni e i volontari sono lì a dare l'anima".

A Palermo, all'ospedale Bucceri la Ferla, parte una gara di solidarietà per raccogliere fondi e aiutare i due gemellini, un maschietto e una femminuccia, abbandonati dalla madre appena nati all'ospedale. La donna, 32 anni, ha gravi problemi di tossicodipendenza. La salute dei due neonati preoccupa medici e infermieri, perché i piccoli sono positivi alla cocaina. La madre dopo il parto si è allontanata dall'ospedale, senza riconoscere i figli, che sono stati affidati temporaneamente alla direzione sanitaria, se poi la mamma non tornerà i piccoli verranno dichiarati adottabili.

Il numero di neonati che giungono con “sindrome di astinenza neonatale” negli ospedali siciliani negli anni successivi al 2019 cresce improvvisamente. Poco dopo la nascita dei gemellini, un’altra neonata in overdose da cocaina e cannabinoidi con sintomi di astinenza viene trasferita dall’ospedale San Giacomo d’Altopasso di Licata, dove si trovava con la mamma, all’ospedale San Giovanni di Dio di Agrigento. È la decima nel giro di pochi mesi in Sicilia
Il piccolo GG è l’ultimo dell’anno, nato in un ospedale umbro, e esposto all’eroina della madre per 9 mesi attraverso il cordone ombelicale. Curato con morfina e metadone, un lungo ricovero e infine l’affido ai nonni. La madre va in comunità per disintossicarsi e il padre è stato arrestato per droga.
Dal 2020 nessun caso nella cronaca fino al 2023, in Salento, il primo di due casi quasi identici a pochi kilometrri e meno di due anni di distanza tra loro.

15 MARZO 2023, GALATINA
Nella mattinata del 15 marzo 2023 all'interno del reparto di ostetricia dell'ospedale "Santa Caterina Novella" di Galatina, una donna viene sottoposta a un parto cesareo d'urgenza. Appena viene alla luce, la neonata manifesta un quadro clinico severo e fortemente anomalo: un pianto acuto, inconsolabile, accompagnato da forti e continui tremori muscolari e da uno stato di marcata ipereccitabilità neurologica. Sospettando una patologia indotta da sostanze, l'équipe medica dispone gli screening tossicologici urgenti sia sulla madre che sulla bambina. Il responso dei test di laboratorio è inequivocabile: nell'organismo della piccola sono presenti alti tassi di cocaina [RaiNews].
La diagnosi clinica formale è quella di Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN) e la gravità dei sintomi impone il trasferimento immediato, poche ore dopo la nascita, nella Terapia Intensiva Neonatale (UTIN) del "Vito Fazzi" di Lecce [RaiNews].

17 OTTOBRE 2025, LECCE:
A distanza di due anni e mezzo, lo scenario si replica con dinamiche quasi identiche. È il 17 ottobre 2025 quando nelle sale parto del medesimo ospedale capoluogo, il "Vito Fazzi", un altro bambino viene alla luce mostrando fin dal primo vagito i medesimi e inconfondibili segni di sofferenza neurologica: tremori motori diffusi e forte irritabilità. I test eseguiti sul neonato confermano nuovamente la positività alla cocaina. In questo secondo caso, tuttavia, emerge un paradosso biochimico: lo screening tossicologico eseguito sulla madre nell'immediatezza del parto dà esito negativo. I tossicologi accertano che la donna ha assunto cocaina durante la gravidanza e che il suo metabolismo adulto ha già eliminato la sostanza dal sangue materno al momento del ricovero, mentre i tessuti sensibili del feto l'hanno trattenuta, scatenando la crisi d'astinenza acuta nell'istante esatto del distacco della placenta.
Questo secondo episodio dimostra empiricamente che quello di Galatina del 2023 non era un caso isolato e lascia ipotizzare che esista nella zona un sommerso di consumo di sostanze in gravidanza gestito in totale solitudine, senza reti sanitarie di supporto, il che rende automatico il ricorso a farmaci surrogati presi dal mercato nero o dai ricettari clonati per superare i momenti di crisi e di down.

In entrambi gli episodi, le madri non erano prese in carico dal SerD. Erano due donne del tutto "invisibili" ai servizi di supporto per le tossicodipendenze.
L'effetto sorpresa in corsia: I medici hanno scoperto il consumo di cocaina solo dopo il parto, insospettiti esclusivamente dai tremori acuti e dal pianto inconsolabile dei neonati al momento del primo vagito.

Il policonsumo

La mancata iscrizione al SerD è una scelta deliberata per nascondere la gravidanza tossicodipendente, evitando così i protocolli terapeutici ufficiali (come il metadone) e, soprattutto, la segnalazione automatica al Tribunale per i Minorenni prima della nascita.
Rimanendo clandestine per il sistema sanitario, l'unico modo per queste donne di gestire le violente crisi d'astinenza e i down della cocaina senza farsi scoprire era proprio il ricorso al mercato parallelo dei farmaci oppioidi (ossicodone e fentanyl) tramite le ricette clonate che abbiamo visto esplodere in Puglia in quello stesso arco di tempo.

Dal punto di vista della cronaca medica, i dati biologici accertati indicano che in entrambi gli episodi i neonati hanno subito gli effetti diretti della deprivazione da cocaina, sostanza stimolante che sul feto agisce alterando lo sviluppo neurologico e vascolare. I fascicoli sanitari non contengono elementi formali per associare queste specifiche nascite all'abuso di fentanyl. Tuttavia, i due episodi accendono un faro sulla complessità del policonsumo sotterraneo: la gestione autonoma dei violenti crolli fisici tipici del post-assunzione di cocaina (i cosiddetti "down") spinge spesso chi consuma a cercare sul mercato parallelo potenti sedativi e oppiacei. Le storie di Galatina e Lecce dimostrano l'esistenza di un sommerso epidemiologico che bypassa i canali assistenziali dello Stato, lasciando che siano i neonati, nelle prime ore di vita, a registrare l'impatto di questo isolamento chimico.
Nel circuito del policonsumo, l'uso combinato di sostanze con effetti opposti risponde a una precisa logica di compensazione neurochimica. La cocaina è un potente stimolante che provoca un massiccio rilascio di dopamina, inducendo uno stato di euforia e iperattività. Quando l'effetto svanisce bruscamente, il soggetto precipita nella fase di down, un crollo psicofisico caratterizzato da ansia acuta, tremori, tachicardia e forti sintomi di astinenza psicologica. Per "frenare" e modularne l'impatto sul sistema nervoso centrale, i consumatori ricorrono a potenti oppioidi sintetici come l'ossicodone o il fentanyl. Agendo come potenti sedativi e analgesici, queste molecole placano artificialmente lo stato di agitazione e i sintomi fisici del crollo, creando un ciclo di dipendenza alternata estremamente pericoloso.

L’estrazione delle sostanze dai dispositivi medici
In Italia, l'approvvigionamento di queste sostanze non avviene tramite i canali del narcotraffico tradizionale di massa, ma attraverso la "diversione farmacaceutica", ovvero la sottrazione illegale di medicinali regolari tramite furti o ricette clonate. I consumatori e gli spacciatori estraggono il principio attivo principalmente da due formulazioni farmaceutiche: I cerotti transdermici: Progettati per rilasciare il fentanyl in modo graduale attraverso la pelle nell'arco di 72 ore per i malati oncologici, i cerotti vengono intercettati dal mercato nero. Per aggirare il rilascio lento e ottenere l'effetto immediato cercato nel policonsumo, i consumatori utilizzano metodi empirici pericolosi: masticano i cerotti per assorbire il principio attivo attraverso le mucose della bocca, oppure li bollono in soluzioni acquose o acide per estrarre il fentanyl in forma liquida, rendendolo iniettabile o vaporizzabile. Le compresse di ossicodone: Le pastiglie a rilascio prolungato (come l'OxyContin) vengono private della loro membrana protettiva esterna. Una volta rimosso il rivestimento che regola il rilascio graduale del farmaco, le pillole vengono frantumate fino a ridurle in polvere finissima. In questo modo, l'intero quantitativo di oppioide viene liberato istantaneamente, consentendo il consumo per inalazione nasale o tramite iniezione endovenosa, spesso in combinazione diretta con la cocaina.

La sindrome l'astinenza e il dopo

La SAN, Sindrome da Astinenza Neonatale, nota nella letteratura scientifica internazionale come NAS Neonatal Abstinence Syndrome, o NOWS Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome, è una "costellazione di sintomi clinici, prevalentemente sistemici e neuro-comportamentali, che si manifesta nel neonato a seguito dell'interruzione improvvisa dell'esposizione prenatale e transplacentare a sostanze stupefacenti o farmaci presi dalla madre durante la gravidanza".
Durante la gestazione, i principi attivi in particolare gli oppioidi, le benzodiazepine, i barbiturici, in particolare l' alcol attraversano la barriera ematoplacentare e si accumulano nei tessuti fetali. Il feto sviluppa in questo modo una dipendenza neurochimica passiva.
Al momento del taglio del cordone ombelicale, l'apporto ematico della sostanza si interrompe bruscamente. Il rapido calo delle concentrazioni ematiche nel neonato provoca un'iperattivazione del sistema nervoso autonomo e del sistema nervoso centrale, scatenando una crisi da astinenza di quelle sostanze.
I sintomi compaiono immediatamente, tra le 24 e le 72 ore dalla nascita e interessano il Sistema Nervoso Centrale, con varie manifestazioni e livelli di gravità, quantificate mediante scale di valutazione tra cui il Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS) o le sue versioni modificate.
Il punteggio determina l'indirizzo terapeutico e l'avvio di un protocollo farmacologico di svezzamento graduale (solitamente con morfina orale o metadone) in Terapia Intensiva Neonatale.
La SAN inoltre non esaurisce i suoi effetti clinici con il superamento della crisi acuta nei primi giorni di vita. L'esposizione intrauterina sistematica alle sostanze, siano esse oppioidi da prescrizione, droghe da strada o farmaci sostitutivi, altera lo sviluppo neurologico e sistemico del feto, determinando conseguenze e patologie che possono manifestarsi nel medio e lungo termine.
Le principali complicanze e patologie si dividono in tre macro-aree.
La prima consiste in patologie neurologiche e disturbi del neurosviluppo. Il sistema nervoso centrale del feto subisce un'alterazione strutturale dei ricettori a causa dell'esposizione costante alle sostanze. Nel lungo termine, questo può causare ADHD, il Deficit di Attenzione e Iperattività. Molti bambini nati con SAN mostrano un'incidenza significativamente superiore di disturbi dell'attenzione, impulsività e iperattività in età scolare. Oppure può portare a ritardi cognitivi e del linguaggio, con difficoltà nell'apprendimento, deficit di memoria a breve termine e ritardi significativi nello sviluppo del linguaggio verbale e della coordinazione motoria fine.
In alcuni casi si sono poi verificati disturbi dello spettro autistico e della condotta, una maggiore vulnerabilità a sviluppare disturbi relazionali, aggressività, ansia infantile e difficoltà di adattamento sociale, vulnerabilità biologica alle dipendenze, con alterazioni permanenti dei circuiti cerebrali della dopamina e della gratificazione, che aumentano statisticamente il rischio di sviluppare dipendenze da sostanze in età adolescenziale e adulta.

Negli studi condotti sui bambini in SAN nell'eta evolutiva si rilevano patologie oculari, miopia elevata o astigmatismo, deficit motori ed epilettici nei primi anni di vita.
Nei casi piu gravi si è riscontrata una sindrome da scarso accrescimento con difficoltà croniche di alimentazione nei primi anni di vita, vulnerabilità immunitaria e respiratoria.
La SAN insomma non è un "evento clinico acuto e isolato", ma è una patologia a lungo termine, che lascia conseguenze importanti, richiede cure lunghe e costanti in tutti i primi anni di vita del bambini e necessita di un monitoraggio neuropsichiatrico e pediatrico costante per tutta l'infanzia.

In Italia il tema è ancora "nuovo" e poco studiato. Francia e Gran Bretagna sono leggermente più avanti rispetto a noi, la Francia per una tradizione sulla cura del disagio psichico efficace e consolida, l'Inghilterra perchè ha dovuto fronteggiare la recente diffusione dei nuovi oppioidi sintetici. La maggior parte della letteratura deriva dagli studi e dalle ricerche condotte negli Stati Uniti, dove il fenomeno ha assunto dimensioni "epidemiche".
Il primo convegno importante e dedicato al tema in Italia si è svolto a Milano 5 anni fa, l'ultimo a Napoli nel Maggio di quest'anno. il convegno "Newborn 2026" ha dedicato uno spazio rilevante agli effetti a lungo termine della Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS), estendendo l'analisi oltre la fase acuta del ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) con una serie di interventi degli specialisti da cui è emersa la necessità di modelli di cura che accompagnino il paziente dalla pediatra ai servizi di salute mentale per l'età evolutiva.
Dall'inizio degli anni 2000 l'emergenza Fentanyl e Oxicodon negli Stati Uniti ha assunto dimensioni tragiche, e la diffusione delle droghe sintetiche a basso costo ha ormai una scala globale per cui il tema degli effetti collaterali con i relativi costi sociali e sanitari rappresenta un'urgenza concreta.
Il focus per i neonati in SAN è l'impatto neuropsicologico a lungo termine e le traiettorie di sviluppo cognitivo e comportamentale dei bambini.
Quello che serve dunque è una presa in carico a 360 gradi del paziente che pone l'accento sulla cura del nucleo famigliare e sulla gestione integrata delle fragilità socio-sanitarie.
Dal convegno di Napoli emerge che la fase acuta della Terapia Intensiva Neonatale è solo l'inizio del percorso, e che il vero nodo irrisolto risieda nella continuità dell'assistenza territoriale negli anni successivi. La SAN diventa una patologia psichiche e va trattata come tale. Con la complessità del tema, che parte dalla tipologia del soggetto, della madre o del nucleo familiare ed intreccia questioni legali, giurisprudenziali e sociali. La ricerca e la scienza in molti casi procedono più velocemente della amministrazione pubblica: nel contesto della sanità in Italia si interviene con straordinaria capacita nelle emergenze ma si fatichi nella cura e nella medici di prossimità, salvo in rari casi. In questa ottica occuparsi di SAN come vedremo equivale a comprendere meglio che nella complessità della società di oggi quasi tutto si tiene, compresi fenomeni che apparentemente sembrano lontanissimi fra loro.
Piccolo spoiler, la SAN oggi in America è uno straordinario indicatore della deprivazione sociale e del disagio di intere comunità. È un fenomeno diffusissimo nelle aree postindustriale della Rust Bell e deriva dalle strategie di cura delle artriti causate dai lavori usuranti delle miniere e della catena di montaggio, non dalla pasticca da strada. In Italia la questione è un pò diversa, qui da noi prevale il policonsumo, ed il Fentanyl per ora viene usato solo nelle cure palliative e nelle terapie antidolore. Eppure anche da noi sta aumentando la SAN da farmaci antipsicotropi da prescrizione, un tema questo che rispecchia l'aumento e la medicalizzazione del disagio, una pratica sempre piu diffusa e molto più economica e facile rispetto alla prevenzione o alle riforme di sistema.

Andiamo per ordine e partiamo dai numeri, che in questo caso non dicono tutta la verità, ma solo una parte. Si stima che in Italia nascano ogni anno circa 2.000 neonati con una diagnosi di Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN/NAS). Tra i neonati esposti a sostanze stupefacenti o psicotrope (inclusi farmaci oppioidi o terapie sostitutive come il metadone) in utero, la maggior parte sviluppa i sintomi della sindrome entro le prime 72 ore dalla nascita.
Circa il 72,5% dei neonati diagnosticati con SAN viene ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale, con una degenza media iniziale di circa 10-15 giorni, che aumenta sensibilmente nei casi che richiedono uno svezzamento farmacologico standard.
In Italia i dati epidemiologici nazionali esistono, ma secondo gli esperti le stime ufficiali sono inferiori ai casi reali, sia per la mancata diagnosi sia per la mancata dichiarazione d'uso di stupefacenti da parte delle madri.
C'è infatti un sommerso stimato che è difficile quantificare. Accanto agli oppiacei tradizionali, l'eroina e il metadone, oggi cresce l'incidenza di sindromi causate dall'uso combinato di alcol, psicofarmaci e nicotina, che rendono la diagnosi iniziale meno immediata rispetto alla classica astinenza da oppiacei.
Manca inoltre un registro nazionale centralizzato ufficiale e manca ancora un monitoraggio uniforme in tutte le regioni, problema cronico della sanità italiana.
I numeri in Italia sono in line con la media UE e sensibilmente inferiori a quelli degli Stati Uniti, e riflettono contesti socio-economici, politiche di welfare e mercati delle sostanze stupefacenti radicalmente diversi. Il caso dei bimbi SAN è uno dei tanti esempi di come la nostra sanità sia molto efficiente sulle emergenze e meno sulla cronicità o sulla cura a medio termine. E di come vada in crisi quando deve fronteggiare le patologie del nuovo secolo, a partire da quelle psichiatriche.
I protocolli che si usano in Italia oggi vengono dagli Stati Uniti, dove la SAN ha colpito duro, con numeri straordinari, concentrati nella Rust Bell, tra la West Virginia, l'Oihio e la zona delle miniere dell'Appalachia, il cuore della manifattura a stelle e strisce e l'epicentro della crisi degli oppioidi. Negli USA la SAN viene chiamata NAS, e rappresenta un'emergenza sanitaria nazionale su larga scala da almeno 15 anni, perché è strettamente legata all'abuso di oppioidi sintetici, come l'Ossicodone e il Fentanyl, antidolorifici da prescrizione per un periodo molto diffusi tra i minatori e gli operai delle catene di montaggio statunitensi.
Il tema della NAS in America è un paradossale effetto collaterale della crisi da Ossicodone e poi da Fentanyl e Xilazina, un costo differito, come dicono i tecnici dei bilanci statali e della sanità. Tra l'altro un disagio che si somma al disagio sociale che va dalla disgregazione dei nuclei famigliari all'abbandono scolastico e alla spirale della povertà che diventa ereditaria.In numeri assoluti si stimano tra i 25.000 e i 30.000 neonati diagnosticati all'anno con NAS (o secondo le ultime tende za della ricerca la NOWS, Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome, la stragrande maggioranza nell'America impoverita dalla deindustrailizzazione. Il costo economico sanitario solo in spese di ospedalizzazione diretta è di oltre 570 milioni di dollari all'anno…
Tornando al Vecchio Continente In Francia il fenomeno è decisamente più paragonabile nei numeri con quello italiano, ma rappresenta un modello di straordinaria efficacia a livello mondiale perché riesce a coniugare la prevenzione, l'emergenze e la cura nel tempo. La SAN in Francia è gestita tramite reti di perinatologia altamente integrate con i servizi social e con protocolli standardizzati a livello nazionale applicati nelle singole regioni in grado di offrire livelli di prestazione omogenee sul territorio.
I dati nazionali in Francia sono simili a quelli italiani, circa 2 casi ogni 1.000 nati vivi nella popolazione generale. La popolazione femminile con dipendenze è stimata tra le 40.000 e le 90.000 donne in età fertile, ma è largamente inserita in programmi terapeutici sostitutivi pubblici. Il 60% - 90% dei neonati partoriti da madri in terapia con buprenorfina (Subutex) o metadone sviluppa sintomi di astinenza neonatale, ma la transizione è programmata in regime ospedaliero protetto da molto prima.

La differenza con l'Italia è in parole semplici, che in Francia il sistema funziona, e funziona più o monte con gli stessi effetti in tutto il territorio nazionale.
Oggi si registra in Francia come in tutta Europa una crescita delle sindromi correlate al consumo di più sostanze assieme (alcol, benzodiazepine prescritte e cocaina in associazione agli oppiacei), che rende la sintomatologia clinica più complessa e meno lineare rispetto all'astinenza da una singola sostanza. Il modello francese però è costruito sulla continuità della cura, e la cosiddetta continuità della diade madre bambino è effettivamente supportata da risorse adeguate, non affidata ai singoli soggetti locali.
In Italia le proiezioni epidemiologiche e i modelli clinici per i prossimi anni indicano alcune possibili tendenze sul futuro della Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS).
Il consumo anche in Italia sta passando dal "monouso" al policonsumo. Ad oggi le stime escludono una riproduzione su vasta scala dell'epidemia da oppioidi sintetici (Fentanyl) osservata negli Stati Uniti. Entro il 2030, si prevede che oltre il 60% delle diagnosi di NAS in Europa sarà correlato all'esposizione combinata di psicofarmaci, antidepressivi SSRI o altre benzodiazepine con cocaina e alcol, anziché ai soli oppiacei tradizionali (eroina o metadone) o agli oppioidi derivati. Tra le diverse dipendenze in Europa oggi quella che preoccupa di più l'alcool, in particolare in Italia: i dati attuali dell'Istituto Superiore di Sanità indicano che circa il 10% delle donne in gravidanza in Italia riferisce di aver consumato alcol. Questo dato conferma un aumento stabile dei casi di spettro dei disturbi feto-alcolici, la FASD, che sono spesso associati ai sintomi della NAS (La FASD viene ritenuta una tipologia particolare di sindrome d'astinenza "atipica", non meno problematica né meno pericolosa di quella "tipica")

Negli ultimi anni stanno cambiando i protocolli clinici, anche a partire dagli strumenti di valutazione dei danni subiti dall'esposizione a sostanze nella fase prenatale, la cosiddetta scala Finnegan, fino ai modelli di Follow-Up a lungo termine. La maggior parte dei protocolli italiani interrompeva il monitoraggio del bambino entro il terzo anno di vita. Le linee di sviluppo scientifico della Società Italiana di Neonatologia (SIN) per i prossimi anni prevedono e chiedono invece l'estensione della sorveglianza lungo tutta l'eta evolutiva, con una creazione di reti di follow-up multidisciplinari fatte da pediatri, neuropsichiatri infantili, assistenti sociali, codificate fino all'età scolare e all'adolescenza, 14 o 16 anni secondo gli specifici casi.
L'altro obiettivo, quello che risponde all'emergenza più pressante dal punto di vista della sostenibilità economica e sociale del sistema, consiste nella possibilità di effettuare diagnosi precoci per intercettare i disturbi delle funzioni esecutive e l'ADHD prima dell'ingresso nel ciclo scolastico, riducendo l'impatto sociale della sindrome nella successiva età adolescenziale.
In Italia non esiste uno storico certo sul numero e la tipologia dei casi perché manca un registro nazionale centralizzato per questa specifica tipologia di persone. Esiste comunque una stima fondata sui numeri accertati dei casi ricavata dalla stabilizzazione dei dati epidemiologici degli ultimi vent'anni, con una media stimata di circa 2.000 nuovi casi all'anno. SIN e SINPIA ipotizzano che nel nostro paese siano 10 mila i bambini che hanno superato la fase neonatale e si trovino nel primo ciclo di istruzione, e che i ragazzi adolescenti siano 18.000. In totale i minorenni nati con quadro clinico da NAS sono circa 28.000 tra neonati, bambini e ragazzi. A questi nu eri si sommano i dati dei ragazzi che il sistema ha perso o rimasti sommersi, stimati in altre 6000 unità. Proiettando il dato ed immaginando che non registri variazioni significative entro il 2030 i casi acclarati potrebbero arrivare alla soglia dei 50 mila. La stessa stima vale per la Francia e l'UK, in America i NAS sono 13 volte il numero dei neonati in Italia: 26 mila ogni anno, in totale oggi circa 500 mila.

Uno degli ambiti della ricerca scientifica e medica attuale in Italia riguarda gli effetti dell'esposizione una volta superato l'emergenza e durante l'adolescenza. E ormai assodato che la NAS non sia un evento clinico che si esaurisce con le dimissioni dal reparto di neonatologia, gli effetti a lungo termine sono ancora tutti da studiare.
Nello specifico, la letteratura scientifica e gli studi sui follow-up italiani evidenziano che la maggioranza, il 70% dei soggetti, mostra un recupero completo e non presenta disabilità o deficit cognitivi strutturali a lungo termine, ma che una quota significativa, il 30%, manifesti fragilità nell'area neuropsichiatrica infantile a partire dall'età scolare. Le diagnosi più frequenti in questa percentuale includono disturbi dell'attenzione (ADHD), problemi di regolazione del comportamento, impulsività e difficoltà di apprendimento specifiche di varie gravita, secondo la precocità della diagnosi e la intensità delle cure. Questi dati spiegano il motivo e la necessità di estendere i follow-up oltre i primi 3 anni di vita (fino ai 14-16 anni) cosa che oggi non accade e di intercettare subito le patologie, altro problema ormai avvertito del sistema sanitario nazionale su tutte le patologie psichiche dei minori.
Dai dati dei Servizi per le Dipendenze (SerD) e dai rapporti CedAP del Ministero della Salute è possibile inoltre ricavare il profilo materno del neonato in SAN, in maggioranza un soggetto con un background di vulnerabilità cronica ed emarginazione sociale o economica che solitamente viene intercettato e monitorato dai servizi sociali e sanitari prima del parto. Esiste poi un sommerso di tossicodipendenza non dichiarata, legata all'uso combinato di varie sostanze e psicofarmaci nel quale il monitoraggio prenatale è praticamente nullo. E infine una dipendenza da farmaci da prescrizione, un segmento meno visibile ma in costante crescita, composto da donne di classe medio-alta che assumono regolarmente psicofarmaci, antidepressivi o ansiolitici, o analgesici oppioidi prescritti per patologie croniche, senza un'adeguata rimodulazione della terapia durante la gestazione.
Per quanto riguarda il profilo dei neonati, i bambini nati da madri con dipendenze presentano fragilità cliniche precise e ricorrenti: Spesso sono prematuri e nascono sotto peso, manifestano ipereccitabilità, tremori, pianto stridulo e inconsolabile, disturbi del sonno e difficoltà di suzione che compromettono l'alimentazione.

Sviluppano spesso comorbilità infettive o infezioni correlate agli stili di vita materni compresa l'esposizione a virus come HCV, HBV o HIV..
In Italia l'incidenza dei casi segue la densità urbana e la presenza delle grandi piazze di spaccio storiche o emergenti. I grandi centri urbani registrano il maggior numero assoluto di casi. A Milano e nell'hinterland nascono circa 25-30 bimbi all'anno trattati nelle sole terapie intensive locali. A Roma e Napoli, nei grandi ospedali dove esistono centri dedicati al trattato della SAN, ad esempio il Casilino a Roma o i grandi policlinici napoletani, la media è di 20 casi annui per singola struttura complessa. A Firenze l'ospedale di Careggi ha una media di 10-12 casi all'anno.

Le difficoltà della cura

L'attivazione del Tribunale per i Minorenni avviene al momento della segnalazione obbligatoria da parte dell'ospedale. Da quel momento si aprono tre strade:
1. Il non riconoscimento alla nascita (Adottabilità immediata)
Rappresenta la percentuale più bassa ma giuridicamente più lineare. La madre esercita il diritto al parto in anonimato. Il neonato, una volta superata la fase acuta dell'astinenza in Terapia Intensiva Neonatale (TIN), viene dichiarato immediatamente adottabile. L'abbinamento con la famiglia adottiva avviene nel giro di poche settimane.
2. La presa in carico e il rientro vigilato (Il percorso prioritario)
Se la madre è già inserita in un percorso di recupero presso il SerD ed esprime la volontà di tenere il bambino: Il Tribunale limita temporaneamente la responsabilità genitoriale. Dispone l'inserimento del nucleo (mamma-bambino) in una comunità terapeutica integrata. Se il nucleo tiene e la madre rispetta il programma di disintossicazione, il bambino resta con la famiglia d'origine sotto la vigilanza dei servizi sociali territoriali.
3. L'affido temporaneo che diventa adozione (Il "limbo" giuridico)
Se la madre non è in grado di garantire le cure primarie, ma non si configura ancora un abbandono definitivo e irreversibile, il neonato viene inserito in un affidamento familiare d'urgenza o in una comunità per minori.
Il Tribunale concede alla madre un tempo determinato per dimostrare un reale cambiamento (disintossicazione, inserimento lavorativo, recupero delle capacità genitoriali). Se il recupero fallisce e il nucleo familiare d'origine (compresi i parenti entro il quarto grado) si dimostra definitivamente inadeguato, il Tribunale dichiara lo stato di adottabilità. Questo processo può richiedere diversi anni, trasformando l'affido temporaneo in una transizione verso l'adozione nazionale.
In Italia spesso il passato del minore è invisibile Durante il passaggio dal Tribunale per i Minorenni alla famiglia affidataria o adottiva, il passato sanitario legato alle dipendenze della madre biologica viene spesso omesso o trattato con estrema riserva per tutelare la privacy e la neutralità dell'inizio del nuovo percorso familiare. La conseguenza è che spesso la nuova famiglia, o la comunità accoglie un bambino senza sapere che ha subito un'esposizione prenatale a sostanze e senza avere nessuna preparazione per farlo. Quando a 5 o 6 anni emergono i primi deficit attentivi o di apprendimento, i genitori e i medici brancolano nel buio, attribuendo i problemi a fattori puramente psicologici o relazionali, ritardando di anni la riabilitazione neuropsichiatrica.
Il tracciamento sanitario è essenziale per curare il bambino: nascondere il passato clinico del neonato per stigma o burocrazia significa privare la nuova famiglia degli strumenti per crescerlo.
Nel contesto italiano i casi di NAS registrati nei reparti di neonatologia tra la fine degli anni Novanta e gli anni Duemila erano riconducibili quasi interamente all'eroina da strada, assunta per via endovenosa o inalatoria da madri inserite in contesti di grave marginalità sociale o tossicodipendenza cronica. Dall'inizio degli anni 2000 le dipendenze sono mutate, e dalla sola eroina si è passati al "policonsumo" di sostanze, alcol, benzodiazepine, cocaina, droghe sintetiche, rendendo il quadro clinico delle madri dipendenti e della SAN particolarmente complesso da gestire.

Sul fronte dei trattamenti sostitutivi le donne incinte con dipendenza da eroina vengono prese in carico dai SerT, Servizi per le Tossicodipendenze, oggi SerD, servizi per le dipendenze, e stabilizzate con il metadone. In Italia la NAS è di fatto un potenziale indicatore epidemiologico legato soprattutto alla fragilità e alla marginalità sociale, alla tossicodipendenza da strada e al consumo di eroina.
Il punto debole del sistema italiano, particolarmente evidente nella cura dei disturbi psichici, è nella fase successiva del percorso della fase acuta, che deriva dalla frammentazione e dalla diversità tra le diverse aree del paese.
I dati nazionali di sistema di cura dei minori con problemi psichiatrici e disagio psichico mostrano chiaramente che le NPI rappresentano un imbuto del sistema italiano che come è noto non funziona nello stesso modo in tutte le regioni del paese.
Secondo i dati della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA), in Italia solo 1 bambino su 3 tra quelli che necessitano di una presa in carico neuropsichiatrica riesce ad accedere ai servizi pubblici. I tempi medi di attesa per una prima visita o per l'avvio delle terapie, logopedia, psicomotricità, presa in carico psicologica o test diagnostici, oscillano ordinariamente tra i 12 e i 18 mesi.
In un sistema così saturo, l'accesso avviene quasi esclusivamente "a chiamata", quando la patologia o il disturbo comportamentale sono già conclamati a scuola o in famiglia. Ed in questo sistema saturato dall'aumento dei casi di minori con disagi, salvo rare eccezioni non esistono di fatto corsie riservate alla prevenzione precoce per i nati da gravidanza a rischio o con storia di SAN, salvo rarissime eccezioni.

A livello nazionale, i posti letto dedicati alla NPI sono storicamente insufficienti e distribuiti in modo estremamente disomogeneo tra le regioni. Questo costringe le strutture a gestire quasi soltanto le emergenze psichiatriche acute o i casi di contenimento, per cui il lavoro di accompagnamento e riabilitazione sul territorio è costantemente oggetto di tagli e pressioni di ogni tipo.
L'Italia quindi gestisce la fase acuta della nascita con l'eccellenza delle Terapie Intensive Neonatali, ma poi immette questi bambini in un circuito di prevenzione territoriale (la NPI) che viaggia con liste d'attesa medie di oltre un anno e mezzo: un ritardo diagnostico di 12-18 mesi nella fascia 3-6 anni significa perdere la finestra d'oro della plasticità cerebrale, trasformando un deficit correggibile nel rischio di una disabilità permanente. Il tema dei LEA in Italia è annoso: i Livelli Essenziali di Assistenza sono oggi nella maggior parte delle regioni italiane un principio teorico che contrasta con i dati ufficiali sulla mancata erogazione delle prestazioni garantite per legge. Nel caso della NPI, la legge prevede che una valutazione neuropsichiatrica o un intervento riabilitativo debbano avvenire entro 30 o 60 giorni dalla richiesta, eppure i report ufficiali della SINPIA o del Ministero registrano attese reali di 12-18 mesi, e paradossalmente è lo Stato stesso a certificare la propria inadempienza. Documentare inoltre che i LEA per la salute mentale infantile vengono garantiti solo in una frazione di regioni italiane è la prova del fallimento del sistema, senza bisogno di ulteriori commenti.
Il sistema socio-sanitario italiano i linea generale applica spesso una logica contabile miope, che non consente di uscire dalla gestione dell'emergenza, per altro di assoluta eccellenza. Il tema della spesa per la salute mentale dei minori è un esempio di come la spesa pubblica in sanità dovrebbe fare il salto di qualità e orientarsi sulla prevenzione anziché sulla cura dell'emergenza. Ricoverare un neonato in Terapia Intensiva Neonatale o un adolescente in acuzie ha costi giornalieri elevatissimi per la collettività, centinaia di euro al giorno per quei pochi posti letto disponibili. Spendere in prevenzione da questo punto di vista equivale a investire: tagliare sulle figure territoriali e sulla manutenzione delle strutture non produce un risparmio: produce semplicemente un costo quadruplicato pochi anni dopo, quando l'assenza di prevenzione trasforma un problema gestibile in una patologia cronica o peggio in una preso in carico giudiziaria.

Intervenire sulla sola emergenza inoltre equivale a scaricare sulle famiglie buona parte dei costi della cura. In questo senso una delle prove che il sistema fatichi sta nel trasferimento del carico assistenziale dal pubblico al privato, in questo caso alle famiglie, con gli svantaggi del caso per le fasce povere e quelle dei meno abbienti. Un bambino che presenta deficit dello sviluppo a 4 anni riceve un supporto tempestivo solo se la famiglia ha le risorse economiche per pagare privatamente 100-200 euro a settimana di terapie private. Se la famiglia non ha quelle risorse, il bambino resta indietro. Questa "delega alle famiglie" dimostra che la sostenibilità del sistema sanitario si regge interamente sulla resistenza fisica, psicologica ed economica dei caregiver, lo stesso soggetto che oggi secondo la nuova legge ad hoc voluta dal governo dovrebbe essere i regista della cura dell'assistito. La realtà racconta una storia diversa, in un contesto che per molte ragioni attrae resa una fase di transizione molto complessa e delicata.

Il nostro paese segue modelli e processi diversi da quelli americani ma differenti anche da quelli francesi. Sul piano strettamente clinico e dell'emergenza neonatale, nelle Terapie Intensive Neonatali (TIN), l'applicazione della scala Finnegan, il monitoraggio dei parametri vitali e i protocolli di svezzamento farmacologico avanzato (morfina, metadone) garantiscono la stabilizzazione e la sopravvivenza della gestante e del neonato in astinenza acuta.

Abbiamo detto che Il sistema si interrompe al momento della dimissione, anche perché in Italia non esiste un Registro Nazionale sulla Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN), né una banca dati unica che tracci le uscite ospedaliere per esposizione intrauterina a sostanze. Questa carenza di dati ufficiali rilevano quasi esclusivamente i casi conclamati da oppioidi in madri note ai SerD, lasciando nell'ombra il policonsumo, l'alcolismo materno e l'assunzione di psicofarmaci o sostanze sintetiche non dichiarate al momento del parto.
La gestione della SAN è affidata alle regioni o alle singole aziende sanitarie locali. Esperienze isolate di presa in carico integrata, come quelle sviluppate al Policlinico Casilino di Roma o all'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli, nascono dalla pressione dell'emergenza locale e dall'iniziativa di singole équipe mediche, anziché da una direttiva nazionale. I protocolli ospedalieri tipo coprono la finestra clinica fino ai 12-24 mesi di vita, limitandosi ai parametri di crescita e al primo sviluppo motorio. Nessun protocollo sanitario nazionale presidia la fascia d'età tra i 3 e i 6 anni, la finestra temporale decisiva in cui emergono i danni neuro-comportamentali complessi, dai deficit dell'attenzione (ADHD) ai disturbi del linguaggio e delle funzioni esecutive.

C'è poi un secondo aspetto che riguarda il percorso dei nuclei famigliari, o almeno della diede madre bambino. Se negli Stati Uniti i minori in NAS vengono quasi sempre separati dalle madri e affidati ad altre famiglie o ai nonni, in Italia accade spesso che la mancanza di un protocollo nazionale post-dimissione tracciabile ricada sui percorsi di adozione e affido che riguardano questi bambini. Quando un bambino esposto a sostanze in fase prenatale viene dichiarato adottabile, la scheda sanitaria rilasciata ai genitori adottivi riporta spesso unicamente la risoluzione della fase acuta in Terapia Intensiva. DI solito non c'è una diagnosi anamnestica completa o una scheda di rischio neuro-evolutivo, cosa che costringe le famiglie a gestire in solitudine la comparsa improvvisa di disturbi comportamentali o cognitivi attorno ai 4-5 anni di età. Non esistendo una corsia sanitaria preferenziale per questi minori, il carico economico e assistenziale per i test neuropsicologici, le terapie logopediche e il supporto psicologico viene interamente privatizzato, ricadendo sul bilancio familiare e sulla capacità di tenuta dei genitori.

L’altro caso riguarda le comunità terapeutiche e di pronta accoglienza e le “disintossicazioni condizionate” pensate per i nuclei madre-bambino. Il percorso di recupero della madre dipendente è condizionato dal ripristino delle competenze genitoriali e dalla prosecuzione delle terapie farmacologiche sostitutive (metadone, buprenorfina).
In assenza di una presa in carico sanitaria integrata tra SerD territoriali, reparto di Neuropsichiatria Infantile e struttura di accoglienza, la gestione delle crisi astienziali del minore o della sua iperattività neuro-comportamentale si sovrappone ai tempi di disintossicazione della madre. Questo cortocircuito provoca frequentemente l'interruzione del percorso terapeutico comunitario, con il conseguente allontanamento definitivo del bambino dal nucleo d'origine.
Un ulteriore e potenziale esito del sistema è di natura giuridico-amministrativa. L'incertezza sulla diagnosi precoce dei danni da esposizione prenatale e la mancanza di una rete di supporto territoriale rallentano Sun molti casi le valutazioni idonee da parte dei Tribunali per i Minorenni.
I bambini rimangono bloccati nelle strutture di accoglienza o nelle comunità per periodi ben superiori ai limiti previsti dalla Legge (la 184 del 1983) In assenza di un fascicolo sanitario e sociale chiaro che ne certifichi le reali esigenze di cura, i tempi della decretazione giudiziaria si dilatano, sottraendo ai minori la finestra temporale più idonea per un inserimento familiare definitivo o nei casi estremi di una cura appropriata.

Dal momento che la SAN determina disturbi psichici anche gravi, tutte le carenza relative all tracciamento precoce si sommano all’inadeguatezza della Neuropsichiatria Infantile (NPI) territoriale, in particolare quella ospedaliera, largamente insufficiente nell’offerta di opportunità di cura rispetto alle reali esigenze della popolazione. I dati della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) indicano che solo un bambino su tre tra quelli che necessitano di presa in carico specialistica riesce ad accedere ai servizi pubblici. I tempi d'attesa per una prima visita o per l'avvio dei percorsi riabilitativi oscillano mediamente tra i 12 e i 18 mesi.
Per un bambino esposto a sostanze in fase prenatale, un ritardo di un anno e mezzo nella diagnosi e nel trattamento dei disturbi delle funzioni esecutive significa perdere la finestra di massima plasticità cerebrale (3-6 anni). Il mancato intervento preventivo trasforma una vulnerabilità trattabile in un deficit permanente, i cui costi sanitari, scolastici e sociali si ripercuoteranno sull'intera collettività nei decenni successivi.
La conclusione è che la sanità Italiana è formidabile ed eccellente nel salvare vite, comprese quelle dei neonati ai neonati in crisi d'astinenza acuta e delle madri, ma non ha un sistema per sostenere progetti di cura e reinserimento a medio e lungo termine. Lo stesso capita ormai sulla maggior parte delle patologie. Il tema in altri termini è piu generale e riguarda le cronicità, la cura diffusa e la delega alle famiglie dell’onere dell’assistenza o delle viste specialistiche.
Tra la precisione clinica della Terapia Intensiva Neonatale e la cronicizzazione del danno in età scolastica c’è tra l’altro un vuoto istituzionale fatto di dati mancanti, protocolli interrotti e famiglie lasciate sole. Senza un Registro Nazionale e una rete integrata di monitoraggio nei primi 1000 giorni di vita, la tutela della salute di questi minori non è più un diritto garantito dalla Repubblica, ma una concessione affidata al caso e alle risorse del singolo nucleo familiare.


PEDIATRICO
RICORSO

Quanto costa non curare

Esiste da poco un filone di studi scientifici e clinici sugli adolescenti SAN consolidato, nato prevalentemente negli Stati Uniti (dove la coorte di nati da oppioidi ha raggiunto l'età adulta) e recepito progressivamente dalla letteratura neuropsichiatrica europea e italiana.
In ambito medico e neuropsichiatrico, il fenomeno dei nati con SAN/NAS non presi in carico nel lungo periodo rientra nella categoria dei ND-PAE (Neurobehavioral Disorder Associated with Prenatal Alcohol Exposure / Prenatal Substance Exposure) e nell'alveo dei deficit dello sviluppo neuroevolutivo da esposizione prenatale a sostanze.
Dai report emergono evidenze scientifiche molto precise.
Innanzitutto si prova a quantificare il costo del "buco nero" in adolescenza.
I dati longitudinali che derivano dagli studi che seguono i bambini dalla nascita fino ai 18-20 anni confermano che la SAN non è un evento acuto che si esaurisce con la disintossicazione in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). L'assenza di un follow-up neuropsichiatrico nei primi anni di vita esplode sistematicamente durante la fase adolescenziale. I principali filoni di ricerca evidenziano quattro aree mediche e diagnostiche di impatto strutturale:.
Le Funzioni Esecutive e l'ADHD "Resistente". Studi della American Academy of Pediatrics e del National Institute on Drug Abuse (NIDA) documentano che gli adolescenti con storia di SAN mai tracciata presentano tassi significativamente più alti di Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD), deficit della memoria di lavoro e scarsa tolleranza alla frustrazione. Spesso questi ragazzi ricevono diagnosi generiche di ADHD senza che si conosca l'anamnesi prenatale, con scarsa risposta ai trattamenti convenzionali.
Il fallimento scolastico e il Drop-out. Ricerche condotte su ampie coorti scolastiche (tra cui importanti studi longitudinali in Australia e negli USA) mostrano che oltre il 50% degli adolescenti con pregresso trauma neurocomportamentale da sostanze necessita di sostegno educativo o abbandona prematuramente la scuola secondaria per incapacità di coordinamento visuo-spaziale e di astrazione logica.
La Regolazione emotiva e Disturbi della Condotta. La mancanza di interventi precoci di neuropsicomotricità e supporto genitoriale porta, in adolescenza, a un'alta incidenza di Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), disturbi dell'umore e disregolazione emotiva grave, spesso scambiati per semplice "disagio giovanile" o "ribellione".
La vulnerabilità alla dipendenza, altrimenti detta "Vulnerabilità Biologica". È il dato clinico più rilevante e preoccupante: l'esposizione prenatale agli oppioidi altera lo sviluppo dei recettori dopaminergici e del sistema oppioide endogeno nel cervello fetale. Senza una rete di protezione socio-sanitaria, questi adolescenti hanno un rischio statisticamente molto più elevato di sviluppare a loro volta una dipendenza da sostanze in età giovanile.
Riportando questi studi al contesto italiano si ritorna al tema più generale della Neuropsichiatria Infantile nel nostro paese.
In Italia non esiste uno studio longitudinale nazionale strutturato semplicemente perché manca il dato primario: a causa del vuoto burocratico e delle norme sulla privacy nelle adozioni/affidamenti, la cartella clinica neonatale non segue il minore.
La letteratura prodotta dalla SINPIA (Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza) e i report dei Servizi per le Dipendenze (SerD) mettono in luce questo problema,

Gli studi internazionali e le rilevazioni cliniche territoriali dimostrano una verità contabile e sociale: il risparmio apparente sulla mancata tracciabilità della SAN si traduce in un costo moltiplicato per dieci in età adolescenziale. Un neonato non seguito da un'équipe multidisciplinare fino all'età scolare diventa un adolescente che pesa sulle strutture di neuropsichiatria d'urgenza, sul sistema giudiziario minorile e sulle comunità terapeutiche. La "rimozione" burocratica della diagnosi alla nascita non cancella l'impronta neurobiologica del farmaco/sostanza, ma ne sposta semplicemente le conseguenze nel tempo, trasformando un problema clinico risolvibile in una patologia sociale cronica

L'assenza di un tracciamento nazionale post-dimissione per i neonati affetti da Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN/NAS) trasforma un'emergenza clinica perinatale in un debito strutturale per la spesa pubblica ed in un costo sociale molto alto. Le evidenze della letteratura neuropsichiatrica internazionale (NIDA, CDC) e la casistica territoriale della Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPI) individuano la parabola dei costi sociali e sanitari generati dal mancato follow-up lungo quattro fasi evolutive:

0–3 anni. La disintossicazione acuta in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) risolve il sintomo astinenziale immediato. Senza protocolli di neuropsicomotricità precoce e supporto alla genitorialità fragile, le alterazioni nell'architettura dei recettori dopaminergici ed endogeni non vengono compensate.

6–10 anni. All'ingresso nella scuola primaria, l'esposizione prenatale non tracciata si manifesta sotto forma di Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) farmacoresistente, deficit della memoria di lavoro e disprassia. In assenza di diagnosi eziologica — spesso cancellata nei passaggi di adozione o affido dal vuoto burocratico sulla privacy — il sistema educativo interviene con sostegno scolastico tardivo e diagnosi generiche di BES/DSA.

12–18 anni. In adolescenza, il danno neurocomportamentale non trattato evolve in Disturbo Oppositivo Provocatorio (DOP), grave disregolazione emotiva e abbandono scolastico precoce. Le coorti di nati SAN mai tracciati mostrano tassi sproporzionatamente alti di presa in carico d'urgenza presso i servizi di NPI e di ingresso nel circuito della giustizia minorile.

Età giovanile coincide con la vulnerabilità biologica. L'impronta neurobiologica della sostanza in utero aumenta statisticamente il rischio di ricaduta nella dipendenza primaria durante la giovinezza. Il paziente non tracciato da neonato rientra nel sistema sanitario vent'anni dopo, come utente cronico dei Servizi per le Dipendenze (SerD).

Il bilancio economico: Il risparmio immediato generato dalla mancata istituzione di un Registro Nazionale SAN e dalla disattenzione verso i protocolli di follow-up si traduce in un fatturato di spesa differito a carico di scuola, sanità territoriale, giustizia minorile e assistenza sociale. L'inazione burocratica non azzera la spesa: ne sposta semplicemente la voce di bilancio dal capitolo "Prevenzione" a quello "Emergenza". I costi della mancata cura comprendono i costi diretti immediati, sanitari e assistenziali, e i costi sociali differiti a lungo termine.

Il costo della cura immediata consiste soprattutto nella presa in carico del neonato nei primi mesi di vita che comportano la cura nella fase acuta in ospedale nei reparti di Neonatologia. La gestione clinica del ricovero di un neonato con SAN in Terapia Intensiva Neonatale, calcolata su degenza media di 20-30 giorni per lo svezzamento dai farmaci ha un costo stimato per il Sistema Sanitario Nazionale compreso tra 10.000 e 20.000 euro.

Il supporto territoriale e socio-educativo, da 0 a 3 anni può comportare un inserimento del nucleo in una Comunità Mamma-Bambino, con un costo della retta giornaliera a carico dei Comuni di circa 120-150 euro al giorno, circa 45.000–55.000 euro all'anno per nucleo. L'affido etero-familiare o parentale costa al Comune tra i 400 e i 700 euro al mese, circa 5.000–8.000 euro all'anno. Nel caso di adozione o di rientro nel nucleo familiare la pubblica amministrazione scarica l'onere della cura sulle famiglie.
L'impatto differito equivale ai costi che derivano dal non curare subito dopo le fasi acute. La mancata presa in carico tempestiva delle alterazioni neuro-comportamentali, ad esempio quadri non diagnosticati di FASD, ADHD grave, disturbi della condotta, e del contesto familiare problematico sposta la spesa pubblica sulle fasi successive della vita. Si va da un potenziale inserimento in comunità per minori in età scolare e nel corso dell'adolescenza nel caso in cui il nucleo familiare crolli negli anni successivi, alla presa in carico nella neuropsichiatria infantile al sostegno scolastico. Presa in carico tardiva per ritardi cognitivi o disturbi dell'apprendimento e affiancamento di
Un insegnante di sostegno ha un costo medio per la finanza pubblica di circa 15.000/20.000 euro annui per alunno. Il collocamento del minore in una comunità educativa h24 costa alla collettività tra 100 e 150 euro al giorno, circa 36.000–54.000 euro all'anno per singolo ragazzo, con permanenze medie di 2-4 anni.
Esiste poi un costo sociale della malattia nell'età adulta: La mancata prevenzione primaria eleva i tassi di abbandono scolastico, marginalità, dipendenza cronica, con conseguente carico sui SerD del sistema sanitario nazionale e nei casi peggiori gravi patologie concomitanti con processi di esclusione e marginalità si arriva all'inserimento nel circuito della cura della tossicodipendenza o della giustizia penale. I dati recenti sull'uso di farmaci psicotropi e alcuni report sulla salute mentale dei detenuti rivelano un'altissima concentrazione di disturbi psichiatrici anche gravi che si aggravano con la privazione della libertà ma preesistenti alla detenzione.
Il saldo netto quindi analizzando i dati di economia sanitaria evidenziano che la prevenzione e la stabilizzazione precoce (supporto alla gravidanza e intervento integrato nei primi 1.000 giorni di vita) generano un risparmio netto sul lungo periodo: 1 euro investito nella primissima infanzia e nel supporto genitoriale fa risparmiare tra i 4 e i 7 euro di spesa sociale e sanitaria.
Dal punto di vista del sistema sanitario in termini medico-clinici stretti, il 100% dei neonati viene trattato nella fase dell'emergenza che coincide con il parto e lo svezzamento farmacologico. La Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN) è un quadro acuto, transitorio e interamente curabile. Attraverso il trattamento farmacologico graduale svolto in Neonatologia o Terapia Intensiva Neonatale con l'uso di dosi a scalare di morfina o metadone e il supporto assistenziale, il neonato supera la fase critica d'astinenza nel giro di 2-6 settimane dalla nascita, senza esiti di dipendenza fisica residua.
Il vero nodo riguarda il prosieguo dello sviluppo e l'eventuale presenza di danni non reversibili legati alla gravidanza. In generale Disturbi del neurosviluppo a lungo termine: Una quota compresa tra il 30% e il 40% dei bambini nati con SAN presenta negli anni successivi (età prescolare e scolare) fragilità neuro-comportamentali. Non si tratta di "mancata guarigione" dalla SAN, ma delle conseguenze dell'esposizione prenatale alle sostanze o dell'eventuale sovrapposizione con la FASD (Sindrome Feto-Alcolica). Tra le sequele più frequenti figurano il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), ritardi del linguaggio, disturbi dell'elaborazione sensoriale e difficoltà di regolazione emotiva.

La letteratura pediatrica evidenzia che la prognosi evolutiva a lungo termine non dipende tanto dalla gravità della crisi d'astinenza iniziale, quanto dalla stabilità del contesto di crescita. Un bambino nato con SAN inserito in un ambiente familiare stabile e protettivo (sia esso biologico supportato, affidatario o adottivo) e seguito da programmi di stimolazione precoce mostra tassi di recupero e sviluppo cognitivo sovrapponibili a quelli della popolazione generale.
La SAN è dunque una condizione da cui si guarisce sul piano clinico; l'esito a lungo termine è determinato dalla qualità della presa in carico socio-sanitaria nei primi 1.000 giorni di vita.
I dati epidemiologici ed eziologici indicano che i casi di veri e propri esiti invalidanti cronici o disabilità permanenti (con presa in carico socio-sanitaria continuativa per tutta la vita) riguardano una quota stimata tra il 5% e il 10% dei neonati esposti.
La cronicizzazione o il danno permanente non sono causati dalla crisi d'astinenza in sé (SAN), ma dall'azione teratogena e citotossica diretta esercitata dalle sostanze sugli organi in fase di sviluppo durante la gravidanza:
La sovrapposizione con la FASD (Spettro dei Disordini Feto-Alcolici) è la causa principale di cronicizzazione. L'alcol è un agente teratogeno diretto: quando all'abuso di oppioidi si associa l'alcolismo materno (frequente nei contesti di policonsumo), una quota compresa tra il 5% e il 12% dei nati sviluppa la FAS (Sindrome Feto-Alcolica) o forme severe di FASD. In questi casi si registrano microcefalia, dismorfismi facciali, ritardo mentale e deficit cognitivi irreversibili.
La cocaina e gli anfetaminici provocano vasocostrizione e ipossia fetale. Questo meccanismo determina complicanze strutturali permanenti, lesioni della sostanza bianca, emorragie cerebrali, esiti di paralisi cerebrale infantile o forme di epilessia secondaria, in circa il 3-5% dei casi di esposizione grave. Una percentuale rilevante di madri con tossicodipendenza cronica presenta coinfezioni da HIV o Epatite C (HCV). Il rischio di trasmissione verticale non intercettato comporta patologie infettive croniche ad impatto permanente. Gli oppioidi e la cocaina aumentano il tasso di parto prematuro grave, sotto le 32 settimane. In questo sottogruppo, le complicanze croniche, danni polmonari, retinopatia della prematurità, deficit motori, derivano dalla prematurità anziché dalla tossicità della sostanza in sé.
I danni cerebrali strutturali o funzionali provocati dalle sostanze in gravidanza (es. FASD o lesioni ipossiche) rientrano formalmente nel catalogo delle patologie del neurosviluppo registrate dalla Neuropsichiatria Infantile (NPI).

Il peso dell'ambiente (epigenetica e trauma), ed i fattori di rischio associati alla tossicodipendenza genitoriale (instabilità socio-economica, trascuratezza, eventi traumatici) sono gli stessi determinanti ambientali che elevano l'incidenza di disturbi psichiatrici generali (disturbi del comportamento, depressione infantile, disturbi dell'adattamento). I minori con complicanze da SAN croniche e i minori con patologie psichiatriche ordinarie impattano sulle medesime strutture pubbliche: la rete di Neuropsichiatria Infantile (NPI), le ore di sostegno scolastico, l'assistenza educativa domiciliare (ADE) e l'eventuale ricovero in comunità terapeutiche o riabilitative.
Il 5-10% di esiti cronicizzanti nella SAN si colloca dunque all'interno della stessa fascia di gravità che la psichiatria infantile registra per i quadri complessi e disabilitanti nella popolazione generale.

La letteratura pediatrica evidenzia che la prognosi evolutiva a lungo termine non dipende tanto dalla gravità della crisi d'astinenza iniziale, quanto dalla stabilità del contesto di crescita. Un bambino nato con SAN inserito in un ambiente familiare stabile e protettivo (sia esso biologico supportato, affidatario o adottivo) e seguito da programmi di stimolazione precoce mostra tassi di recupero e sviluppo cognitivo sovrapponibili a quelli della popolazione generale.
La SAN è dunque una condizione da cui si guarisce sul piano clinico; l'esito a lungo termine è determinato dalla qualità della presa in carico socio-sanitaria nei primi 1.000 giorni di vita. I dati epidemiologici ed eziologici indicano che i casi di veri e propri esiti invalidanti cronici o disabilità permanenti (con presa in carico socio-sanitaria continuativa per tutta la vita) riguardano una quota stimata tra il 5% e il 10% dei neonati esposti. La cronicizzazione o il danno permanente non sono causati dalla crisi d'astinenza in sé (SAN), ma dall'azione teratogena e citotossica diretta esercitata dalle sostanze sugli organi in fase di sviluppo durante la gravidanza:
La sovrapposizione con la FASD (Spettro dei Disordini Feto-Alcolici) è la causa principale di cronicizzazione. L'alcol è un agente teratogeno diretto: quando all'abuso di oppioidi si associa l'alcolismo materno (frequente nei contesti di policonsumo), una quota compresa tra il 5% e il 12% dei nati sviluppa la FAS (Sindrome Feto-Alcolica) o forme severe di FASD. In questi casi si registrano microcefalia, dismorfismi facciali, ritardo mentale e deficit cognitivi irreversibili.
La cocaina e gli anfetaminici provocano vasocostrizione e ipossia fetale. Questo meccanismo determina complicanze strutturali permanenti, lesioni della sostanza bianca, emorragie cerebrali, esiti di paralisi cerebrale infantile o forme di epilessia secondaria, in circa il 3-5% dei casi di esposizione grave.
Una percentuale rilevante di madri con tossicodipendenza cronica presenta coinfezioni da HIV o Epatite C (HCV). Il rischio di trasmissione verticale non intercettato comporta patologie infettive croniche ad impatto permanente.
Gli oppioidi e la cocaina aumentano il tasso di parto prematuro grave, sotto le 32 settimane. In questo sottogruppo, le complicanze croniche, danni polmonari, retinopatia della prematurità, deficit motori, derivano dalla prematurità anziché dalla tossicità della sostanza in sé.
I danni cerebrali strutturali o funzionali provocati dalle sostanze in gravidanza (es. FASD o lesioni ipossiche) rientrano formalmente nel catalogo delle patologie del neurosviluppo registrate dalla Neuropsichiatria Infantile (NPI).
Il peso dell'ambiente (epigenetica e trauma), ed i fattori di rischio associati alla tossicodipendenza genitoriale (instabilità socio-economica, trascuratezza, eventi traumatici) sono gli stessi determinanti ambientali che elevano l'incidenza di disturbi psichiatrici generali (disturbi del comportamento, depressione infantile, disturbi dell'adattamento).
I minori con complicanze da SAN croniche e i minori con patologie psichiatriche ordinarie impattano sulle medesime strutture pubbliche: la rete di Neuropsichiatria Infantile (NPI), le ore di sostegno scolastico, l'assistenza educativa domiciliare (ADE) e l'eventuale ricovero in comunità terapeutiche o riabilitative.
Il 5-10% di esiti cronicizzanti nella SAN si colloca dunque all'interno della stessa fascia di gravità che la psichiatria infantile registra per i quadri complessi e disabilitanti nella popolazione generale.



Le fonti

Fonti istituzionali e stime epidemiologiche:
Società Italiana di Neonatologia (SIN): Gruppo di Studio sul Neonato da Madre Tossicodipendente, Standard di assistenza e linee guida per la gestione del neonato esposto a sostanze d'abuso, Indagini campionarie nazionali Punti Nascita/TIN.
Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA): Report sulla salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia, Dati sulla prevalenza dei disturbi del neurosviluppo e fabbisogno di sostegno scolastico.
Ministero della Salute: Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Capitoli relativi alle utenze femminili SerD e ai dati SDO per diagnosi ICD-9-CM 779.5 "Sindrome da astinenza neonatale").
Bibliografia scientifica di riferimento:
Hudak, M. L., & Tan, R. C. (American Academy of Pediatrics): Neonatal Drug Withdrawal, Pediatrics, 129(2), e540-e553 (Studio cardine sui tassi di recupero acuto, complicanze a lungo termine ed efficacia dei protocolli di svezamento).
Chasnoff, I. J., et al.: Prenatal Drug Exposure, Neurodevelopmental Outcomes, and Early Intervention, Journal of Perinatology (Analisi clinico-evolutiva sull'impatto dell'ambiente di crescita e incidenza delle patologie cronicizzanti/FASD).
Bizzarro, M. J., et al.: Long-term outcomes of infants with neonatal abstinence syndrome, Seminars in Perinatology (Letteratura di riferimento sull'incidenza delle fragilità neuro-comportamentali in età scolare).
Relazioni istituzionali su dipendenze e giustizia minorile:
Dipartimento Politiche Antidroga (Presidenza del Consiglio dei Ministri): Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia (Sezioni relative all'utenza femminile nei SerD, genitorialità complessa e dati SDO per codice ICD-9-CM 779.5 "Sindrome da astinenza neonatale").
Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità: Rapporto statistico sulla devianza e sulla protezione dei minori (Dati relativi agli interventi civili e amministrativi per condotta pregiudizievole dei genitori e segnalazioni ai Servizi Sociali).
Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni (Milano / Roma): Relazioni per l'inaugurazione dell'Anno Giudiziario (Capitoli dedicati ai protocolli d'intesa con le ASL/Aziende Ospedaliere per la segnalazione dei "Bambini Fragili" e alle tutele d'urgenza ex art. 403 c.c.).

La scimmia sulla culla

In Italia il tema della SAN resta blindato all'interno di un doppio stigma sociale che caratterizza le società di tutto il mondo, non solo la nostra. I numeri di Francia e Italia sono imparagonabili rispetto a quelli americani, ma resta il sospetto fondato che il fenomeno in Europa sia in buona parte sommerso o sottovalutato, e che l'aumento del disagio psichico potrebbe avere aumentare il numero di neonati in sindrome da astinenza neonatale nel medio e breve periodo.
Sul piano del giornalismo d'inchiesta sul tema della SAN in Italia, l'unico lavoro pubblicato è "La scimmia sulla culla" (Edizioni Paoline, 2021) di Angela Iantosca, un lavoro notevole vista la difficoltà di trovare i dati e considerata la delicatezza del tema nel nostro contetso.
Il suo libro inchiesta parte dal binomio maternità-tossicodipendenza e dalla gestione dei neonati in astinenza. In Italia la tossicodipendenza femminile e a maggior ragione quella in gravidanza soffre di una rimozione culturale fortissima. Raccontarla richiede un lavoro sul campo lungo e complesso (tra reparti di TIN, servizi sociali e comunità), che l'editoria generalista affronta raramente proprio per lo stigma che circonda il tema. La mancanza di dati centralizzati e di un Registro Nazionale sulla SAN rende estremamente difficile ricostruire la mappa del fenomeno. Eppure la Iantosca è riuscita a farlo procedendo "a ragnatela", ossia mettendo insieme le singole esperienze dei reparti ospedalieri, delle comunità terapeutiche per madri e bambini e delle testimonianze dirette.
Il libro della Iantosca rappresenta uno dei pochissimi lavori giornalistici strutturati in Italia dedicati interamente al tema. Il libro dà corpo al lavoro delle comunità terapeutiche attraverso le testimonianze dirette raccolte nelle comunità terapeutiche e nei reparti di neonatologia italiani, mettendo in evidenza le difficoltà delle madri nel percorso di recupero e le falle nella presa in carico integrata. un viaggio tra i reparti di neonatologia e le comunità terapeutiche che mostra come la Sindrome da Astinenza Neonatale non sia un'emergenza d'oltreoceano, ma una realtà quotidiana e spesso invisibile della sanità italiana.
Ne "La scimmia sulla culla" la tesi centrale dell'autrice è che la dipendenza in gravidanza non è una colpa morale né un fallimento genitoriale immodificabile, ma l'esito di fragilità e traumi giovanili mai presi in carico dal sistema pubblico. Criminalizzare o stigmatizzare la madre significa condannare a morte sociale sia lei sia il neonato. La rimozione della patria potestà, se usata come prima o unica risposta, è una scorciatoia burocratica che spezza il legame primario senza risolvere le cause profonde del disagio. Il percorso di disintossicazione e recupero per funzionare deve prendere in carico madre e bambino insieme all'interno di strutture comunitarie specializzate. La presenza del figlio non è un ostacolo alla terapia della madre, ma ne costituisce la leva motivazionale primaria. Separarli d'ufficio al momento del parto produce la ricaduta della donna e un trauma di attaccamento irreversibile nel neonato.
Sul piano operativo, nel libro si formula la richiesta concreta di un fascicolo sanitario di monitoraggio per i nati in SAN. La tesi è che l'intervento medico in sala parto sia del tutto inutile se non è seguito da un tracciamento clinico e psicologico duraturo nei primi anni di vita, per intercettare i ritardi cognitivi e relazionali prima dell'ingresso nella scuola. Iantosca sposta il problema dal piano giudiziario a quello sociosanitario: la tutela del neonato passa per la presa in carico congiunta della madre. Senza percorsi integrati e senza un tracciamento sanitario prolungato, l'intervento dello Stato al momento della nascita resta una misura d'emergenza che cancella i sintomi ma non cura il danno.




Rx
NDC 0409
Fentan
Injection
100 mcg fe
For Intraven
Protect from
LOT
EXP
NDC 0409
Fenta
Injectio
LOT
EXP
NDC 0409
Fentan
Injection
100 mcg fe
For Intraven
Protect from
LOT
EXP



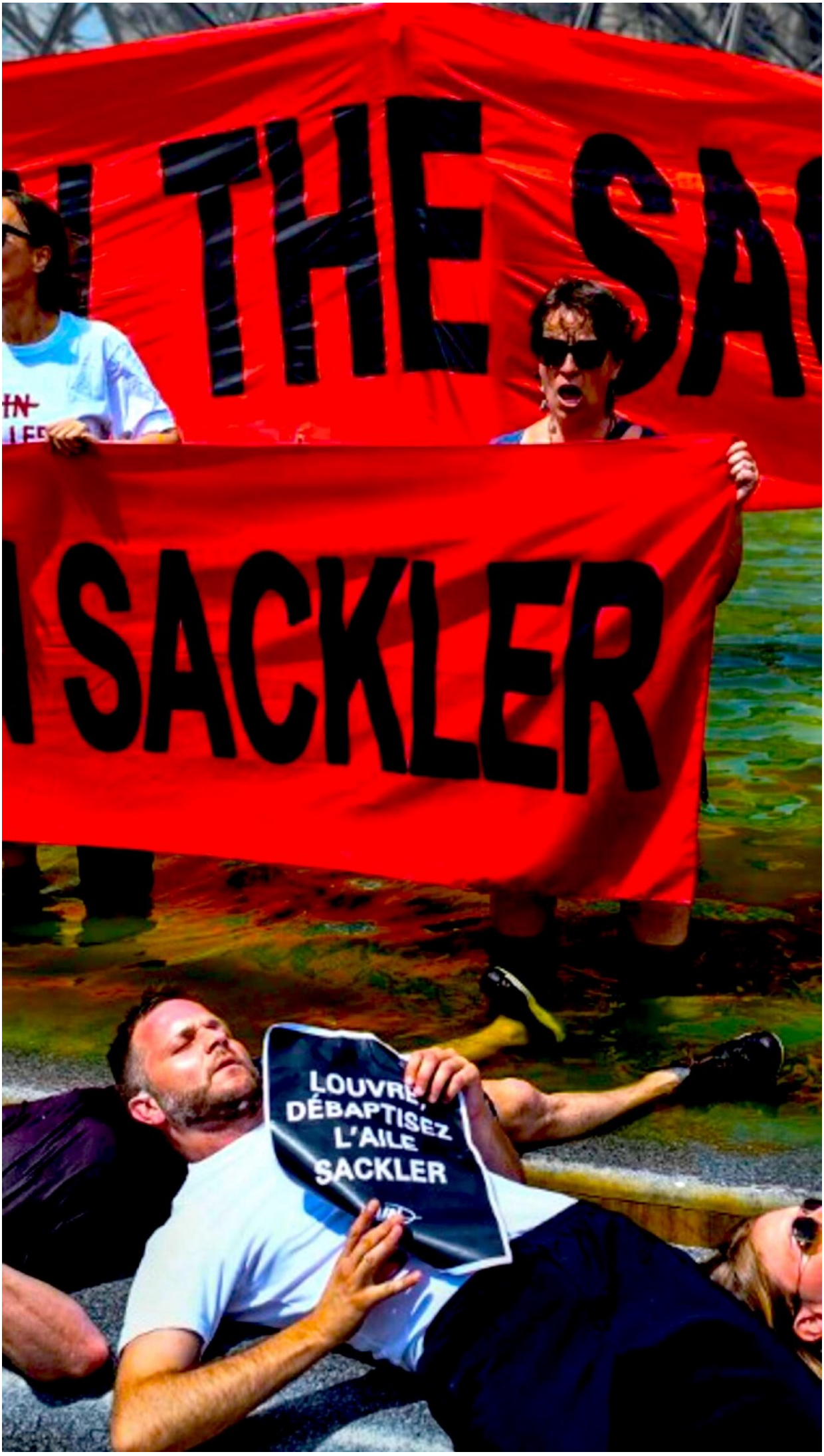
NEONATAL ABSTINENCE SYNDROME

La N.A.S.

Ogni 19 minuti, negli Stati Uniti, nasce un bambino con la Sindrome da Astinenza Neonatale. La SAN, che in America diventa NAS, Neonatal Abstinence Syndrome riguarda circa 35 mila neonati l'anno da 20 anni a questa parte. Un fenomeno fuori controllo, e fuori misura. I minorenni NAS in America sono circa 600 mila.
I dati del Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e del National Institute on Drug Abuse (NIDA) tracciano la mappa di un'epidemia sanitaria e sociale alimentata dalla diffusione degli oppioidi sintetici e dal fentanyl che non ha precedenti nella stoia dell'umanità. I report ufficiali del CDC (Centers for Disease Control and Prevention) indicano che l'incidenza della NAS/NOWS (Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome) è cresciuta di oltre l'820% dagli anni Duemila a oggi nelle aree rurali e industriali della Rust Belt (Ohio, West Virginia, Kentucky, Pennsylvania).
Il fenomeno ha costi sociali ed economici enormi, e riguarda soprattutto le fasce meno abbienti. Il costo dell'emergenza è per l'80% dei ricoveri ospedalieri a carico di Medicaid, il programma sanitario statale per le fasce indigenti. Nelle aree più colpite dalla crisi, come la Rust Bell, la dipendenza dei genitori è diventata la causa primaria in oltre il 60% dei casi di allontanamento del minore dal nucleo familiare. La San scardina le relazioni nelle comunità e ridisegna iu nuclei famigliari: il sistema americano affronta la crisi attraverso la saturazione delle Terapie Intensive Neonatali e il trasferimento di massa dei neonati nel circuito giudiziario del Foster Care (affido etero-familiare) e della gestione parentale vicaria dei nonni (Kinship Care).
Un neonato affetto da NAS rimane ricoverato in Terapia Intensiva Neonatale (NICU) in media 16-21 giorni, contro i 2 giorni di un parto fisiologico. Il costo medio per ricovero supera i 66.000 dollari (rispetto ai 3.500 dollari per un neonato sano). I costi per le cure nel corso dell'adolescenza sono ancora più pesanti per la società e il welfare di moti stati già indeboliti dalla deindustrializzazione degli anni '90 e 2000.

La copertura pubblica
L'intervento dello stato parte dalla copertura dell'emergenza e della cura, il programma Medicaid copre oltre l'84% del totale dei costi di ricovero per SAN su scala nazionale. Prende in carico i neonati seconod un'automatismo giudiziario che prevede il Foster Care e l'attivazione dei servizi di protezione dei minori (Child Protective Services - CPS). L'affido è il collo di bottiglia del sistema americano. I dati del Department of Health and Human Services (HHS) evidenziano che la dipendenza da sostanze dei genitori è la causa documentata nel 39% dei casi totali di rimozione del minore a livello nazionale, con picchi superiori al 60% negli Stati a maggior impatto da fentanil e oppioidi sintetici. La diffusione del sistema del Kinship Care deriva proprio dal collasso dei posti disponibili nel circuito di affido etero-familiare, il Foster Care, che ha determinato l'esplosione dell'affido informale o legale ai nonni e ai parenti di secondo grado il Kinship Care, un fenomeno che riguarda oltre 2,7 milioni di minori negli USA.

La cosa più sorprendente che questo fenomeno, con questi numeri e queste proporzioni deriva dalla diffusione di farmaci antidolorifici da banco, l'ossicodone e il fentanyl. E altro fatto paradossale, la macchia della cura e del welfare si sostiene grazie alle cause giudiziarie perse dalle Pharma che hanno commercializzato il farmaco. A cominciare dalla Purdue, la Pharma dell'allora potentissima famiglia Sackler.
Questo ipotetico viaggio nella cronaca recentissima dell'America profonda si snoda nella Rust Bell. Mette assieme lo stigma e la crisi economica della Working class bianca per finire a Philadelphia, nel quartiere di Kensington.
Partiamo dai nati in astinenza, ma parliamo di una crisi che non ha uguali nel mondo: 600 mila morti in 10 anni per gli oppioidi sintetici, da banco e da strada. Più dei morti di tutte le guerra sostenute dagli usa negli ultimi 100 anni, Vietnam compreso.


THE SA
SACKLER
LOUVRE,
DÉBAPTISEZ
L'AILE
SACKLER

La crisi

I numeri della diffusione del Fentanyl negli Stati Uniti e i costi umani e sociali del fenomeno hanno proporzioni straordinarie. Negli Stati Uniti negli ultimi anni sono morte per overdose da Fentanyl e "synthetic opioids" simili in generale, circa 70 mila persone ogni anno, il 70% di tutte le morti per overdose nel Paese. Nel 2023 il record di decessi, 74.700, le previsioni dell'ultimo anno secondo le stime fornite dal CDC (Centers for Disease Control and Prevention) lasciano sperare in una prima inversione di tendenza. La causa del calo recente dell'ultimo anno viene attribuita alla diffusione capillare del Naloxone, l'antidoto distribuito come farmaco da banco senza ricetta, che coincide con il potenziamento dei programmi di riduzione del danno e un'azione più aggressiva contro le reti del narcotraffico gestite dai cartelli.
Il Fentanyl tra l'altro non è l'unico Killer, c'è ad esempio il "Tranq", una miscela di Xilazina, un sedativo usato in veterinaria, che combinato al Fentanyl ne aumenta la pericolosità e rende il Naloxone meno efficace, poiché la Xilazina non è un oppioide.
L'overdose da Fentanyl rimane la prima causa di morte accidentale negli Stati Uniti nella fascia d'età tra i 18 e i 45 anni, superando sia gli incidenti stradali sia i suicidi. Per dare un idea delle dimensioni del fenomeno, la guerra del Vietnam in 10 anni fece meno morti tra i soldati americani, circa 58 mila, rispetto alle morti di overdose degli oppioidi in uno solo anno degli ultimi 15.

Gli americani morti durante la seconda guerra mondiale furono 405.399, secondo i dati ufficiali del Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti (US Department of Veterans Affairs), gli americani morti negli ultimi 10 anni per gli oppioidi si feticci e tradizionali sono stati 600.000, di questi si stima che oltre 450.000 siano imputabili al Fentanyl, che equivale anche al totale delle vittime morte di HIV/AIDS dagli anni ad oggi nel mondo.
Il confronto storico è impressionante.

L'effetto devastante del Fentanyl e in questo caso specifico dell'Ossicodone va poi oltre il numero dei morti. Negli Stati Uniti, la Sindrome da Astinenza Neonatale (rinominata negli States "NOWS", Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome) rappresenta un'emergenza sanitaria nazionale di proporzioni bibliche. Il fenomeno della "crisi degli oppioidi" è caratterizzato prima dalla diffusione massiccia di farmaci antidolorifici da prescrizione, come l'ossicodone e i Fentanyl, e successivamente dall'esplosione del mercato clandestino del Fentanyln "da strada" e dei suoi composti con altre sostanze sintetiche. Legato al fentanykl e alla crisi degli oppioidi c'è il fenomeno dei NAS, i neonati in astinenza, con numeri altrettanto biblici che descrivono uno scenario impressionante per dimensioni e gravità. Negli Stati Uniti l'incidenza media nazionale si attesta tra i 5,3 e i 7 casi ogni 1.000 nati vivi, ma questo dato nasconde profonde disomogeneità geografiche e sociali. Negli stati della "Rust Belt" e dell'Appalchia, storicamente colpiti prima dal declino industriale e poi dalla povertà, si registrano tassi record di NAS: nel West Virginia l'incidenza raggiunge i 68 casi ogni 1.000 nati vivi. Il fenomeno inoltre colpisce in modo spietato le fasce deboli della popolazione: i nati coperti dal programma di assistenza sanitaria pubblica Medicaid registrano tassi più che tripli rispetto a quelli coperti da assicurazioni private.

L'impatto economico sul sistema sanitario americano è stimato in oltre 570 milioni di dollari all'anno in sole spese di ospedalizzazione diretta. A differenza dei modelli europei, il sistema statunitense fatica a garantire la presa in carico post-dimissione, delegando la gestione sociale a una rete di protezione civile e comunitaria spesso satura, con un ricorso massiccio al collocamento dei minori in famiglie affidatarie, i cosiddetti "foster care", una pratica che determina la disgregazione sistematica dei nuclei familiari d'origine. Come vedremo tra i Foster care in Africa si rincorre per rom più all'affido ai parenti più stretti, in particolare i nonni.
Negli Stati Uniti il Fentanyl e gli oppioidi sintetici hanno agito come potenti moltiplicatori del fenomeno dei bambini affetti da NAS, ridefinendone radicalmente i contorni epidemiologici e la distribuzione sociale. A differenza dei modelli europei, come quello francese o italiano, dove il sistema sanitario pubblico garantisce una presa in carico e un monitoraggio a prescindere dal reddito, la frammentazione del sistema statunitense fa sì che la perdita del lavoro o la mancanza di un'assicurazione sanitaria privata escluda di fatto le madri dai programmi di disintossicazione prenatale. Questo aumenta la probabilità che il neonato nasca in astinenza acuta senza che i medici ne siano a conoscenza, esasperando la crisi sociale e portando all'allontanamento del minore.
Negli USA, la sindrome da astinenza neonatale colpisce in modo sproporzionato le fasce più deboli della popolazione e le famiglie a basso reddito, i disoccupati o le persone sotto la soglia di povertà segnati dalla perdita di lavoro e dalla povertà strutturale.
LA NAS in America è l'effetto collaterale più grave ed impattante dell'uso di droghe e di oppioidi sintetici. Da specifica urgenza clinica da curare nei reparti di neonatologia è diventata uno dei più feroci e silenziosi effetti collaterali della metamorfosi del mercato globale delle sostanze stupefacenti.

Se fino a vent'anni fa il fenomeno della tossicodipendenza era quasi esclusivamente legato all'eroina e ai binari noti della marginalità urbana, oggi la moltiplicazione dei casi risente direttamente della diffusione delle "nuove droghe" e di molecole sintetiche ad altissima intensità, con il fentanyl e gli oppioidi sintetici a fare da tragici apripista prima negli usa oggi in Europa.
La transizione chimica in atto, che in Europa e in Italia si sta declinando nella crescita esponenziale del "policonsumo" di crack, benzodiazepine di nuova generazione e farmaci da prescrizione, ha scardinato i vecchi modelli di prevenzione. Gli oppiodi sintetici hanno un costo di produzione irrisorio e una reperibilità immediata, costano poco e agganciano segmenti di popolazione sempre più giovani e socialmente vulnerabili. L'effetto collaterale paradossale di questa accessibilità di massa è una generazione di neonati che viene al mondo sperimentando, come primo atto biologico, una crisi d'astinenza acuta. Il dramma vero si consuma poi oltre i reparti di neonatologia. L'eredità neurochimica di queste nuove sostanze, negli USA come in Italia o nel Regno Unito, agisce come un ulteriore moltiplicatore delle disuguaglianze sociali. I deficit di attenzione, l'iperattività (ADHD) e le fragilità comportamentali che colpiscono circa il 30-40% di questi bambini in età scolare non sono che la coda lunga della dipendenza della gestante. In un sistema in cui il monitoraggio post-dimissione sconta un tasso di abbandono dei pazienti rilevati che supera il 50%, la NAS diventa così un acceleratore di marginalità sociale. Chi nasce con questa eredità chimica, in contesti privi di reti di protezione e assistenza, è spesso destinato a cronicizzare le patologie, e accelerare fenomeni di esclusione sociale di fatto "ereditati", attraverso l'abbandono scolastico e relazionale o il ritiro sociale. La diffusione delle nuove droghe sintetiche ipoteca di fatto il futuro di migliaia di minorenni

IL DOPPIO STIGMA: La madre indegna

In USA la madre tossicodipendente è due volte cattiva, è dipendente da sostanze e crea danno al figlio. In alcuni Stati degli USA il feto è un soggetto giuridico tutelato come tale dalla legge.
In Italia e Francia chi è dipendente da sostanze è ritenuto "malato" e viene curato. In buona parte degli State non è così.
Tra i vari effetti della crisi da oppioidi negli USA c'è anche la diffusione di studi e ricerca di scienziati sociali che sono occupati di marginalità e fenomeni di esclusione sociale.
Il tema delle madri tossicodipendenti, della paura della criminalizzazione e della conseguente fuga dai servizi socio-sanitari ad esempio trova una trattazione sistematica e dettagliata in Righteous Dopefiend (University of California Press, 2009), scritto dal'antropologo Philippe Bourgois e dal fotografo Jeff Schonberg.
Parti del ragionamento riprendono anche le analisi già tracciate nel lavoro precedente di Bourgois, In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio (Cambridge University Press, 1995), ma è in Righteous Dopefiend che il tema del genere, della gravidanza in strada e del rapporto con le istituzioni viene sviscerato etnograficamente, mettendo in evidenza la cosiddetta spirale della colpevolizzazione.
Nel lavoro sul campo condotto a San Francisco, Bourgois e Schonberg analizzano come l'apparato statale e il sistema sanitario USA trattino la maternità delle donne tossicodipendenti e come questo generi un corto circuito devastante. Negli Stati Uniti, la risposta istituzionale all'abuso di sostanze in gravidanza è prevalentemente punitiva o giudiziaria. In molti Stati, l'assunzione di droghe durante la gestazione viene assimilata all'abuso o alle lesioni su minore.
Bourgois documenta come questo quadro normativo e culturale trasformi il personale sanitario — medici, ostetriche, assistenti sociali — in un braccio del sistema giudiziario. Il colloquio medico cessa di essere uno spazio di tutela della salute e diventa la sede di una potenziale incriminazione o della revoca della patria potestà. E di fatto cosi viene percepito da buona parte delle persone.
La conseguenza diretta di questo assetto non è la cessazione dell'uso di sostanze, ma il mancato accesso ai controlli prenatali.
Nel libro di Bourgois si racconta di come le donne in gravidanza che vivevano in condizioni di dipendenza evitavano gli ospedali e i consultori fino al momento del travaglio per il terrore che un test tossicologico positivo portasse all'intervento immediato dei Child Protective Services, o che
il neonato venisse sequestrato e sottratto direttamente in sala parto per essere immesso nel circuito del Foster Care, l'adozione e l'affido, o venissero attivate procedure penali a loro carico.
Il paradosso descritto dagli autori consiste nel fatto che per evitare la punizione, la madre resta nell'ombra per nove mesi, privando il feto del monitoraggio ecografico, del supporto nutrizionale e dei protocolli di svezzamento o sostituzione farmacologica (metadone/buprenorfina). Il bambino nasce così in condizioni di fragilità clinica enormemente più gravi rispetto a quelle che si sarebbero avute con una gravidanza assistita.

La dinamica della "madre indegna"
Bourgois utilizza il concetto sociologico di violenza simbolica, (mutuandolo da Pierre Bourdieu) per mostrare come la società e le stesse donne interiorizzino lo stigma della "cattiva madre".
Mentre agli uomini tossicodipendenti viene concessa una sorta di giustificazione o tolleranza legata alla vita di strada, la donna dipendente viene ricoperta da una condanna morale assoluta. L'impossibilità di aderire al modello ideale di maternità spinge molte di queste donne verso una maggiore marginalizzazione e un aumento dei consumi coattivi di sostanza per sopprimere il senso di colpa, accelerando il degrado personale e la rottura di ogni legame residuo con i servizi pubblici.
Non solo la criminalizzazione della madre tossicodipendente e la minaccia del giudizio morale non proteggono il nascituro, ma lo privano della tutela medica nella fase di gestazione, ma è la parte formale di un sistema giuridico formale che punisce invece di curare. I timori delle donne sono tutt'altro che ingiustificati. Il governo degli Usa ha fronteggiato la crisi da NAS attivando il più possibile il modello dell'allontanamento e affido o adozione del minore. Nel caso dei bambini sottratti alle famiglie d'origine, affidati ai parenti, ad esempio i nonni negli USA, o inseriti nel circuito dell'adozione, il modello passa da un percorso di cura delle coppia madre-figlio ad un intervento di "riabilitazione del trauma" e di sostegno alla nuova famiglia.
In America quando un neonato affetto da SAN viene affidato ai nonni o agli zii, il sistema pubblico si trova di fronte a caregiver anziani o impreparati a gestire le crisi astienziali prolungate e i successivi disturbi del neurosviluppo. Negli Stati che hanno recepito il Family First Prevention Services Act, il governo federale trasferisce fondi direttamente ai parenti affidatari non solo come contributo economico, assegno di affido, ma sotto forma di Kinship Navigator Programs, tutor dedicati che orientano i nonni nella burocrazie per accedere gratuitamente alla copertura sanitaria Medicaid per il bambino. I nonni vengono addestrati dai terapisti dello sviluppo a gestire l'ipersensibilità sensoriale del neonato, ed evitare l'esaurimento ed il burnout del caregiver..
Per quanto riguarda le adozioni nazionali o internazionali, i bimbi in adozione o in affido hanno u preciso "Storico Sanitario", un fascicolo che nei sistemi avanzati deve recare la diagnosi chiara di esposizione prenatale a sostanze, SAN, o alcol, FASD. La famiglia adottiva viene formata prima dell'affido preadottivo sui comportamenti a rischio, l'ADHD, o il deficit del controllo degli impulsi, alterazione della memoria di lavoro. Il percorso formativo tiene conto anche che oltre al danno neurochimico causato dalla sostanza, il bambino adottato o in affido porta con sé il trauma primario della separazione dalla madre biologica. La presa in carico prevede protocolli di Neurosequential Model of Therapeutics (NMT) o psicoterapia dell'attaccamento, volti a creare un ambiente familiare altamente strutturato, prevedibile e a bassa stimolazione sensoriale

Righteous Dopefiend documenta le logiche brutali delle strategie di sopravvivenza economica di fronte alla scomparsa del mercato del lavoro industriale e all'espulsione dal settore dei servizi di base. Da una prospettiva applicata, il libro esamina le pratiche corporee distruttive in relazione ai servizi medici e di sanità pubblica, compreso il trattamento della tossicodipendenza. Sebbene i capitoli siano organizzati teoricamente attorno a questi temi, il testo segue una narrazione cronologica e sviluppa un cast di circa una dozzina di personaggi.
Lo studio di Bourgois immerge il lettore nel mondo dei senzatetto e della tossicodipendenza negli Stati Uniti contemporanei. Per oltre un decennio, Philippe Bourgois e Jeff Schonberg hanno seguito due dozzine di consumatori di eroina per via endovenosa e fumatori di crack nella loro lotta per la sopravvivenza per le strade di San Francisco.

Combinando fotografie e narrazione, *Righteous Dopefiend* è una cronaca di sofferenza intima, solidarietà e tradimento. Gli autori accompagnano i senzatetto nei loro percorsi quotidiani e dormono nei loro accampamenti per offrire una cronaca vivida di sopravvivenza e perdita, di straordinarie solidarietà e di speranza. Il libro sviluppa un'analisi incisiva delle forze strutturali che plasmano le vite dei più poveri nella nazione più ricca del mondo, fatte anche di furti con scasso, di accattonaggio, di lavoro giornaliero e di riciclaggio.Riportano i dettagli dolorosi di infanzie segnate dalla violenza e di sogni infranti, seguono le tumultuose relazioni amorose, i conflitti, le alleanze e le gerarchie interpersonali dei loro personaggi che lottano per un briciolo di dignità e di senso in una società che non ha alcun bisogno di loro.
Il lettore incontra i genitori, i nonni, i figli e i nipoti dei personaggi principali; segue i protagonisti del libro in carcere, nelle unità di terapia intensiva degli ospedali e nei centri di disintossicazione, e scopre come spesso i servizi sociali e sanitari che si sforzano con generosità di migliorare la vita dei tossicodipendenti che vivono per strada, non facciano altro che aggravare le loro sofferenze. Il libro si conclude con proposte di cambiamenti politici e interventi assistenziali, ma soprattutto offre una critica su come e perché gli Stati Uniti abbiano generato una popolazione senza fissa dimora, su cui è difficilissimo intervenire e condannata a una vita di angoscia e sofferenza inutile. I due autori, in particolare Schhonberg, i fotografo, sono attenti a non idealizzare o spettacolarizzare gli uomini e le donne con cui hanno stretto amicizia per strada, Bourgois e Schonberg mettono a nudo i fallimenti dei nostri attuali modelli di gestione della dipendenza e ridefiniscono i possibili termini di coinvolgimento con vite vissute risolutamente al di fuori dei confini della società. Il libro da questo punto di vista è un viaggio alla scoperta di chi sono davvero queste persone, cosa fanno e come vivono.



La crisi economica
Dall'amianto al Fentanyl. La deindustrializzazione e l'epidemia del fentanyl



Dall'amianto all'ossicodone

Matthew P. Bergman è uno dei principali legali statunitensi specializzati sulle Mas Tort, cause legali intentate a colossi dell'industria in America che con i loro prodotti hanno causato danni ai consumatori o ai loro parenti. Bergman oggi è noto per le sue vittorie contro le Big Tech, ma la sua carriera parte da cause ugualmente importanti contro le industrie minerarie e le Pharma, cioè sui danni causati dall'amianto, dall'ossicodone e dal Fentanyl.

A partire dalla metà degli anni '90, dallo stato di Washington e dalla regione del Pacific Northwest, Bergman e il suo studio di Seattle, il Bergman Draper Oslund Udo, hanno patrocinato oltre 850 casi di mesotelioma e asbestosi, ottenendo risarcimenti milionari e partecipando alla gestione dei fondi fiduciari istituiti a seguito dei fallimenti delle grandi multinazionali. Tra le aziende affrontate ci sono veri e propri colossi ad esempio la Johns-Manville, la W.R. Grace & Co., la Lone Star Industries e le società fornitrici di materiali isolanti.

Le sedi di estrazione e lavorazione erano distribuite tra il Montana (con le miniere di vermiculite contaminate da amianto a Libby), il Texas e i grandi poli manifatturieri del Nord-Est e del Pacifico.

Tra gli anni '40 e '80, l'industria dei minerali e dei materiali da costruzione negli Stati Uniti esercitava un'enorme influenza politica e sindacale. Le aziende lavoravano su commesse statali e militari strategiche,, in particolare quelli legati all'industria bellica e navale.

L'amianto era impiegato capillarmente come coibentante termo-acustico e ignifugo nei grandi cantieri navali, ad esempio il Puget Sound Naval Shipyard, negli impianti industriali, nell'edilizia civile e nella produzione di componenti meccanici ed elettrici.

L'inquinamento da amianto inoltre non riguardava unicamente gli operai sui luoghi di lavoro, ma si estendeva ai contesti domestici mediante le polveri trasportate dagli indumenti da lavoro delle maestranze.

La strategia legale della parte lesa, gli operai malati di asbestosi e mesoteliona sperimentate e perfezionata contro le aziende minerarie segue tre assi principali. Il primo è la "Ricostruzione causale retroattiva", che consiste nel dimostrare la responsabilità oggettiva delle aziende anche in casi di esposizione avvenuta decenni prima.

Il seconodo consiste nel contrattare direttamente i risarcimenti facendosi inserire all'interno dei comitati dei creditori nei processi di bancarotta delle multinazionali, imponendo la costituzione di trusts miliardari destinati esclusivamente al risarcimento delle vittime.

Infine il terzo asse di azione riguarda la pressione sulle istituzioni e l'uso strategico dei media. Bergman, uno degli avvocati impegnati in quelle cause, ha testimoniato davanti al Congresso degli Stati Uniti per ostacolare le norme federali volte a limitare le responsabilità civili delle aziende manifatturiere.

La vicenda giudiziaria contro i colossi dell'amianto e dei minerali ha avuto grande eco sui media ed è stata rappresentata in diverse opere, ad esempio "Libby, Montana (2004): Documentario della PBS focalizzato sul disastro ambientale e sanitario causato dalle miniere di vermiculite e amianto della W.R. Grace. O "Dirty Laundry" (2018), un documentario dedicato all'esposizione secondaria da amianto e alle vicende giudiarie delle famiglie colpite e "A Civil Action" (1998), un Film di Steven Zaillian con John Travolta focalizzato sulla contaminazione idrica da solventi a Woburn, che vede al centro del processo la stessa multinazionale W.R. Grace.

All'inizio della carriera (primi anni '90), Matthew Bergman lavorava presso un grande studio legale internazionale di Seattle e rappresentava le grandi aziende, occupandosi persino della difesa delle società produttrici di amianto. Il cambio di passo e di rotta avviene nel 1995, quando l'avvocato decise di passare dalla parte delle vittime e dei lavoratori. La sua primissima causa civile in tribunale come giovane legale riguardò la difesa di braccianti agricoli estorti dai propri caporali. Una volta specializzatosi nel contenzioso sull'amianto, Bergman ha rappresentato oltre 850 vittime di mesotelioma e asbestosi nello stato di Washington e nel Pacific Northwest, assistendo operai dei cantieri navali e industriali, lavoratori impiegati in strutture come il Puget Sound Naval Shipyard e nei distretti manifatturieri dell'area di Seattle e Tacoma, dipendenti comunali e delle reti idriche e addetti alla manutenzione delle condotte idriche in cemento-amianto. Bergman assiste inoltre anche i familiari delle vittime, quali colpiti da un esposizione "secondaria" alle sostanze tossiche. Una delle vittorie giurisprudenziali più rilevanti ottenute da Bergman in appello nello Stato di Washington ha stabilito il diritto di risarcimento per i familiari degli operai, mogli e figli ammalatisi di mesotelioma per via delle polveri tossiche portate nelle casa dai lavoratori attraverso le polveri depositate sugli abiti da lavoro.

Bergman diventa un avvocato di riferimento perché riesce a condizionare la gestione delle bancarrotte strategiche delle multinazionali dell'amianto. Nominato nei comitati dei creditori, contribuisce a vincolare i patrimoni aziendali alla creazione di fondi di risarcimento miliardari destinati alle sole vittime.

Bergman applicato il modello di responsabilità da prodotto difettoso il "product liability" utilizzato per l'amianto ai colossi del Parma e poi alle Big Tech attraverso il Social Media Victims Law Center, fondato dallo stesso Bergman, sostenendo che le piattaforme digitali e i loro algoritmi costituiscano prodotti dannosi progettati per creare dipendenza nei minori

L'altra intuizione che si rivela decisiva è il "principio dell'esposizione secondaria" la "Take-Home Toxics". Bergman è stato tra i primi legali negli Stati Uniti a vincere ricorsi in appello sulla responsabilità dei proprietari di impianti industriali verso soggetti che non avevano mai lavorato all'interno delle fabbriche. Dimostrando la tossicità delle polveri d'amianto portate a casa sugli abiti da lavoro, ha esteso la tutelabilità legale e il diritto al risarcimento ai familiari degli operai, mogli e figli che hanno contratto il mesotelioma, creando un precedente giurisprudenziale prima nello Stato di Washington, poi in tutti gli Stati Uniti.

Le azioni di Bergman partono dai cantieri del Pacifico ma puntano direttamente alla Rust Bell, in particolare all'l'Ohio, il cuore battente della "Cintura della ruggine", e Toledo, dove aveva sede il quartier generale della Owens Corning, una delle ex capitali industriali dell'area che negli anni '80 cominciava una fase di declino e di deindustrializzazione. Le acciaierie e le fabbriche del Midwest cominciavano ad essere smantellate, asciando dietro di sé disoccupazione e città fantasma.

Il paradosso crudele della Rust Belt fu impietoso: mentre le fabbriche chiudevano e i posti di lavoro svanivano, il fisico dei lavoratori cominciava a mostrare i segni dell'usura. Tra questi i danni ai polmoni, dalla asma e la silicosi fino all'asbestosi e al mesotelioma.

La reazione degli operai e delle comunità locali alle sentenze e agli accordi miliardari promossi da Bergman e dai comitati dei creditori fu complessa e priva di trionfalismo.

Nelle assemblee sindacali e nei circoli dei veterani nell'Ohio e nello Stato di Washington, la sensazione prevalente era che la finanza aziendale avesse vinto ancora una volta: le multinazionali usavano la bancarotta per pulire i propri bilanci, ripartire sul mercato e cavarsela con liquidate simboliche rispetto al danno causato.

.

Ci fu puoi una “rottura” sul piano simbolico e morale nell’ecosistema della fabbrica. Per decenni, all'interno dei cantieri navali e degli impianti manifatturieri, le dirigenze avevano fatto passare l'idea che la tosse persistente e i tumori fossero la conseguenza del fumo di sigaretta o del destino individuale.
L'accesso ai memorandum interni e la firma dei decreti di ristrutturazione rappresentarono per gli operai la conferma pubblica e definitiva che l’azienda fosse perfettamente a conoscenza del rischio industriale ma fece di tutto per nasconderlo ed insabbiarlo.
Particolarmente forte fu il riscontro tra le vedove e i figli degli operai. La linea di Bergman sul take-home toxics tolse il senso di colpa involontario sviluppato da molti lavoratori. La scoperta che le tute da lavoro portate a casa per essere lavate avevano ammalato mogli e figli portò le famiglie a unirsi alle azioni collettive, trasformando il contenzioso da individuale a comunitario. L'esito delle cause sull'amianto nell'Ohio e nei paesi della Rust Belt contribuì a ridefinire il rapporto tra classe operaia e le istituzioni locali incrinandolo definitivamente. Si diffuse una profonda sfiducia nei sindacati tradizionali, molti operai accusarono le rappresentanze interne ai cancelli di aver taciuto sui pericoli dell'amianto pur di non compromettere i contratti collettivi e i livelli occupazionali negli anni '60 e ’70. Non furono fatte le bonifiche territoriali promesse e i siti industriali dismessi della Rust Bell rimanevano deserti e spesso contaminati per anni, alimentando la percezione di un abbandono istituzionale del territorio. Nel frattempo la Rust Bell fu sostanzialmente abbandonata dalle fabbriche, fino a diventare il simbolo della industrializzazione di una economia che comincia a trasformarsi e a indebolire il ceto operaio dell’America profonda.
La catena di eventi che parte dallo svuotamento delle fabbriche nella Rust Belt porta in modo diretto all'epidemia di fentanyl e alla svolta politica del 2016.
L'abbandono industriale non fu causato dalle cause sull’amianto, ma queste battaglie legali accelerarono un immaginario delle comunità del posto che rimasero sostanzialmente senza lavoro e senza futuro
La crisi della manifattura pesante tra gli anni '80 e '2000, colpì città come Dayton, Toledo, Youngstown (Ohio) e Flint (Michigan) con la chiusura sistematica degli impianti e delle industrie. Ed oltre alla perdita di posti di lavoro fisici, l'intera rete di protezione sociale aziendale, le pensioni, le assicurazioni sanitarie, la stessa identità di comunità venne meno. Quelli che erano i lavori della classe operaia americana vennero sostituiti da occupazioni precarie nel terziario o peggio dalla disoccupazione di lungo periodo.
Il passaggio dalla crisi economica alla crisi sanitaria fu quasi immediato.
Negli anni '90 e primi 2000, le grandi aziende farmaceutiche (a partire da Purdue Pharma con il famosissimo OxyContin) immisero sul mercato massicce quantità di antidolorifici oppioidi.
Nell'Ohio e nella Rust Belt vivevano moltissimi ex operai dell'industria pesante con traumi fisici e dolori cronici dovuti a decenni di lavoro d’usura. I Medici di basi erano pressati dalle richieste di aiuto delle persone e condizionati da un marketing farmaceutico “aggressivo” che incitava a prescrivere oppioidi sintetici per qualsiasi patologia, sostenendo che non avrebbero causato dipendenza ma solo grandi benefici ai pazienti. Quando le autorità federali strinsero le maglie sui farmaci da prescrizione, subentrò il mercato nero: prima l'eroina, poi il fentanyl, una sostanza centinaia di volte più potente e facile da produrre e trasportare, che devastò intere contee dove il tasso di mortalità per overdose toccò livelli record negli USA.
I sociologi ed epidemiologi Anne Case e il nobel Angus Deaton hanno scritto un libro di grande successo su questa vicenda: "Deaths of Despair”, Morti di disperazione, che racconta in tre parole i decessi legati ad alcolismo, ai suicidi e alle overdose che colpivano in modo sproporzionato la classe lavoratrice bianca priva di istruzione nella Rust Bell.

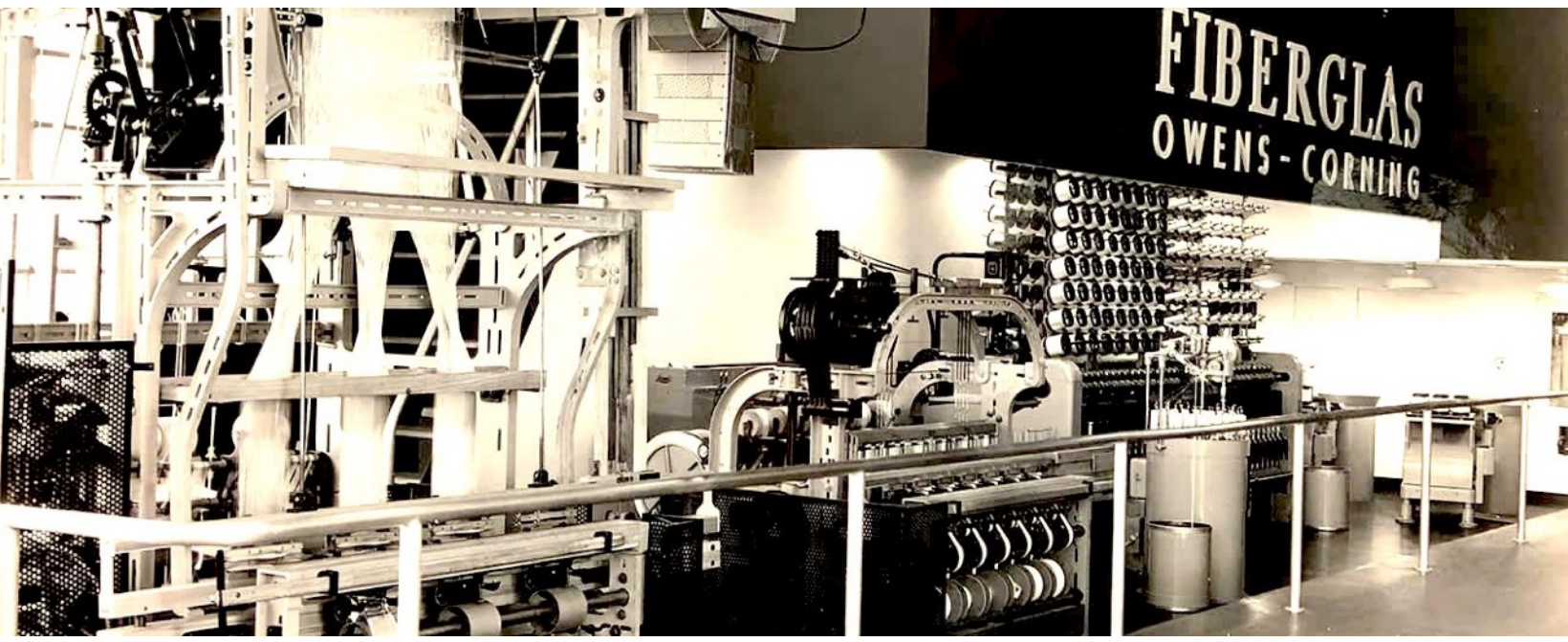
Molti analisti politici hanno collegato lo storico successo dei repubblicani ed il voto a Trump in aree tradizionalmente democratiche, con questa crisi economica e sanitaria devastante. Nelle presidenziali del 2016, Donald Trump intercettò questa doppia crisi al punto che la mappa geografica delle contee della Rust Belt colpite dalla deindustrializzazione e dai tassi di mortalità da oppioidi coincise con le zone in cui il consenso per i Democratici crollò.
La narrazione di Trump funzionò perche puntò il dito contro i trattati internazionali, il NAFTA, accusati di aver portato via le fabbriche per trasferirle in Messico o in Cina. Trump promise la chiusura dei confini per bloccare il traffico di fentanyl gestito dai cartelli messicani e dai fornitori chimici cinesi e si scagliò contro l'establishment della politica tradizionale cui imputava i processi di deindistrializzazione. La retorica del "Make America Great Again" offriva una legittimazione diretta alla rabbia di una classe operaia che si sentiva dimenticata dalle élite e letteralmente decimata dalla crisi sanitaria.
Nel 2016 e nelle elezioni successive, la conquista dell'Ohio e della Pennsylvania da parte di Trump mostrò come la perdita delle fabbriche e la piaga del fentanyl non fossero solo due crisi parallele, ma le due facce della stessa trasformazione socio-economica degli ultimi trent'anni, una dinamica strutturale che la sociologia economica americana definisce trappola della Rust Belt e che consiste in una spirale verso il declino irreversibile.
Per tutta la seconda metà del Novecento, nei distretti manifatturieri dell'Ohio o della Pennsylvania, la fabbrica ha funzionato da collante sociale. Garantiva salari della classe media, coperture sanitarie e identità comunitaria, ma in cambio esigeva un costo biologico altissimo. Quando la nocività dell'amianto e dei minerali è diventata indifendibile sul piano legale e finanziario, anche grazie alle cause di legali come Bergman, la risposta delle multinazionali non è stata la riconversione pulita, ma la chiusura o il trasferimento degli impianti.
La chiusura delle fabbriche ha eliminato il rischio ambientale e professionale immediato, ma ha smantellato l'ossatura economica del territorio. Al posto dei contratti industriali sono subentrati il lavoro precario nel terziario, la disoccupazione di lungo periodo e la perdita delle coperture sanitarie garantite dai datori di lavoro. Su questo tessuto sociale indebolito si è innestata l'epidemia degli oppioidi. L'OxyContin e poi il fentanyl hanno riempito il vuoto che era fisico, sociale e psicologico. L'antidolorifico serviva a gestire il dolore cronico accumulato da una generazione di operai usurati dal lavoro d'fabbrica che non potevano permettersi cure alternative e migliori. L'effetto euforizzante ed antidepressivo compensava l'ansia da deprivazione economica e la perdita di prospettiva nelle comunità che perdevano oltre alle industrie la loro stessa identità
Le "morti di disperazione" hanno così sostituito le morti per patologie professionali.
Sul piano politico la rabbia per un sistema che prima ha consumato la salute dei lavoratori in fabbrica e poi li ha abbandonati al declino economico e alla crisi sanitaria ha alimentato un rancore e un risentimento contro le istituzioni e i mercati globali insanabile. La retorica protezionista e anti-establishment ha avuto successo nell'Ohio e nel Midwest perche intercettava la percezione di essere stati schiacciati due volte dallo stesso modello di sviluppo.

Burton Shepherd

Tra i casi più celebri si cita spesso quello che riguarda Burton Shepherd e il fondo Owens Corning, del 2006, un caso simbolo della battaglia di Matthew Bergman contro l'industria dei minerali che riguarda la vertenza collettiva legata al Puget Sound Naval Shipyard di Bremerton, nello Stato di Washington contro l'azienda Owens Corning.
Durante la Guerra Fredda, il cantiere navale di Puget Sound era uno dei poli di manutenzione e riparazione delle navi da guerra più attivi del Pacifico. L'amianto veniva impiegato ovunque. Tra le migliaia di lavoratori impiegati figurava Burton Shepherd, arruolatosi nella Marina durante la Guerra di Corea e successivamente operaio civile al cantiere. Per decenni, Shepherd lavorò immerso nella polvere bianca dei coibentanti prodotti dalla Owens Corning, una delle principali multinazionali americane dei materiali edili.
A novembre 2005, a 76 anni, a Shepherd venne diagnosticato un mesotelioma maligno. La speranza di vita per questo tipo di patologia variava dai 6 ai 18 mesi.
Nello stesso periodo, la Owens Corning fa ricorso al Chapter 11, la bancarotta preventiva per congelare le migliaia di cause civili intentate dai lavoratori malati in tutti gli Stati Uniti. La strategia dell'azienda puntava a estinguere la responsabilità societaria protetta dallo scudo fallimentare. Bergman, entrato nel comitato ufficiale dei creditori all'interno del tribunale fallimentare federale, impostò la trattativa su un dato documentale: la corrispondenza interna di Owens Corning dimostrava che i vertici aziendali conoscevano la tossicità dell'amianto fin dal 1953 e che avevano continuato la commercializzazione dei prodotti anche dopo il 1963, anno in cui un loro report consulenziale interno confermò l'incidenza oncologica delle polveri.
Nel settembre 2006, la Corte fallimentare approvò un accordo di ristrutturazione da 5,1 miliardi di dollari, con la contestuale creazione di un fondo fiduciario (trust) dedicato esclusivamente ai risarcimenti delle vittime dell'amianto e dei loro familiari.
Durante la conferenza stampa indetta a Seattle a seguito della sentenza, Burton Shepherd, ormai in fase terminale, commentò la quota di risarcimento assegnatagli (circa 147.000 dollari) spiegando ai cronisti che la cifra era ormai inutile per la sua condizione di salute, ma che serviva a testimoniare la responsabilità dell'azienda. Shepherd morì pochi mesi dopo l'approvazione del fondo.
A Seattle, nel settembre 2006, si conclude la guerra legale contro la Owens Corning, durata sei anni, con oltre 460.000 cause per amianto aperte in tutto il Paese.
Nei primi anni delle cause contro i colossi dei minerali, la linea delle aziende non fu solo giudiziaria, ma di pressione diretta. Durante le deposizioni preliminari, gli avvocati della Owens Corning e della W.R. Grace tentarono più volte e in ogni modo di smontare la credibilità delle vittime.
I legali delle multinazionali arrivarono ad ingaggiare investigatori privati per sorvegliare le abitazioni degli ex operai malati di mesotelioma, filmandoli nel tentativo di coglierli mentre svolgevano piccoli lavori domestici, o sollevare una busta della spesa o piegarsi nel giardino, per dimostrare che le capacità respiratorie non erano del tutto compromesse. In aula, gli avvocati d'azienda definivano regolarmente la linea di Bergman “un'estorsione organizzata” ai danni dell'industria manifatturiera americana.
La mossa di Bergman fu il deposito agli atti di un memorandum interno della Owens Corning risalente al 1953, in cui un dirigente scriveva: “La nostra politica è sempre stata quella di non parlarne, fino a quando non ci verrà imposto da una legge”.
Al termine dell'udienza che approvò il piano di ristrutturazione da 5,1 miliardi di dollari e la creazione dell'odierno Asbestos Personal Injury Trust, Matthew Bergman indisse una conferenza stampa al Seattle Tower. Assieme all’avvocato davanti ai giornalisti siede Burton Shepherd, 76 anni, l'ex operaio del cantiere navale di Puget Sound con la cannula dell'ossigeno infilata nelle narici e una bombola portatile appoggiata contro la sedia.

Quando i cronisti del Seattle Times chiesero a Bergman se l'accordo potesse ritenersi una vittoria, il legale si limitò a dire “Questo accordo non restituisce un solo litro d'aria ai polmoni di questi uomini. Trasforma semplicemente una responsabilità civile in un debito di bilancio che la Owens Corning avrebbe dovuto saldare quarant'anni fa".
Poi prese la parola Burton Shepherd. Con la voce ridotta a un soffio metallico, guardando i microfoni posati sul tavolo, rese la dichiarazione che il giorno dopo fu ripresa dalle agenzie di stampa locali: “A me e ai miei colleghi dicevano che quella polvere bianca sulle tute era solo gesso, che bastava scrollarla via a fine turno. Oggi mi danno centomila dollari. Non ci compro i polmoni nuovi, ma adesso almeno i miei nipoti sanno che non mi sono inventato niente e che quelli che mi hanno avvelenato hanno dovuto firmare un assegno”.
Shepherd morì quattro mesi dopo. La Owens Corning completò la riorganizzazione societaria uscendo dal fallimento poche settimane più tardi, mantenendo il proprio marchio sul mercato globale.





La crisi degli oppioidi, la NAS

Paul Janssen e l'R4263
L'oxycontin e l'M30
L'economia del dolore
La astinenza da Fentanyl



Paul Janssen e l'R4263

Nel panorama della farmacologia del Novecento, la figura di Paul Janssen occupa un posto di assoluta singolarità. Fondatore nel 1953 della Janssen Pharmaceutica in Belgio, Janssen non era solo uno scienziato visionario, ma un metodico ingegnere molecolare ossessionato da un obiettivo preciso: sconfiggere il dolore fisico riducendo al minimo i tempi di sofferenza del paziente. Da questa idea nel 1959, nasce nei suoi laboratori di Beerse la sintesi del Fentanyl, una molecola concepita per rivoluzionare l'anestesia d'urgenza e la chirurgia cardiaca.

All'epoca, la gestione del dolore severo in sala operatoria dipendeva quasi interamente dalla morfina e dalla petidina. Entrambe le sostanze presentavano limiti clinici invalicabili per i cardiochirurghi: un'insorgenza d'azione troppo lenta e, soprattutto, una spiccata instabilità cardiovascolare che metteva a rischio la vita dei pazienti sotto anestesia. Janssen intuì che la soluzione risiedeva nella manipolazione strutturale dei derivati della piperidina. Attraverso un processo sistematico di modifiche molecolari, il suo team alterò la struttura della petidina inserendo un gruppo fenetilico. Il risultato fu il composto siglato come R4263: il Fentanyl.

Sotto il profilo biochimico, la nuova molecola si rivelò un capolavoro di efficacia. Grazie a un'altissima lipofilia, era in grado di penetrare la barriera ematoencefalica in pochissimi secondi, legandosi con straordinaria selettività ai recettori oppioidi del cervello. La sua potenza analgesica si dimostrò da subito cento volte superiore a quella della morfina, con un vantaggio clinico cruciale: una stabilità cardiaca senza precedenti che consentiva di operare a cuore aperto pazienti altrimenti considerati inoperabili.

Paul Janssen ricevette il brevetto nel 1964, consegnando alla medicina uno strumento salvavita che ha ridefinito gli standard dell'anestesiologia moderna. Una scoperta fondamentale concepita esclusivamente per preservare la vita e lenire il dolore terminale, la cui devastante deriva clandestina sulle strade del mondo rappresenta oggi il più amaro paradosso nella storia della farmacologia contemporanea.

La storia del fentanyl è l'eterogenesi dei fini di un successo straordinario della chimica farmaceutica trasformatosi nel più letale moltiplicatore di morte del mercato nero globale. La molecola viene sintetizzata per la prima volta nel 1959 da Paul Janssen, un geniale farmacologo belga alla ricerca di un anestetico rapido e con minori effetti collaterali emodinamici rispetto alla morfina. Il risultato è un oppioide totalmente sintetico, caratterizzato da un'elevatissima lipofilia, cioè capace di penetrare la barriera ematoencefalica in pochissimi secondi. Ha una potenza analgesica circa 80-100 volte superiore a quella della morfina. In ambito medico, il fentanyl nasce come una risorsa di inestimabile valore terapeutico: viene somministrato esclusivamente sotto stretto controllo medico come anestetico in chirurgia maggiore e, successivamente, come pilastro nella terapia del dolore oncologico terminale, per lo più tramite cerotti transdermici o pastiglie sublinguali. La transizione verso il consumo di massa avviene negli Stati Uniti alla fine degli anni Novanta. La commercializzazione aggressiva di altri oppioidi da prescrizione (come l'ossicodone) crea milioni di persone dipendenti. Quando le autorità avviano una stretta sulle ricette facili, i consumatori si riversano sul mercato nero, dove i cartelli della droga, principalmente messicani, intuiscono la svolta economica: sintetizzare il fentanyl in "laboratori da cucina" a partire da precursori chimici importati a basso costo dalla Cina.



Negli USA il Fentanyl sostituisce di fatto l'eroina e la cocaina, dimezzando i costi di produzione e massimizzando i profitti dei trafficanti e aumentando in maniera drammatica i rischi di overdose letale: bastano 2 milligrammi di fentanyl (una quantità pari a due granelli di sale) per provocare un blocco respiratorio mortale. Da qui la strage da oltre 70.000 decessi annui solo sul suolo americano.
La produzione clandestina di Fentanyl si basa su un modello industriale e chimico semplice ed economico. Innanzitutto non comportano nessun tipo di coltivazione e raccolta: il processo di produzione è interamente sintetico e si sviluppa a partire dall'approvvigionamento dei precursori. La produzione non parte da elementi naturali, ma da agenti chimici industriali, i cosiddetti precursori, che possono avere vari impieghi legali, dalla sintesi di profumi, alla lavorazione delle plastiche o la fabbricazione di farmaci legali. Dagli stessi precursori si possono ricavare gli oppioidi sintetici.
I precursori vengono prodotti su vasta scala da industrie chimiche regolari, principalmente dislocate in Cina e in India. Da qui vengono spediti verso i paesi di lavorazione, con il Messico come hub principale per il mercato americano, attraverso canali di esportazione formali, spesso mascherati da false dichiarazioni doganali o triangolati attraverso paesi terzi per eludere i controlli.
Una volta giunti a destinazione, questi composti vengono processati all'interno di laboratori clandestini, spesso definiti "kitchen labs" per le loro dimensioni ridotte. A differenza dei laboratori di raffinazione tradizionali, la sintesi del fentanyl richiede spazi minimi, non necessita di grandi infrastrutture industriali o di campi aperti, e può essere completata in capannoni isolati, scantinati o laboratori mobili. È indipendente da fattori ambientali, non risente dei cicli stagionali o del clima, garantendo una produzione continua 365 giorni all'anno.
Il processo di sintesi può essere effettuato da chimici non specializzati, senza grandi competenze accademiche, perché i passaggi di reazione sono oggi più semplici che in passatoi.
La conversione clandestina dei precursori che diventano Fentanyl da marciapiede offre alle organizzazioni criminali un'efficienza economica senza precedenti e margini di profitto mai visti prima: con un investimento iniziale di poche migliaia di dollari per i precursori chimici, i cartelli possono generare milioni di dosi.
Infine c'è il tema non secondario della facilità di trasporto: i volumi fisici da contrabbandare sono estremamente ridotti. Pochi chilogrammi di polvere pura, facilmente occultabili all'interno di normali spedizioni commerciali o spediti tramite posta, sono sufficienti a rifornire intere piazze di spaccio per mesi, rendendo i tradizionali sistemi di intercettazione doganale ampiamente inefficaci.
L'epidemia americana degli oppioidi non è nata negli angoli bui dello spaccio metropolitano, ma nei laboratori di marketing di Purdue Pharma e nelle cliniche della Rust Belt. Quello che viene definito lo "scivolone" della grande casa farmaceutica ma che in realtà è una spietata e scientifica strategia di penetrazione commerciale, ha trovato il suo target ideale nella classe operaia impoverita del cuore industriale degli Stati Uniti.

L'ossicodone e la M30

L'ossicodone è un oppioide semisintetico strutturalmente correlato alla codeina e alla tebaina. Viene sintetizzato per la prima volta in Germania, nel 1916, presso l'Università di Francoforte dai chimici Martin Freund e Edmund Speyer.
L'obiettivo scientifico dell'epoca era trovare un'alternativa alla morfina e all'eroina, sintetizzata dalla Bayer nel 1898, che potesse offrire lo stesso livello di analgesia profonda ma con un minor rischio di tossicodipendenza e di depressione respiratoria. Un tentativo che, alla prova dei fatti clinici e sociali, si rivelerà un fallimento sul piano della sicurezza a lungo termine.
Il principio attivo è l' Ossicodone cloridrato, che agisce come "agonista puro sui recettori oppioidi del sistema nervoso centrale mimando l'azione delle endorfine endogene, e bloccando la trasmissione degli impulsi dolorosi nel midollo spinale".
In parole semplici l'ossicodone abbassa fino ad azzerare la percezione del dolore a livello cerebrale e induce contemporaneamente un forte senso di benessere ed euforia.
In ambito terapeutico, l'ossicodone è un farmaco essenziale e di prima linea per la gestione del dolore severo. È utilizzato per il controllo del dolore post-operatorio o associato a neoplasie in fase avanzata, di solito in formulazioni a rilascio prolungato. Il farmaco (come il celebre OxyContin o formulazioni equivalenti) in Italia è strettamente regolamentato sotto la disciplina dei farmaci stupefacenti (i famigerati medicinali della Sezione A), dietro ricetta medica ministeriale a ricalco o dematerializzata per terapie non superiori a 30 giorni.
Il mercato nero e l'abuso da strada hanno scardinato il design originario della compressa a rilascio prolungato. Per ottenere l'effetto euforizzante immediato, il cosiddetto rush, i consumatori annullano il meccanismo di rilascio prolungato frantumando la compressa fino a ridurla in una polvere, che viene sniffata, o sciolta in acqua e iniettata per via endovenosa, oppure riscaldata su un foglio di alluminio per inalarne i vapori. In questo modo, l'intero quantitativo di principio attivo studiato per essere assorbito in 12 ore entra in circolo istantaneamente, emulando l'effetto dell'eroina ad alta purezza. Negli ultimi anni, la stragrande maggioranza delle pillole spacciate in strada come ossicodone (le note pillole azzurre contrassegnate dalla sigla "M30") non contengono affatto ossicodone, ma sono falsi pressati contenenti dosi letali di fentanyl di produzione clandestina
L'ossicodone e il fentanyl sono due sostanze profondamente diverse per origine, struttura chimica, potenza ed efficacia clinica. Mentre l'ossicodone è un oppioide semisintetico derivato da alcaloidi naturali del papavero come la tebaina, il fentanyl è un composto totalmente sintetico, creato interamente in laboratorio senza l'ausilio di basi vegetali naturali. L'ossicodone (OxyContin) è stato il detonatore storico dell'epidemia, ha creato la platea di tossicodipendenti e ha aperto il mercato di massa alla fine degli anni Novanta; il fentanyl clandestino, a partire dal 2013, ha rilevato quella stessa domanda commerciale sostituendo la molecola medica con una sintetica a basso costo. L'ossicodone rimane la causa d'origine, ma il fentanyl è il principale esecutore materiale della mortalità da strada.

La prima pillola di Ossicodone viene venduta in una Farmacia nel 1996. Il farmaco è l'Oxycontin commercializzato dalla Perdue Pharma della potentissima famiglia Sachler.. Forte di una dicitura di approvazione della FDA, poi rivelatasi inesatta, che certificava il rischio di dipendenza "inferiore all'1%", l'azienda ha spinto i medici a trattare il dolore moderato e cronico non più come un sintomo, ma come una patologia autonoma da eliminare con i farmaci.

Per farlo, i rappresentanti farmaceutici hanno preso di mira le aree geografiche a più alta densità di lavoro manuale usurante: la fascia che va dal West Virginia alla Pennsylvania, passando per l'Ohio e il Michigan.
La Rust Belt è stata inondata di antidolorifici che generano dipendenza perché dalla seconda metà degli anni '90 è diventata il terreno di coltura perfetto per un commercio di massa di antidolorifici euforizzanti, per una coincidenza di ragioni strutturali.
Il primo è il fattore fisico e l'usura degli operai: le miniere di carbone, le acciaierie, le fonderie e le catene di montaggio comportano lavori usuranti che richiedono sforzi fisici estremi. L'incidenza di infortuni sul lavoro, le patologie muscolo-scheletriche e il dolore cronico alle articolazioni in queste aree era ed è la più alta del Paese.
Per le compagnie di assicurazione private legate ai contratti di lavoro metalmeccanici o minerari, rimborsare una terapia mensile di antidolorifici da pochi dollari era infinitamente più economico rispetto a finanziare lunghi cicli di fisioterapia, interventi chirurgici o periodi di mutua pagata.
Questo contesto innesca un cortocircuito economico e sociale. Nel primo decennio degli anni Duemila, la crisi industriale ha accelerato le chiusure delle fabbriche e la delocalizzazione. La classe operaia bianca si è ritrovata improvvisamente senza lavoro e, di conseguenza, senza la copertura assicurativa sanitaria privata garantita dall'impiego.
In questo scenario, la dipendenza fisica da antidolorifici si è saldata con la "disperazione sociale", tanto che quando nel 2010 le autorità federali hanno imposto una drastica stretta sulle prescrizioni mediche, bloccando i ricettari facili), milioni di lavoratori già dipendenti si sono ritrovati in crisi d'astinenza. Il mercato nero ha risposto immediatamente: prima con l'eroina messicana a basso costo e, subito dopo, con il Fentanyl sintetico.
Il risultato è la catastrofe senza precedenti causata di fatto dagli antidolorifici, l'Ossicodone e il Fentanyl della Perdue Pharma. Nella Rust Belt di fatto la dipendenza non nasce dal cartello dei messicani ma dalla medicina ufficiale e dalla degenerazione di logiche "criminali" orientate a massimizzare i profitti.

L'impero del dolore

Dopesick (Dichiarazione di dipendenza) è una serie televisiva disponibile su Disney+, tratta dal saggio di Beth Macy e del suo adattamento televisivo, che racconta con straordinaria efficacia l'epidemia degli oppioidi.
Il titolo originale del libro è "Dopesick: Dealers, Doctors, and the Drug Company that Addicted America", 2018. L'autrice è Beth Macy, una giornalista d'inchiesta statunitense,
Il saggio di Beth Macy è la radiografia sociale di un'epidemia pianificata. Spostando il focus dai consigli di amministrazione di Big Pharma alle comunità della Virginia e dell'Appalchia, Macy documenta come l'introduzione dell'OxyContin nel 1996 abbia agito come un virus in un organismo già debilitato dalla de-industrializzazione.
La forza del libro risiede nella precisione chirurgica con cui viene ricostruito il "passaggio di testimone" tra canali legali e illegali. Attraverso interviste a medici di base ingannati dalla propaganda farmaceutica, genitori di giovani atleti deceduti per overdose e piccoli spacciatori locali, l'autrice dimostra che la dipendenza di massa nella Rust Belt non è stata una scelta individuale, ma il risultato di un vuoto normativo e di una sfacciata avidità societaria.

Macy evidenzia come la criminalizzazione iniziale delle vittime abbia ritardato i soccorsi, trasformando una crisi sanitaria locale nella più grave emergenza da stupefacenti della storia americana, culminata con l'inevitabile arrivo del Fentanyl sintetico di strada per soddisfare la domanda creata nelle cliniche.
Il titolo della riduzione televisiva invece è "Dopesick: dichiarazione di dipendenza"
L'ideatore Danny Strong traduce l'inchiesta di Macy in una narrazione corale e spietata, strutturata su tre piani temporali paralleli, e riesce a connettere l'algida spietatezza della famiglia Sackler (proprietaria di Purdue Pharma) con gli effetti sul campo attraverso la figura emblematica di Samuel Finnix (Michael Keaton), medico stimato di una cittadina di minatori che, fidandosi dei venditori scientifici, prescrive il farmaco ai suoi pazienti finendo lui stesso nel baratro della tossicodipendenza.
La sceneggiatura evita il sensazionalismo e si concentra sull'aspetto sistemico della crisi. Mostra i meccanismi di pressione psicologica sui medici, le omissioni della Food and Drug Administration (FDA) e le enormi difficoltà burocratiche incontrate dai procuratori federali nel tentativo di incriminare i vertici societari.
Dopesick è una tragedia greca moderna sul capitalismo sanitario americano, dove la performance straordinaria del cast restituisce l'immagine di una nazione in cui il dolore fisico della classe operaia è stato letteralmente cartolarizzato e trasformato in profitto privato.
Un altro libro sullo stesso tema è "L'impero del dolore" di Patrick Radden Keefe, giornalista investigativo del New Yorker, pubblicato nel 2021, un atto d'accusa definitivo contro la famiglia Sackler, proprietaria di Purdue Pharma. Keefe realizza un'inchiesta monumentale che ricostruisce le tre generazioni della famiglia Sackler, la dinastia che ha applicato le regole del marketing più aggressivo alla medicina, accumulando una fortuna stimata in 13 miliardi di dollari.
Il cuore del libro analizza la figura del patriarca Arthur Sackler, pioniere del marketing e della pubblicità farmaceutica moderna, e di suo nipote Richard, l'uomo che ha guidato il lancio dell'OxyContin nel 1996. Il giornalista dimostra, carte alla mano, come Purdue Pharma abbia promosso il farmaco con una rete capillare di medici compiacenti, regalie e slogan ingannevoli, nascondendo sistematicamente i dati interni che già a fine anni Novanta evidenziavano l'esplosione di dipendenze e overdose tra i pazienti.
Lo stile di Keefe è secco e privo di retorica. L'autore segue in m maniera rigorosa la pista del denaro, e descrive il paradosso di una famiglia che per decenni ha ripulito la propria reputazione attraverso donazioni miliardarie ai musei più prestigiosi del mondo, dal Louvre al Metropolitan di New York, mentre le sue fabbriche producevano la materia prima per una catastrofe sanitaria nazionale. Un saggio straordinario sull'aviditàche diventa male assoluto, che piega le istituzioni sanitarie pubbliche, provoca la morte di migliaia di persone e mette in pericolo la vita di intere comunità per generazioni.
Il crollo dell'impero dei Sackler coincide con l'esito della monumentale battaglia giudiziaria di avvocati e procuratori contro Purdue Pharma e i suoi proprietari, una battaglia legale f che ha ridefinito la storia della giurisprudenza statunitense cosi come quella dell'aàmoinato e del tabacco. Il verdetto della storia e dei tribunali ha riconosciuto i Sackler come i principali responsabili morali e materiali dell'epidemia da fentanyl,
Sul piano penale, la società Purdue Pharma in quanto entità giuridica si è dichiarata colpevole per ben due volte di fronte al Dipartimento di Giustizia degli Stati Uniti, nel 2007 e poi nel 2020, per reati che vanno dal depistaggio delle autorità di regolamentazione alla frode e alla cospirazione per aver fornito tangenti ai medici al fine di spingere le prescrizioni di OxyContin.

Tuttavia, le sanzioni miliardarie comminate alla società non potevano essere pagate per intero, poiché la pioggia di oltre 3.000 cause legali intentate da Stati, contee, tribù di nativi americani e singole vittime ha spinto Purdue a dichiarare bancarotta protetta (sulla base del Chapter 11) nel settembre 2019.
Per quanto riguarda i membri della famiglia Sackler, nessuno di loro è stato condannato al carcere, perché i reati penali societari raramente colpiscono i singoli azionisti se non si dimostra un dolo diretto e individuale difficilissimo da provare in tribunale.
Per anni, i Sackler hanno cercato di utilizzare il fallimento della propria azienda come uno "scudo protettivo" personale. Avevano offerto un accordo transattivo da circa 6 miliardi di dollari a patto di ricevere la manleva totale e permanente, il nonconsensual third-party release, ovvero l'immunità civile totale da qualsiasi futura causa legale intentata dalle vittime dell'oppioide, pur non avendo loro stessi dichiarato bancarotta personale. Questo accordo, inizialmente approvato dalla maggioranza dei creditori e dai tribunali fallimentari, è stato impugnato dal Dipartimento di Giustizia ed è arrivato davanti alla Corte Suprema degli Stati Uniti. Con una storica sentenza del 27 giugno 2024, Harrington v. Purdue Pharma, la Corte Suprema ha bocciato l'accordo e costretto le parti a tornare al tavolo delle trattative per formulare un accordo che rispettasse i nuovi paletti giuridici.
Il 1° maggio 2026, Purdue Pharma ha ufficialmente e permanentemente cessato di esistere. Le sue attività industriali e i suoi asset sono stati trasferiti a una nuova società completamente pubblica e no-profit, denominata Knoa Pharma, interamente controllata da un consiglio di amministrazione indipendente e senza alcun legame con i Sackler. Tutti i profitti generati dalla vendita dei medicinali di Knoa saranno destinati esclusivamente a finanziare programmi di prevenzione e trattamento della dipendenza da oppiacei. È entrato legalmente in vigore un maxi-accordo transattivo nazionale da 7,4 miliardi di dollari. Di questi, la famiglia Sackler sta pagando di tasca propria oltre 4,5 miliardi di dollari in diverse tranche, dopo aver rinunciato definitivamente al controllo di qualsiasi attività farmaceutica negli Stati Uniti. I fondi, che hanno iniziato a confluire verso i singoli Stati americani e i vari trust dei creditori a partire dalla metà del 2026, finanzieranno per i prossimi 15 anni la ricostruzione delle reti di assistenza sanitaria e sociale devastate dall'epidemia. Anche le singole vittime e i neonati nati affetti da NAS riceveranno risarcimenti diretti (tra i 26.000 e i 40.000 dollari a testa) attraverso fondi fiduciari dedicati.
I Sackler hanno perso la loro azienda simbolo e gran parte della loro reputazione filantropica (il loro nome è stato rimosso dai musei di tutto il mondo), ma conservano comunque un patrimonio personale miliardario protetto in trust esteri. Purdue Pharma è stata liquidata, lasciando dietro di sé una lezione epocale sui limiti della responsabilità societaria nel capitalismo sanitario americano
L'offensiva giudiziaria contro Purdue Pharma e i membri della famiglia Sackler si è sviluppata nell'arco di quasi vent'anni, attraverso due filoni principali: quello penale contro la società e quello civile (e fallimentare) che ha coinvolto direttamente i proprietari. L'offensiva legale contro Purdue Pharma e i Sackler è stata una delle più gigantesche e complesse operazioni giudiziarie della storia americana. Non c'è stato un solo avvocato o una sola causa, ma una costellazione di azioni legali parallele che hanno unito enti pubblici e soggetti privati.
Tra queste il procedimento federale centralizzato in Ohio, noto come MDL 2804 (Multidistrict Litigation), uno strumento che funziona in modo simile a una maxi-class action.


SACKLERS KILLED MY SON
Aaron Derigo
MARCH 14TH
FOREVER 31
OUR LOVE FOREVER
SHAME ON SACKLER
MY DEAD SON DOES NOT RELEASE SACKLERS

THE SA


SACKLER
LOUVRE DÉBAPTISEZ L'AILE SACKLER


MY DEAD SON DOES NOT RELEASE SACKLERS

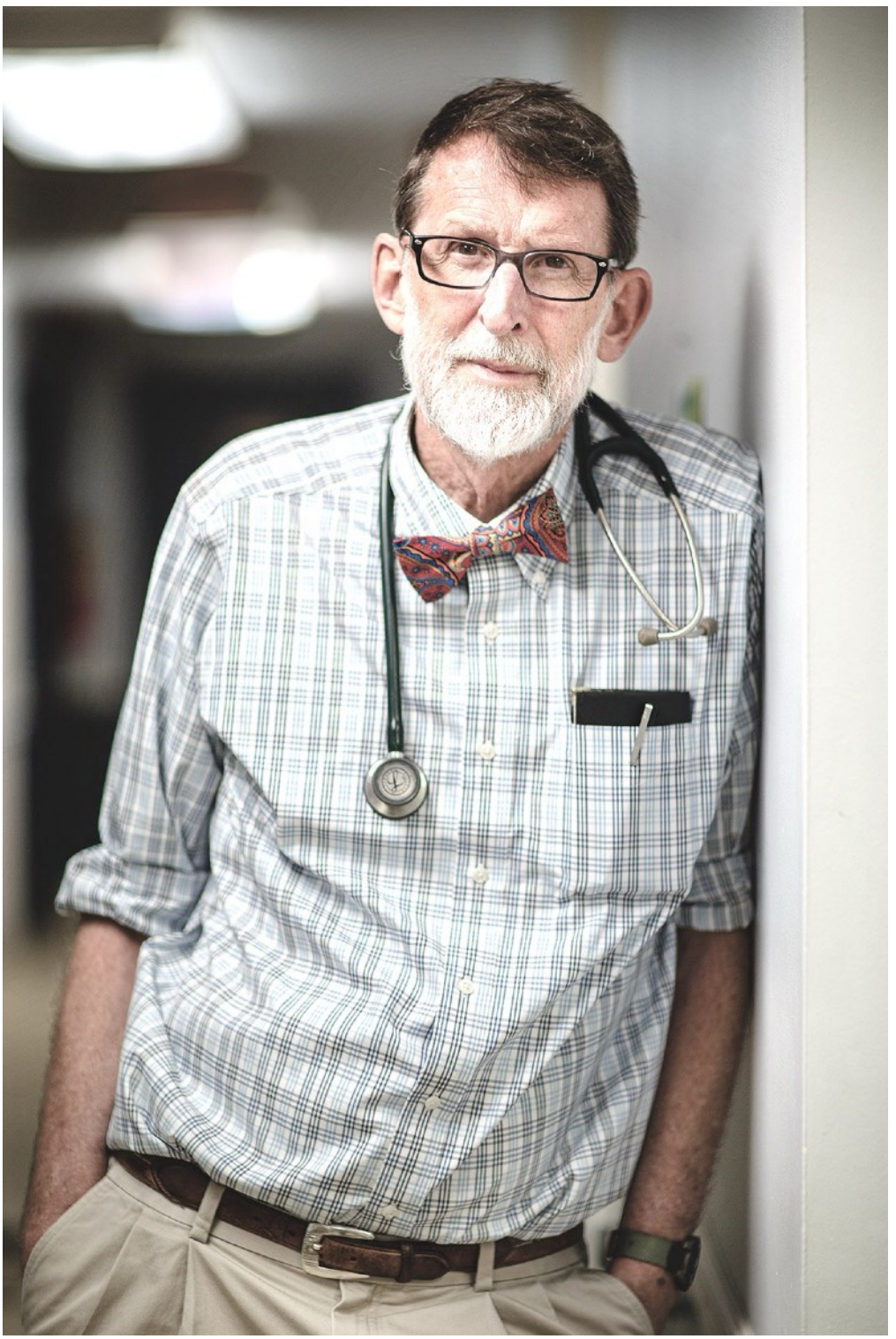
La astinenza da Fentanyl

Tornando alla Sindrome di Astinenza Neonatale, durante la prima fase che va dal1996 al 2012 della crisi degli oppioidi, l'ossicodone (OxyContin) è stato effettivamente il principale responsabile del boom di neonati nati in astinenza. Le donne in gravidanza ricevevano prescrizioni legali di ossicodone per gestire dolori fisici. La facilità di accesso ai canali medici ha fatto sì che un'intera generazione di madri della working class sviluppasse una dipendenza inconsapevole, trasmettendola al feto attraverso la placenta. In questo periodo periodo, la NAS era un fenomeno legato soprattutto ai farmaci da prescrizione. Oggi la dinamica è cambiata radicalmente. L'ossicodone non è più la causa principale della NAS negli Stati Uniti perché i protocolli medici, non solo per le donne in gravidanza, sono oggi rigidissimi e prescrivere ossicodone a una donna incinta è diventata una rarità clinica. La stragrande maggioranza delle donne incinte che soffrono di disturbo da uso di oppioidi (OUD) consuma oggi fentanyl di strada, spesso spacciato sotto forma di finte pillole di ossicodone.
Oggi, la maggior parte dei casi registrati di NAS negli ospedali americani è legata a due fattori: il Fentanyl clandestino, che ha effetti devastanti sulla salute fetale a causa dell'altissima tossicità e dei dosaggi incontrollati, e le terapie sostitutive, le MOUD, usate per salvare le madri e i feti dal rischio di overdose da Fentanyl di strada. I medici somministrano farmaci sostitutivi legali come il metadone o la buprenorfina che mantengono la madre stabile, che causano una NAS al neonato ma controllata e nota, sulla quale intervenire dopo la nascita.
La NAS nasce dunque anche e in molti casi dalla prescrizione medica e dal canale legale.
La NAS che deriva da terapia sostitutiva è sicuramente una riduzione del danno ma anche un paradosso terapeutico. Quando una donna incinta ha una grave dipendenza da oppioidi, che si tratti di ossicodone o di fentanyl di strada, i protocolli medici americani ed europei vietano la disintossicazione immediata il cosiddetto "disintossicamento a freddo" durante la gravidanza, perchè a gravissima crisi d'astinenza della madre causerebbe un enorme stress fetale, con un rischio altissimo di aborto spontaneo o morte del feto in utero. I medici quindi stabilizzano la madre somministrandole legalmente farmaci oppioidi sostitutivi a lungo rilascio, come il metadone o la buprenorfina. Questa terapia riduce drasticamente il rischio di overdose per la madre e garantisce uno sviluppo fetale più stabile rispetto al consumo di droghe da strada contaminate. Il bambino però nascerà comunque con la Sindrome di Astinenza Neonatale a causa del metadone o della buprenorfina prescritti dal medico. In questo caso, però, la NAS è considerata un "male minore" pianificato e gestibile in modo sicuro dallo staff pediatrico nei reparti di terapia intensiva neonatale (TIN), dove i neonati vengono svezzati gradualmente con dosi microscopiche di morfina liquida o metadone fino alla completa indipendenza chimica

L'Italia non ha mai registrato una diffusione di massa dell'ossicodone tra la popolazione per dolori comuni, come le malattie da usura lavorativa, e non esistono o quasi madri dipendenti da farmaci antidolore da prescrizione. Negli Stati Uniti l'altissimo numero dei neonati in sindrome di astinenza è una diretta derivata della spaventosa crisi degli oppioidi, che come vedremo derivato dalla diffusione di farmaci antidolorifici prescritti da medici e comperati in farmaci dietro ricetta. In Italia la prescrizione degli oppioidi è sempre stata blindata da una normativa estremamente severa e limitata alle terapie antidolore e palliative.
La Sindrome di Astinenza Neonatale è stata, ed è tuttora, un fenomeno legato quasi esclusivamente al consumo di droghe da strada, con l'eroina storicamente a fare da protagonista assoluta. Inoltre in Europa chi è dipendente da sostanze non sta commettendo un reato ma viene ritenuto affetto da patologie psichiche, viene preso in carico dai servizi sanitari e sociali e viene curato. Ad esempio l'uso di sostanze da parte della madre non comporta automaticamente l'allentamento del bambino. Resta sicuramente lo stigma sociale, o meglio il doppio stigma, la donna tossicodipendente e la madre indegna.

I protagonisti

Gli avvocati.
Art Van Zee e Sister Beth M. Masters, P.T. Farrel Jr, D. McGrew...
Mike Hunt
Jim Hood e Maura Healey



Gli avvocati

La vicenda italiana si inserisce in un contesto europeo di forte pressione normativa e giudiziaria. La "battaglia contro l'algoritmo" non è un caso italiano ma più in generale europeo.
In prima fila c'è la Spagna che è anche il paese dove le piattaforme sono nate.
La Ley Rider spagnola è la prima in Europa. Stabilisce la "presunzione di subordinazione" in virtù della quale i rider sono considerati dipendenti e non autonomi, e obbliga le aziende alla trasparenza algoritmica, cioè ai sindacati è garantito il diritto di conoscere i parametri che influenzano il lavoro dei rider.
Tra il 2023 e l'inizio del 2025, Glovo ha accumulato multe per oltre 200 milioni di euro per l'utilizzo di rider considerati "falsi autonomi". Le autorità spagnole hanno inoltre accusato l'azienda di aver cercato di aggirare la legge modificando Jarvis senza però cambiare la sostanza del controllo sui lavoratori.

La UE ha approvato ad ottobre 2024 una direttiva (2024/2831), che introduce una "presunzione legale di lavoro subordinato" a livello europeo. Gli stati membri, compresa l'Italia, hanno tempo fino al dicembre 2026 per recepire queste norme.
La direttiva proibisce espressamente agli algoritmi di prendere decisioni critiche come il licenziamento, o nel caso specifico la disconnessione senza un supervisore "umano".
Nel giugno 2025, la Commissione Europea ha inflitto una multa storica da 329 milioni di euro a Delivery Hero (la casa madre di Glovo) e alla stessa Glovo, con l'accusa che le aziende del delivery si sarebbero accordate per non rubarsi i rider a vicenda e per fissare compensi uguali per tutti, scambiandosi informazioni sensibili tramite i rispettivi board. Questa multa è storica perché rappresenta il primo caso in cui l'UE ha sanzionato un "cartello" nel mercato del lavoro digitale.

In Francia e in Belgio le autorità per la concorrenza e i tribunali del lavoro si sono focalizzate sulle pratiche anticartello, focalizzandosi su come gli algoritmi standardizzano i prezzi a danno della libera concorrenza tra i lavoratori.
L'Italia con l'antitrust sulla comunicazione ingannevole ha aperto un nuovo fronte. La Spagna si è concentrata per prima sul modello contrattuale, l'Italia sul social washing dell'azienda e sulla comunicazione ingannevole.
Oltre l'Oceano c'è poi il caso del Canada, con una ulteriore particolarità: Glovo si è ritirata dal mercato nordamericano anni fa ma i suoi concorrenti, Uber Eats, DoorDash e SkipTheDishes, usano le dinamiche algoritmiche e sono finite sotto la lente d'ingrandimento delle autorità per gli stessi motivi di trasparenza e pratiche ingannevoli che hanno mosso le autorità europee.
Il governo canadese si sta concentrando sulla trasparenza Algoritmica. Lo stato dell'Ontario ha fatto da apripista con il Digital Platform Workers' Rights Act, pienamente operativo dal 1° gennaio 2026. La legge prevede il "Diritto alla spiegazione": I rider canadesi hanno ora il diritto legale di sapere come l'algoritmo assegna gli ordini e come vengono calcolati i punteggi. Sono vietate le "Penalità Occulte", cioè le piattaforme non possono più penalizzare i rider che rifiutano ordini senza una comunicazione chiara. Di fatto una soluzione concreta rispetto al problema della "connessione forzata" che abbiamo visto in Italia.
Infine analogamente alla direttiva UE, le decisioni di disconnessione, cioè del licenziamento algoritmico, devono essere revisionate da una persona e non possono essere lasciate esclusivamente al software.

L’Antitrust Canadese, il Competition Bureau, ha intensificato quest’anno un'azione legale contro DoorDash, accusato di drip pricing, (letteralmente “prezzi a goccia”).
Il Drip Priciong funziona in questo modo.
Le piattaforme mostrano un prezzo iniziale basso, aggiungendo commissioni e "fee" solo nell'ultima schermata di pagamento. Per l'Antitrust canadese questo sistema è una pratica commerciale ingannevole e da sanzionare perché l'azienda comunica un valore ma l'algoritmo ne applica un altro.
A differenza della Spagna che ha imposto il modello subordinato, il Canada, da quest’anno, sta sperimentando una via “ibrida”, secondo la quale i rider restano autonomi ma con standard minimi garantiti: una sorta di salario minimo di 20 Dollari canadesi (circa 12 Euro) l'ora per il tempo di connessione, una copertura per infortuni sul lavoro e un’indennità per i costi del veicolo. Questi vincoli a tutela dei rider servono di fatto a “depotenziare” l’agoritmo: se l'azienda deve pagare un minimo orario, l'algoritmo perde interesse a "tenere in attesa" centinaia di rider senza assegnare loro ordini.
In sintesi il Canada si concentra sulla trasparenza del dato: l'algoritmo deve essere una "scatola di vetro" e i costi devono essere chiari fin dal primo clic.

Tornando dalle nostre parti, il decreto lavoro del primo maggio 2026 ha imposto la "trasparenza algoritmica" e ha introdotto la presunzione di subordinazione per i lavoratori delle piattaforme digitali quando l'algoritmo controlla le mansioni. Le aziende devono garantire la supervisione umana sulle decisioni automatizzate, ade esempio i licenziamenti o le sanzioni, conservando i dati dei sistemi di gestione per almeno 5 anni.
Per quanto riguarda la gestione del personale tramite strumenti automatizzati o Intelligenza Artificiale le nuove Linee guida per l'AI nel lavoro si compongono di quattro principi chiave:
Il primo è la presunzione di subordinazione: Se l'algoritmo gestisce, valuta o limita l'accesso al lavoro in modo rigido, la cosiddetta eterodirezione, il lavoratore può essere considerato a tutti gli effetti un dipendente subordinato, con tutte le tutele del caso.
Ila secondo è il diritto al riesame umano: le decisioni che incidono sul rapporto di lavoro (turni, assegnazione incarichi, sospensioni o licenziamenti) non possono essere prese esclusivamente dall’algoritmo, il lavoratore ha diritto a richiedere l'intervento di una persona in carne e ossa che possa riesaminare la decisione.
Il terzo è l’obbligo di trasparenza e di informazione corretta: i datori di lavoro devono informare preventivamente i lavoratori sull'utilizzo di sistemi decisionali o di monitoraggio automatizzati, e i dipendenti devono sapere quali parametri l'algoritmo utilizza per valutare le loro performance.
Infine per quanto riguarda la conservazione e la protezione dei dati le piattaforme sono obbligate a conservare i dati relativi all'attività dei lavoratori per 5 anni e a metterli a disposizione degli organi ispettivi.
Queste norme mirano a contrastare il cosiddetto "caporalato digitale", assicurando che la tecnologia non aggiri le tutele del diritto del lavoro e non generi discriminazioni nelle valutazioni del personale
In Italia, con l'entrata in vigore del Decreto Lavoro del 30 aprile 2026, questi algoritmi devono ora rispettare nuovi obblighi di trasparenza. E soprattutto le aziende sono tenute a informare non solo i lavoratori ma anche i rappresentanti sindacali su quali parametri influenzano la rotazione dei turni o l'assegnazione degli straordinari. Il lavoratore ha ora il diritto alla spiegazione: se l'algoritmo assegna sempre i turni peggiori alla stessa persona, l'azienda deve poter dimostrare che non vi sia una discriminazione automatizzata. E al sindacato è data la possibilità di contrattare l’algoritmo con l’azienda, uno dei cavalli di battaglia dei sindacati in Italia e in Europa degli ultimi anni.

Art Van Zee e Sister Beth

Art Van Zee è da sempre il medico di Saint Charles una piccola città in Virginia. Tra il 1999 e il 2001 iniziò a documentare i casi di dipendenza tra i giovani del bacino minerario degli Appalachi, promuovendo petizioni alla FDA e testimoniando al Congresso contro le rassicurazioni di Purdue Pharma.
Il dottor Art Van Zee è stato in assoluto uno dei primissimi medici a capire e denunciare il traffico di OxyContin, diventando il primo vero "whistleblower" (informatore) contro la casa farmaceutica Purdue Pharma. [1, 2, 3]
La sua figura è così importante nella storia recente americana da aver ispirato direttamente il personaggio del medico idealista (interpretato da Michael Keaton) nella celebre e pluripremiata serie TV Dopesick - Dichiarazione di dipendenza, a sua volta tratta dal libro d'inchiesta di Beth Macy. Assieme alla moglie, l'avvocato Sue Ella Kobak, e una suora locale, Sister Beth Davies, notarono contemporaneamente un'esplosione mai vista di furti in casa, rapine alle farmacie e prostituzione, tutto legato alla ricerca di quelle pillole.
"L'Oxycontin crea assuefazione e sta distruggendo la nostra comuità"
A lanciare l'allarme è Art Van Zee un medico di base di una piccola com unita agricola della contea di Lee nello stato della West Virgina nel cuore degli Appalachi. Van Zee è un medico internista che negli anni '70 aveva scelto di trasferirsi a St. Charles, per gestire una clinica comunitaria per minatori e famiglie a basso reddito, persone logorate da decenni di durissimo lavoro fisico.
Quando nel 1996 viene lanciato sul mercato l'OxyContin, la contea di Lee è letteralmente invasa da informatori scientifici che convincono i medici locali a prescriverlo, assicurando che il principio attivo del farmaco grazie alla formula a rilascio prolungato non avrebbe creato dipendenza "nel 99% dei pazienti".
Tra il 1998 e il 1999 invece Van Zee comincia a notare anomalie inquietanti nella sua comunità. Molti adolescenti, soprattutto i figli dei minatori finivano in ospedale per arresti respiratori, dopo aver assunto un farmaco che teoricamente doveva essere in mano solo ai padri minatori in cura per danni articolari e traumi dovuti al lavoro usurante i miniera.
Van Zee scoprì che i ragazzi avevano capito come aggirare il meccanismo di sicurezza della pillola che garantiva il rilascio prolungato: bastava raschiare la pellicola esterna, frantumare la pillola e sniffarla o iniettarsela per ottenere una scarica immediata e potentissima di ossicodone puro, equivalente all'eroina.
Van Zee incomincia una sua battaglia in solitaria contro il gigante, la Perdue, il colosso farmaceutico della potentissima famiglia Sackler, benefattori da decenni delle più prestigiose istituzioni culturali della East Coast . Telefona direttamente alla Purdue Pharma per avvertirli che il loro farmaco stava distruggendo la sua città e che la tesi del "non crea assuefazione" era un falso colossale. Nel 2001 guida una petizione ufficiale indirizzata alla Food and Drug Administration (l'ente regolatore americano del cibo e dei farmaci) chiedendo formalmente di ritirare l'OxyContin dal mercato o di limitarlo severamente. Diventa un attivista infaticabile, partecipa a convegni e dibattiti, fino a testimoniare davanti al Congresso degli Stati Uniti e nei tribunali.
Nel 2009 pubblica uno studio storico sull'American Journal of Public Health intitolato "The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy", in cui denuncia scientificamente le tecniche di marketing ingannevole della famiglia Sackler.

Il dottor Van Zee arriva alle conclusioni cui sono arrivate le autorità americane con almeno 10 anni di anticipo. Oggi continua a vivere nella West Virginia e a curare i pazienti nella stessa clinica in Virginia da cui ha cominciato. La Purdue Pharma è fallita sotto il peso delle cause legali, ma quella prima ondata di pillole ha spianato la strada alla crisi del fentanil e dei vari derivati, ancora piu letale.
In parallelo alla battaglia medica di Van Zee, c'è quella di Suor Beth l'anima sociale della comunità di Saint Charles. Art Van Zee, Sue Ella Kobak (avvocatessa e moglie di Van Zee) e Sister Beth Davies formano un trio che ha cercato di salvare la contea di Lee dall'invasione dell'OxyContin e non ha avuto paura dello strapotere delle industrie minerarie e delle Pahrma. Suor Beth, una donna energica e minuta, è una donna abituata a combattere contro poteri immensamente più grandi di lei. Passa venti anni a difendere i minatori dalle aziende minerarie e diventa il motore emotivo e organizzativo della resistenza contro la Purdue Pharma in Virginia. Nata a Staten Island (New York), Beth Davies faceva parte della congregazione cattolica di Notre Dame. Nel 1972 decise di trasferirsi a St. Charles, in Virginia, dovevi scontra piu volte contro le multinazionali minerarie che distruggevano le montagne con il mountain top removal (il disboscamento e la demolizione delle vette) e avvelenavano l'acqua della povera gente.
Suor Beth gestisce un centro per il recupero dall'alcolismo e dalle tossicodipendenze tradizionali All'inizio del 2000, quasi da un giorno all'altro, vede la sua comunità travolta da una nuova ondata di disagio fuori misura e controllo. Gli adolescenti del posto stavano abbandonando la scuola, si verificavano furti nelle case dei minatori anziani in cui venivano rubati i loro antidolorifici. Improvvisamente cominciano a morire ragazzi nei motel della zona per arresto respiratorio. Quando parlò con il dottor Van Zee, i due unirono immediatamente le forze, e capirono che la causa di tutto era quella nuova pillola apparentemente miracolosa prodotta dalla Purdue, l'Oxycontin.
Il momento più iconico della battaglia di Suor Beth, raccontato magistralmente nella serie TV Dopesick, avvenne nei primi anni 2000. La Purdue Pharma, accorgendosi che nella contea di Lee stava nascendo una pericolosa rivolta guidata da quel medico e da quella suora, cercò di mettere a tacere la comunità con una mossa di pubbliche relazioni decisamente spregiudicata: offrì un finanziamento di 100.000 dollari alle associazioni locali per finanziare programmi di educazione contro l'abuso di farmaci. Per una delle contee più povere degli Stati Uniti, 100.000 dollari erano una cifra astronomica, e molti attivisti e politici locali erano intenzionati ad accettare. Suor Beth contrarissima ad accettare l'offerta fu l'unica ad alzarsi in piedi in una riunione pubblica e a opporsi fermamente dicendo "Quello è il denaro del sangue (blood money). Vogliono comprarci per farci stare zitti mentre i nostri figli muoiono". Con la sua incredibile forza persuasiva, convinse l'intera coalizione cittadina a rifiutare l'assegno della Purdue, costringendo l'azienda a una figuraccia pubblica planetaria.
Insieme a Van Zee, Suor Beth fondò una coalizione di cittadini che iniziò a raccogliere migliaia di firme. Organizzò incontri nelle chiese, nelle scuole e nelle palestre, spiegando alle madri che i loro figli non erano "delinquenti", ma vittime di una truffa medica di dimensioni straordinarie. Questo instancabile lavoro dal basso creò le basi, le prove e le testimonianze umane che spinsero i procuratori federali della Virginia a muoversi, portando anni dopo, nel 2007, alla prima storica condanna multimilionaria contro la Purdue Pharma.
Suor Beth comprese sul campo prima di molti psichiatri americani che per la dipendenza da oppioidi pesanti, come l'ossicodone puro, i classici programmi in 12 passi basati solo sulla forza di volontà non bastavano. Il cervello dei ragazzi era biologicamente modificato dalle droghe sintetiche e servivano supporti farmacologi importanti. Fu una delle prime a battersi pubblicamente per l'introduzione della terapia assistita con farmaci sostitutivi, ad esempio la buprenorfina, salvando centinaia di vite dalle overdose e dalla strada.
Oggi, nonostante i suoi 85 anni, Suor Beth continua a essere un punto di riferimento in Appalachia, dove la battaglia contro gli oppioidi non è finita e durerà ancora a lungo.
Da Saint Charles incomincia la grande battaglia legale contro le Pharma, che durerà piu di 20 anni, mentre l'ossicodono continua la sua penetrazione della cintura della ruggine e poi verso la Pensilvanya, fino a Philadelphia, il piu grande mercato della droga della East Coast, la capitale dell'eroina, e oggi della Xilazina, la droga degli Zombie.



M. Masters, P.T. Farrel Jr, D. McGrew...

maggio 2001, West Virginia.
Marvin Masters, Paul T. Farrell Jr. e il procuratore generale Darrell McGraw.
L'innesco degli Appalachi: il maggio 2001 e il primo affondo a Purdue Pharma
Il muro d'omertà della Purdue Pharma non è crollato nei grandi studi legali di New York o di Chicago, ma nelle contee minerarie del West Virginia. È stato un pool di avvocati locali guidato da Marvin Masters e Paul T. Farrell Jr. a intentare, nel maggio del 2001, la prima vera class action di massa per responsabilità da prodotto contro i produttori dell'OxyContin (McCallister v. Purdue Pharma).
Masters e Farrell furono i primi a comprendere che l'OxyContin non era una semplice pillola per il sollievo dal dolore, ma un detonatore sociale studiato per saturare aree depresse. Presentarono una serie di azioni legali per conto di decine di pazienti diventati involontariamente tossicodipendenti dopo che i loro medici avevano prescritto il farmaco per traumi di routine, come mal di schiena o infortuni sul lavoro nei cantieri e nelle miniere.
In quel deposito giudiziario del maggio 2001, i legali formalizzarono la tesi che avrebbe guidato i successivi vent'anni di contenziosi: la "falsa rappresentazione scientifica". Purdue Pharma aveva addestrato la propria rete vendita a raccontare ai medici che la formulazione a rilascio prolungato (Contin) rendeva il farmaco "praticamente esente da rischi di assuefazione", affermando che la probabilità di dipendenza fosse inferiore all'1%. L'azienda sapeva però che bastava masticare, frantumare o sciogliere la pillola per annullare il meccanismo di rilascio lento e assumere una dose massiccia e letale di ossicodone in un solo istante.
A stretto giro, nel giugno del 2001, l'Attorney General del West Virginia, Darrell McGraw, sferrò l'attacco dal versante pubblico, depositando la prima causa statale contro il colosso farmaceutico. L'iniziativa della Procura del West Virginia introdusse l'elemento contabile chiave: non si limitava a chiedere i danni per la dipendenza dei singoli individui, ma accusava Purdue di aver deliberatamente saturato le aree rurali e svantaggiate degli Appalachi con volumi di pillole sproporzionati rispetto alla popolazione residente, scaricando sui bilanci sanitari e assistenziali dello Stato i costi d'emergenza dell'epidemia.
I tre protagonisti che nel 2001 aprirono il fronte giudiziario contro Purdue Pharma nel West Virginia. Nel 2001 Marvin Masters è ormai un avvocato veterano delle contee minerarie degli Appalachi nel West Virginia. È esperto in cause di responsabilità civile e ha decenni di battaglie alle spalle contro le società minerarie per gli infortuni e le malattie polmonari dei minatori.
Paul T. Farrell Jr è è un avvocato civilista cresciuto a Huntington, nel West Virginia, la città passata alle cronache come la "capitale americana delle overdose". Figlio d'arte, suo padre era un noto giudice locale.
Darrell McGraw è l'Attorney General "populista" del West Virginia. È un politico e giurista democratico di lungo corso, iconico per i suoi baffi bianchi, la retorica d'altri tempi e un'impostazione fortemente interventista. È Procuratore Generale del West Virginia ininterrottamente dal 1993 al 2013.

Nel maggio 2001 l'avvocato Masters deposita la prima storica class action di privati (McCallister v. Purdue Pharma) nella contea di Putnam. È lui a smontare in aula lo slogan di marketing di Purdue basato "sul rischio di dipendenza inferiore all'1%", dimostrando la meccanica della manipolazione delle informazioni sulla dipendenza causata dalle pillole.

Purdue tentò in ogni modo di bloccare il caso chiedendone lo spostamento nelle corti federali, solitamente più favorevoli alle corporation, ma Masters riuscì a far riassegnare il processo alla corte statale del West Virginia. Di fronte al rischio di un verdetto d'impatto popolare con una giuria di minatori, Purdue nel 2007 scelse di negoziare un accordo stragiudiziale milionario e riservato con i clienti di Masters, evitando la sentenza civile ma lasciando tracciata la strada legale. Masters continua a dirigere il suo studio a Charleston, focalizzato sul diritto del lavoro e sulla sicurezza industriale.

Farrell Jr. è il tessitore del maxi-contenzioso nazionale. Nel 2001 intuisce che l'OxyContin non è una crisi passeggera ma un'emergenza sistemica. Partecipa ai primi depositi del 2001 e passa i quindici anni successivi a raccogliere dati epidemiologici, bolle di accompagnamento delle spedizioni farmaceutiche e registri di pronto soccorso.
L'intuizione del 2001 trasforma Farrell in una delle figure chiave dei mass torts americani. Nel 2017 viene nominato dal tribunale federale tra i tre legali guida della National Prescription Opiate Litigation, il maxi-contenzioso (MDL) contro Purdue consolidato ad Akron, in Ohio, che ha accorpato oltre 3.000 cause di contee e città statunitensi. È stato l'architetto degli accordi transattivi multilivello che hanno imposto ai colossi della distribuzione farmaceutica, McKesson, AmerisourceBergen, Cardinal Health, e ai produttori risarcimenti globali per oltre 50 miliardi di dollari. Oggi guida la Farrell & Fuller, uno dei principali studi legali americani dedicati ai contenziosi ambientali e sanitari.

McxGraw, nel giugno del 2001 è il primo Procuratore Generale negli Stati Uniti a citare in giudizio Purdue Pharma a nome di uno Stato, accusando l'azienda di pratiche commerciali ingannevoli e di aver causato una crisi di salute pubblica sommersa che prosciugava il bilancio sanitario statale.
Nel 2004 costringe Purdue Pharma alla prima transazione pubblica statale della storia degli oppioidi: l'azienda accetta di pagare 10 milioni di dollari allo Stato del West Virginia, fondi che furono vincolati per legge a finanziare programmi di riabilitazione dalla tossicodipendenza e la creazione di un sistema informativo statale per il tracciamento delle prescrizioni mediche (prescription monitoring program).
La vittoria di McGraw fece da apripista per le successive azioni di tutti gli altri Procuratori Generali d'America. McGraw ha lasciato la Procura nel 2013 dopo cinque mandati consecutivi.

Masters, Farrell e McGraw leggono la crisi sanitaria dal territorio e sono i primi a trasformare i fatti che hanno portato alla crisi degli oppioidi, nella tesi del farmaco da banco, approvato dalle autorità e diffuso dai medici in buona fede sotto la precisino del gigante della Pharma che si trasforma in un costo sociale permanente scaricato sulle strutture pubbliche del territorio.

Mike Hunter

L’altra sentenza storica oltre a quella dell’Oihio è quella dell’Oklahoma, ed avviene nello stesso periodo. Per più di vent'anni la narrazione sull'epidemia degli oppioidi negli Stati Uniti è rimasta confinata nelle aule penali minori: la storia di singoli individui accusati di "spaccio", medici compiacenti radiati dagli albi o pazienti finiti in overdose negli scantinati della Rust Belt. Nel maggio del 2019, la Procura Generale dell'Oklahoma decide di rovesciare l'architettura legale. L'Attorney General Mike Hunter non cita in giudizio gli spacciatori di strada, ma i vertici dell'industria farmaceutica, accusandoli di aver creato una "crisi di salute pubblica su scala statale" attraverso una campagna di marketing manipolatoria e fraudolenta. È il primo processo civile contro i giganti del pharma trasmesso in diretta streaming mondiale.
L'arma legale è al dottrina del Public Nuisance, un cavillo giuridico del XIX secolo nato per risolvere le controversie sui beni comuni: la norma sul "danno alla quiete pubblica" (public nuisance). Storicamente usata per sanzionare chi inquinava i fiumi o bloccava le strade pubbliche, la norma viene applicata dai legali dell'Oklahoma alla distribuzione dei farmaci: "L'imputato ha riversato nei canali della nostra comunità milioni di dosi di oppioidi ad alto potenziale, inquinando il tessuto sociale dello Stato allo stesso modo in cui una fabbrica scarica veleni chimici in un acquedotto cittadino."
Per sostenere l'accusa, la Procura presenta i numeri dell'impatto sul territorio: tra il 2000 e il 2018, in Oklahoma oltre 6.000 persone sono morte per overdose da prescrizione, mentre decine di migliaia di neonati sono nati con la sindrome da astinenza neonatale.
La strategia della difesa si basa sul foglietto illustrativo e la responsabilità individuale
Gli avvocati delle multinazionali (in particolare del colosso Johnson & Johnson, rimasto unico imputato al dibattimento dopo che Purdue Pharma ha patteggiato alla vigilia dell'udienza) impostano la difesa sulla copertura dell'FDA: i farmaci incriminati (come il cerotto al fentanyl Duragesic o le pillole OxyContin) erano stati regolarmente approvati dall'agenzia federale del farmaco. La multinazionale inoltre si limitava a produrre e distribuire; la decisione finale sulla posologia spettava ai singoli medici prescrittori.
Era seconod l’accusa impossibile dimostrare che una specifica campagna promozionale fosse la causa diretta della dipendenza del singolo cittadino.
L’accusa punta invece sull'ingegnerizzazione del consenso medico. Durante le sette settimane di dibattimento, l'accusa porta in aula migliaia di documenti interni desegretati che smentiscono la linea della difesa. Dalle mail aziendali emerge che Johnson & Johnson non si limitava a vendere il prodotto finale: attraverso una controllata in Tasmania, coltivava e forniva il 60% della materia prima di papavero da oppio (super-poppy) utilizzata da Purdue Pharma per sintetizzare l’OxyContin. Vengono proiettati in aula i manuali di addestramento degli informatori scientifici. I venditori avevano l'ordine di individuare i medici con il più alto tasso di prescrizioni nei quartieri popolari ed esercitare una pressione sistematica, rassicurandoli sul fatto che il "dolore non trattato" fosse un rischio clinico peggiore della dipendenza da sostanze.
Il 26 agosto 2019, il giudice Thad Balkman legge la sentenza che diventa storica, condannando Johnson & Johnson al pagamento di 465 milioni di dollari.
Nelle motivazioni, il giudice scrive: "L'azione di marketing ingannevole edulcorata condotta dagli imputati ha promosso l'idea che il rischio di dipendenza fosse minimo, portando a un'over-prescrizione sistemica. Tali azioni hanno compromesso in modo permanente la salute e la sicurezza di centinaia di migliaia di cittadini dell'Oklahoma."
I fondi della condanna non vengono destinati al bilancio generale dello Stato, ma vincolati alla creazione di un Piano di Abbattimento del Danno (Abatement Plan): finanziamento di centri di disintossicazione, acquisto di Naloxone (il farmaco salvavita per le overdose) e sostegno ai servizi sociali per i minori orfani della crisi.
Il processo dell'Oklahoma ha segnato un punto di non ritorno nella giurisprudenza moderna, creando il precedente legale su cui oggi si muovono oggi le cause contro i colossi della tecnologia:

Jim Hood e Maura Healey

Nella guerra legale contro le Pharma, i procuratori hanno tutti un ruolo di primissimo piano e tutti loro hanno saputo scrivere un pezzo di questa vicenda.
Per ragioni di spazio abbiamo deciso di raccontare la storia dei due che segnano l'inizio e la fine della pvicenda, Jim Hood e Maura Healey, il primo è a Jackson nel Mississippi, l'altra è a Boston, in Massachusetts, due procure in due stati totalmente diversi tra loro, nelle quali la storia comincia e finisce con la sconfitta della potentissima famiglia Sackler.
Jim Hood è un giurista americano, noto per essere stato l'Attorney General (Procuratore Generale) dello Stato del Mississippi dal 2004 al 2020. Hood raccoglie l'eredità di Mike Moore, il procuratore diventato celebre per la battaglia alle industrie del tabacco, ne eredita il modello e lo usa contro le Big Pharma. È anche un esponente di punta del partito democratico, in uno stato fortemente conservatore.
Hood diventa procuratore nel 2004 ed eredita dal suo precedessore Mike Moore non solo il metodo operativo ma anche la squadra. Capisce per primo che la nuova emergenza contabile per le casse dello Stato non è più il fumo, la battaglia che ha reso celebre il suo precedessore, ma la dipendenza da farmaci oppioidi da prescrizione.
Sotto la sua guida, il Mississippi è tra i primissimi Stati americani a citare in giudizio Purdue Pharma per i danni generati dalla diffusione di massa dell'OxyContin. La tesi di Hood è identica a quella del 1994 elaborata da Moore contro Philp Morris: la Purdue ha ingannato i medici sui rischi di assuefazione, scaricando sui bilanci del Medicaid statale e sulle strutture di pronto soccorso i costi d'emergenza delle overdose e delle riabilitazioni, in pratica sui cittadini contribuenti.
Nel 2015, Hood ottiene da Purdue Pharma una prima vittoria, un'accordo transattivo da 12 milioni di dollari per il solo Mississippi, aprendo la strada al grande contenzioso nazionale che negli anni successivi vedrà quasi tutti gli Stati americani coalizzarsi contro la famiglia Sackler e i distributori di farmaci.
È la vittoria di un'architettura legale basata sulla tutela del bilancio pubblico che diventa un metodo permanente di governance giudiziaria. Il "modello Mississippi" nasce 30 anni prima, negli anni '80, nell'Università del Mississippi ad Oxford, con Mike Moore e Dickie Scruggs. Scruggs è il "King of Torts" un personaggio geniale e controverso, ex pilota Top Gun dei Marines, avvocato milionario con un fiuto infallibile per gli affari. Scruggs è un personaggio hollywoodiano, plateale e ambizioso. È il pioniere dei masstort, il paladino dei cittadini contro i produttori di sigarette e contro le assicurazioni che si rifiutano di rimborsare i danni causati dall'uragano Katrina. Il suo successo è clamoroso, ma la sua caduta è altrettanto plateale. Offre una mazzetta da 40mila dollari ad un giudice federale per chiudere una disputa su un'onorario da 26 milioni, ma viene denunciato e condannato a sei anni in un carcere federale di minima sicurezza nel Kentucky, dove però si mette a fare il tutor scolastico per i detenuti analfabeti.
L'altro protagonista, collega di università di Scruggs è Mike Moore: "Il Crociato del South"
È il più giovane Attorney General nella storia del Mississippi. È un oratore carismatico con il sorriso smagliante del politico del Sud, e una determinazione di ferro.
Sposato con la sua fidanzata dai tempi del college, lo stesso di Scruggs, due figli, grande appassionato di caccia all'anatra nei paludi del delta del Mississippi e giocatore incallito di golf nei weekend. A differenza degli avvocati privati con cui faceva affari, Moore ha sempre mantenuto una postura totalmente diversa e lo stipendio da pubblico ufficiale, rifiutando una carriera privata che lo avrebbe reso molto più ricco con le parcelle delle battagli contro i produttori del tabacco.


FOX 25
FOX 25



I quegli stessi anni a Boston, sulla East Coast, c'è Maura Healey, la procuratrice del Massachussets, poi governatrice di quello stato, l'atra figura chiave nella lunghissima guerra giudiziaria tra lo Stato e la Perdue. Healey però si concentra contro la potentissima famiglia Sackler, e la batte in tribunale.
Ex capitana della squadra di basket della Harvard University e giocatrice professionista in Austria. È la prima donna e prima persona apertamente gay eletta Attorney General del Massachusetts e la prima a diventare Governatrice. È la donna che ha spezzato l'inviolabilità della famiglia Sackler, scavando nel loro passato, comprese le le mail private di Richard Sackler, rendendo pubblici i messaggi in cui il miliardario definiva i tossicodipendenti "criminali spazzatura".
La Healey oggi vive a Boston con la compagna Joanna Lydgate e tre figli. Gli stati uniti restano un mistero per gli europei, Hood e Haealey sono due facce di una stessa nazione, due mondi che si scontrano da secoli e che alla fine riescono a trovare dei punti di contatto. Un paese che nel bene e nel male è capace di bilanciare le forze in campo, spesso attraverso l'azione dei procuratori, gli unici che nella storia dell'industria americana sono riusciti a compensare il potere degli animal spirits nel mercato del turbo capitale a stelle e strisce.



Hillbilly Heroin

Purdue Pharma, Johnson & Johnson, Teva, La “pseudo dipendenza” Hillbilly Elegia



Purdue Pharma Inc.

La crisi inizia quindi in West virginia prima ancora che in Oihio. Questa considerazione è importante perché consente di stabilire i primi nessi tra la crisi economica e i processi deindustriaizzazione e la crisi sanitaria, cui segue quella della droga da strada. In Oihio i num eri sono straordinari, ma le pillole arrivano dopo. Il fenomeno parte di fatto dalle aree minerarie in via di dismissione degli Appalachi.
Le testimonianze dei lavoratori delle miniere raccontano di operai che prendono mi farmaci per con tinuare a lavorare perche sanno che se mollano per l'usura saranno i primi ad essere licenziati da aziende che devono tagliare una produzione che non è più economica. Quello che capita a Huntigton, a Toledo o a Dayton segue più o meno la stessa logica, con la variante del tipo di economia che negli anni 80 aveva sostenuto la crescita dei centri metropolitani della Rust Bell, Chrysler e NCR in testa.

Tra i tanti casi raccontati e documentati c'è quella di William "Bill" Dawson, un ex operaio edile della contea di Mingo, in West Virginia, che è la fotografia di questa prima fase. Dopo un infortunio alla schiena nel 1999, il suo medico gli prescrive l'OxyContin da 20 mg. In pochi mesi la tolleranza del suo corpo aumenta: la dose da 12 ore smette di coprire il dolore dopo sole 6 ore, scatenando attacchi d'ansia e crisi d'astinenza. Il medico non interrompe la cura, ma raddoppia il dosaggio fino a 80 mg.
La scoperta degli utenti è immediata e devastante: basta masticare la pillola o frantumarla per inalarne la polvere per annullare il meccanismo di rilascio prolungato e immettere nel sangue una dose colossale di ossicodone. La pillola viene ribattezzata per strada "Hillbilly Heroin" (l'eroina dei montanari). HillBilly è un termine che chi non conosce lo slang dell'America profonda ha letto per la prima nel libro di JD Vance. Gli HillBilly sono un pezzo della Work Class bianca americana. Quella che oggi è diventata lo scarto dei processi di delocalizzazione e deindustrializzazione, la White Trash.

Le attività del medico, della suore, degli avvocati e del procuratore generale del West Virginia sono l'inizio della vicenda giudiziaria che si chiuderà a Boston venti anni dopo con la rimozione della targa della famiglia Sackler da quelle dei benefattori del Metropolitan Museum. Ma come insegna la storia di Suor Beth e del dottor Van Zee, la battaglia continua, è solo cambiato il fronte di gioco, e gli avversari, i narcotrafficanti e il disagio profondo dell'America delle miniere sono altrettanto potenti. Quando la partita si sposta negli studi dei grandi avvocati civilisti l'epidemia da oppioidi comincia a mostrare i suoi effetti devastanti. Lanier, Bergman e gli altri grandi avvocati esperti sul mass tort portano contro le Pharma anni di esperienza mutuata dall'amianto e del tabacco. Fanno causa direttamente sia ai produttori sia alle grandi catene di farmacie per la crisi degli oppioidi e del fentanyl da prescrizione, ottenendo condanne e risarcimenti miliardari.
La prima fase dell'offensiva giudiziaria ha preso di mira le case farmaceutiche che producevano e commercializzavano gli oppioidi su larga scala, la Purdue Pharma per l'OxyContin, la Johnson & Johnson, Teva, Endo Health Solutions per il Fentanyl.
L'accusa mossa dagli studi legali guidati da figure come Lanier era identica a quella usata per il Vioxx e per l'amianto: aver orchestrato campagne di marketing ingannevoli verso i medici di base, riducendo a livello promozionale la percezione dei rischi di assuefazione e dipendenza grave e promuovendo l'uso dei farmaci a base di fentanil e ossicodone per dolori cronici ordinari.
Questa tranche si è conclusa con l'accordo globale del 2021-2022 da 26 miliardi di dollari siglato dai principali produttori e distributori farmaceutici con 46 Stati americani, destinato a finanziare i programmi pubblici di prevenzione e trattamento delle dipendenze. Lo snodo storico arriva con le causa contro le catene di farmacie nel biennio 2021-2022, un passaggio rilevante e aggressivo guidato da Mark Lanier in prima persona che ha attaccato le grandi catene di farmacie (CVS, Walgreens, Walmart).

Nel 2021 Lanier ha rappresentato le contee di Lake e Trumbull nello Stato dell'Ohio, nel cuore della Rust Belt. È stato il primo processo federale a giuria popolare intentato direttamente contro le catene di distribuzione per il loro ruolo nell'epidemia.
Lanier ha dimostrato in aula che i farmacisti e i dirigenti delle catene vedevano scorrere nei loro sistemi informatici volumi anomali di prescrizioni di oppioidi e fentanyl, (milioni di pillole distribuite in contee di poche decine di migliaia di abitanti. Nonostante i sistemi di allarme interni segnalassero il fenomeno dei "pill mills", i medici che vendevano ricette facili, le catene hanno continuato a evadere gli ordini senza segnalarli alla DEA, la Drug Enforcement Administration, ignorando i propri obblighi di legge in materia di sostanze controllate.
Il verdetto del 2022 considera CVS, Walgreens e Walmart responsabili di aver creato un "danno pubblico" nelle comunità dell'Ohio. Nel 2022 il giudice federale Dan Polster ha condannato le tre catene a pagare 650 milioni di dollari solo per quelle due contee.
La sentenza ottenuta da Lanier in Ohio ha fatto da apripista: per evitare centinaia di processi analoghi in tutto il Paese davanti a giurie popolari, alla fine del 2022 le tre grandi catene di farmacie (CVS, Walgreens e Walmart) hanno accettato un maxi-accordo transattivo su scala nazionale per un valore complessivo di oltre 13,8 miliardi di dollari.
L'intervento dei grandi avvocati d'assalto ha coperto l'intera filiera del farmaco: dalle società che sintetizzavano le molecole nei laboratori, ai distributori logistici, fino alle casse dei supermercati e delle farmacie di quartiere che consegnavano i flaconi ai pazienti.
La pericolosità del Fentanyl, che può causare depressione respiratoria fulminea era accertata fin da quando fu scoperto da Jenssen in Belgio nel secolo scorso e commercializzato per la prima volta. Bastano circa 2 milligrammi, una dose invisibile ad occhio nudo e pari a pochi granelli di sale fino per bloccare il riflesso del respiro e uccidere un adulto. Il margine tra dose terapeutica e dose letale è piccolissimo.
Sia per il Fentanyl che per il suo predecessore diretto nella crisi, l'OxyContin (ossicodone) prodotto da Purdue Pharma, le aziende farmaceutiche e i ricercatori sapevano benissimo che le molecole oppioidi creano assuefazione rapida e dipendenza fisica grave.
Per far penetrare questi farmaci nel mercato di massa della medicina generale e del dolore non oncologico (mal di schiena, dolori articolari post-operatori), le aziende hanno attuato un'operazione di mistificazione commerciale. La Purdue Pharma vendette l'OxyContin sostenendo che la formulazione a rilascio prolungato (Contin) rendesse impossibile l'abuso e riducesse il rischio di dipendenza sotto l'1%. Era una falsa affermazione scientifica, poi smentita dalle inchieste federali e dalle cause legali. Attraverso una rete capillare di informatori scientifici, regali e finanziamenti a corsi di aggiornamento, si convinsero i medici di base che il dolore non trattato fosse una violazione etica e che gli oppioidi potessero essere prescritti a lungo termine senza rischi di assuefazione. L'esplosione della crisi del fentanyl avviene con il passaggio dai laboratori farmaceutici alle raffinerie clandestine per una dinamica di pura sostituzione nel mercato, spinta dai milioni di americani diventati dipendenti dagli oppioidi legali prescritti dal medico per i dolori cronici. Quando le autorità federali e le cause legali costringono gli Stati a chiudere i cosiddetti "pill mills", le cliniche che prescrivevano pillole a pioggia, e a riformulare l'OxyContin per renderlo più difficile da snortare o iniettare, milioni di persone già dipendenti si ritrovano improvvisamente senza ricetta, e per evitare la crisi d'astinenza si rivolgono al mercato nero, passando all'eroina.
Attorno al 2014-2015, i cartelli della droga (in particolare il Cartello di Sinaloa e il Cartello Jalisco Nuova Generazione) capiscono che l'eroina è antieconomica: richiede campi di papavero, contadini, stagionalità e trasporto ingombrante. Il fentanyl, invece, si produce in laboratorio in poche ore usando precursori chimici importati dalla Cina.

La “pseudo dipendenza”

Il passaggio finale è quello dalla farmacia alla strada: il fentanyl ha smesso di essere il farmaco controllato per diventare un componente di taglio invisibile. I cartelli hanno iniziato a mischiarlo a cocaina e eroina confezionando pillole contraffatte che simulano lo Xanax o il Percocet. Sembra quasi il risultato matematico di una sequenza industriale.
Chi lo assume in strada spesso non sa nemmeno che c'è del fentanyl all'interno della sostanza acquistata. Poiché la miscelazione nei laboratori clandestini non ha alcuna precisione farmaceutica, una singola pillola contraffatta può contenere una dose innocua e quella successiva una dose letale. È questo corto circuito — da farmaco supersicuro in sala operatoria a sostanza tagliata a caso per le strade — ad aver trasformato la Rust Belt e il resto degli Stati Uniti nel teatro di oltre 70.000 morti per overdose da fentanyl all'anno.
Negli anni '90 le multinazionali farmaceutiche mettono a punto le strategie di marketing per vendere oppioidi ad alto dosaggio, promettendo ai medici che "non creano dipendenza” per aumentare i profitti partendo da una molecola che aveva un impiego molto ristretto e limitato.
Le pillole diventano un farmaco di massa con la stessa logica di un prodotto che risponde ad un bisogno ben preciso ed identificato. Perdue e Jonshon e Jonshon inondano di pillole di Ossicodone e Fentanyl esattamente le stesse comunità dell'Ohio, della Pennsylvania e del West Virginia già svuotate dalla chiusura degli stabilimenti industriali e dalle battaglie perse sull'amianto. Il dolore fisico e la disperazione economica trovano una risposta immediata e legale in farmacia.
Quando le procure e le cause statali stringono d'assedio le Big Pharma, lo Stato chiude i rubinetti delle prescrizioni mediche, ma la massa enorme di persone ormai dipendenti non viene presa in carico da una rete sanitaria pubblica, che negli Stati Uniti non esiste, ma viene lasciata a se stessa. I cartelli narcotrafficanti subentrano istantaneamente, sostituendo le pillole di farmacia con il fentanyl di laboratorio prodotto a costo zero.
Gli avvocati ottengono risarcimenti da 26 miliardi di dollari dalle catene di farmacie e dai produttori; i vertici societari pagano penali record e cambiano nome ai marchi; i comitati federali compilano report e le redazioni scrivono articoli d'inchiesta.
Ma intanto, per le strade di Philadelphia, Baltimora o Toledo, una pillola di fentanyl contraffatta prodotta in un garage illegale costa meno di tre dollari ed alimenta una macchina che continua a mietere vittime a un ritmo che supera quello delle guerre del Novecento.
Dagli atti dei processi emerge invece la costante buona fede dei medicidi base, che a loro insaputa hanno reso possibile l'epidemia degli oppioidi.
I medici di provincia dell'Ohio o del West Virginia per decenni ha visto operai di quarant'anni devastati dall'artrosi, lavoratori delle miniere con la schiena spezzata o saldatori con dolori cronici invalidanti, lavoratori a cui la medicina dell'epoca non aveva nulla da offrire se non un'invalidità precoce o l'alcolismo.
Negli anni '90 si verifica una vera e propria rivoluzione culturale nella medicina occidentale. Per decenni la classe medica era stata guidata dall’opiophobia, la paura ancestrale di usare gli oppiacei se non sul letto di morte, fino a quando cambia il paradigma. Organizzazioni scientifiche e istituzioni sanitarie internazionali iniziano a promuovere l'idea che il dolore non sia solo un sintomo, ma una malattia da eliminare. Il dolore diventa il "quinto parametro vitale" da misurare insieme a pressione, frequenza cardiaca, temperatura e respiro.
Per un medico lasciare un paziente nel dolore quando esistono molecole in grado di spegnerlo viene dipinto in convegni e riviste scientifiche come una mancanza di empatia, se non come una vera e propria violazione deontologica.

Nel momento in cui il medico di base inizia a prescrivere l'ossicodone o i primi dispositivi a base di fentanil per i dolori oncologici, i risultati clinici sul breve periodo sono straordinari. Il muratore che non riusciva più a piegarsi torna nei cantieri o l'operaio della fonderia smette di zoppicare e riprende una vita sociale normale. La scala del dolore dichiarata dal paziente crolla da 9 a 2. Per un medico di medicina generale, vedere un paziente restituito alla propria dignità e al lavoro è la conferma di aver fatto la scelta giusta. L'efficacia immediata del farmaco cancella ogni dubbio residuo.
I medici però si fidano non delle brochure commerciali, ma della letteratura scientifica. E la letteratura dell'epoca offriva due pilastri teorici apparentemente inattaccabili:
Il castello teorico sulla sicurezza dei nuovi oppioidi si reggeva su una breve lettera all'editore di poche righe pubblicata nel 1980 da Hershel Jick e Jane Porter. La lettera analizzava le cartelle cliniche di pazienti ospedalizzati a cui erano stati somministrati oppioidi in ambiente controllato, concludendo che la dipendenza era un evento rarissimo (0,03%). I medici di base non sapevano che quel dato valeva solo per i degenti in ospedale sotto monitoraggio e per pochi giorni; l'editoriale venne citato per vent'anni nei manuali di medicina come la prova che gli oppioidi potessero essere prescritti per anni a pazienti ambulatoriali.

C'è poi l'incredibile vicenda del concetto di "Pseudo-dipendenza" (Pseudoaddiction)
Quando i pazienti, dopo qualche mese di trattamento, cominciavano a sviluppare tolleranza e a chiedere dosi più alte manifestando ansia o aggressività, la dottrina medica dell'epoca coniò il termine pseudo-dipendenza. Si insegnava ai medici che quei comportamenti non erano i segni di una tossicodipendenza innescata dal farmaco, ma la prova che il dolore non era ancora stato trattato con una dose sufficientemente alta. La soluzione prescritta dalla teoria era paradossale: non interrompere la terapia, ma aumentare il dosaggio.
Nelle cittadine industriali svuotate della Rust Belt, la pillola o il cerotto rappresentavano l'unica risposta concreta, economica ed efficace che la scienza medica dell'epoca metteva nelle loro mani per dare sollievo a una comunità in sofferenza.
Quando questi medici si sono accorti che i loro pazienti stavano sviluppando una dipendenza devastante, era ormai troppo tardi: la tolleranza chimica aveva già preso il sopravvento e l'interruzione brusca scatenava crisi d'astinenza insopportabili. Molti medici hanno continuato a prescrivere non più per curare il dolore, ma per impedire che i propri assistiti crollassero nella disperazione della crisi biologica da astinenza.

Quando l'antropologia medica e la sociologia della salute parlano di "sintomo corporeo dell'epoca" intendono dire che ogni fase storica ed economica produce una forma di sofferenza d'elezione, che intercetta esattamente le tensioni, i valori e le fragilità di quel determinato modello sociale. La crisi degli oppioidi nell'America post-industriale ne è un esempio. La diffusione epidemica dell'OxyContin e del Fentanyl nella Rust Belt si incastra in un momento storico preciso caratterizzato dal crollo del lavoro industriale e dalla perdita di centralità della classe operaia. L'oppioide non nasce per lo sballo ricreativo o per l'evasione, come la cocaina negli anni '80 o l'LSD negli anni '60, ma come tecnologia di mantenimento funzionale, che serve cioè a far funzionare un corpo dolente per rimandarlo al lavoro o, quando il lavoro non c'è più, a silenziare il dolore fisico dell'usura accumulata e il dolore sociale dell'inutilità produttiva. Quando una comunità perde le fabbriche, perde anche la struttura sociale, le tutele e la certezza del futuro. Il farmaco antidolorifico diventa l'unica stampella medica offerta da un sistema sanitario privato che non prevede prevenzione o welfare integrato. La dipendenza qui non è una devianza individuale, ma la reazione somatica di un'intera classe sociale dismessa.

Hillbilly Elegia

A proposito DI Hillbilly, il titolo originale di ELEGIA AMERICANA il libro che ha segnato di fatto l'esordio nella politica di JD Vance è Hillbilly Elegy, l'autobiografia di Vance che racconta molto bene il contesto della devastazione sociale della Rust Belt causata dall'epidemia degli oppioidi, che determina un aumento straordinario di bambini nati in sindrome da astinenza neonata e la disgregazione di molte famiglie, con l'allontanamento dei neonati e l'affidamento ai nonni la cosiddeta kinship care.
Elegia Americana, J.D. Vance, 2022 è ambientato a Middletown, contea dell'Ohio vicina alle montagne degli Appalachi. Storia tipica della Rust Bell della grande crisi economica e sanitaria, declino dell'industria manifatturiera e siderurgica, impoverimento sistemico delle comunità, desertificazione economica crisi sanitaria e, tra la fine degli anni '90 e gli anni 2000, la diffusione di massa dei farmaci antidolorifici a base di oppioidi (OxyContin e derivati), che travolge la classe lavoratrice locale ("white working class") sfociando in una vera e propria crisi di dipendenza transgenerazionale.
Il fulcro della narrazione è il rapporto instabile e traumatico tra il giovane J.D. e la madre Bev, un'infermiera che scivola in una grave tossicodipendenza da farmaci da prescrizione e altre sostanze. La figura materna è segnata da crisi d'astinenza, tentativi di disintossicazione falliti, violenza domestica e instabilità relazionale.
Per evitare l'ingresso nel circuito statale della tutela minori, il foster care, il peso della adolescenza di J.D. viene assorbito dai nonni materni, Mamaw e Papaw. La nonna, Bonnie Blanton Vance, figura ruvida, armata e pragmatica, diventa il vero perno della stabilità emotiva e materiale del giovane Vance, che riesce a completare gli studi, arruolarsi nei Marines e accedere alla Yale Law School.
Il fenomeno dei bambini cresciuti dai nonni causa della droga non è un'eccezione, ma un modello strutturale di welfare informale che regge nonostante tutto una comunità nelle aree colpite dalla crisi economica, sociale sanitaria
Ogni anno il sistema di affido assiste complessivamente oltre 505.000 bambini e ragazzi.
La media di minori che si trovano fisicamente inseriti in affido in tutto il Paese oscilla tra i 328.000 e i 331.000 bambini. [1, 2]
Negli Stati Uniti nasce circa un bambino affetto da NAS ogni 24 minuti (oltre 59 neonati al giorno), con picchi gravissimi in stati fortemente colpiti dagli oppioidi come la West Virginia.
Manca un numero preciso per il fentanyl, perché
gli ospedali e i servizi di tutela dei minori registrano i dati clinici sotto la voce generale di Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) o Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome (NOWS), senza separare rigorosamente nei registri pubblici se la sostanza consumata dalla madre fosse fentanyl illegale, eroina o oppioidi da prescrizione. L'impatto del fentanyl è poi spesso associato all'abuso combinato di più sostanze. I dati del governo e delle organizzazioni sociali forniscono il quadro drammatico dell'impatto di questa crisi: oltre 1.000.000 di bambini negli Stati Uniti vivono con i nonni a causa della dipendenza da oppioidi (inclusi fentanyl ed eroina) dei genitori biologici.
Circa 2,65 milioni di minori (pari al 4% di tutti i bambini del Paese) vivono in famiglie a "generazione saltata", cioè cresciuti esclusivamente dai nonni o da altri parenti, senza la presenza dei genitori. Spesso l'affidamento è informale e avviene di fatto. Solo una parte di questi nonni adotta legalmente o prende in affido i bambini tramite i servizi sociali, la maggior parte se ne prende cura all'interno della famiglia per evitare l'ingresso nel sistema di adozione pubblico.
Quando un neonato nasce con sindrome da astinenza da fentanyl o altre sostanze, i servizi sociali cercano come prima opzione i parenti biologici (Kinship Care). Di conseguenza, oltre 1 milione di bambini non entra in queste statistiche ufficiali dello Stato poiché viene gestito tramite affidamenti informali privati, in cui i nonni si fanno carico dei nipoti per evitare che il tribunale li inserisca nel sistema pubblico di Foster Care.

La NAS è l'effetto collaterale avvelenato della crisi degli oppioidi, ancora più grave se si considera l'ingiustizia profonda che questi bambini subiscono, non avendo alcuna responsabilità in una vicenda che ha del paradossale.
Un libro da leggere Hillbilly Elegia, comunque la si pensi su Vance. Un spaccato inaspettato nell'America profonda che paga il conto del successo di un intera nazione.

Negli ultimi 15 anni sono morte per il Fentanykl e l'ossicodone circa 600 mila. Ma i
Il costo della crisi sanitaria che si innesta sulla deindistrializzazioe e sullo shock economico e sociale della Rust Bell va oltre e ricade sulla generazione che viene. Gli analisti parlano di principi contabili differiti, cioè costi per riparare danni non reversibili nel medio e breve periodo. Eppure questa crisi genera una mutazione del contesto locale che in alcuni è davvero straordinaria. Huntington e Dayton sono due casi da manuale in questo senso: diventano "Recoveri city" e sviluppo una nuova identità lavorativa ed economica introno ai centri di cura e disintissicazione proprio raccogliendo l'eredità nefasta della deindustrializzazione e della crisi da oppioidi.
Per quanto riguarda i conti della sanità pubblica per capire meglio di cosa si sta parlando può essere utile un parallelo con il tabacco e prima ancora con l'amianto, Sul piano clinico tabacco e ossicodone sono molto distanti tra loro ma sul piano dell'ingegneria finanziaria e istituzionale ci sono molti punti in comune.
Negli anni '90, l'attacco al tabacco da parte delle procure nasce quando lo Stato capisce che i costi del cancro al polmone e delle patologie cardiovascolari o del mesotelioma stanno drenando le casse del Medicaid. Lo stesso vale per l'amianto.
Le aziende inoltre si trovano sommerse da migliaia di cause in cui i lavoratori e le famiglie presentano il conto. Dopo anni di profitti favolosi, i cui costi erano di fatto scaricati sulla sanità pubblica il vento cambia perché la cura non è più sostenibile.
Quando il Master Settlement Agreement del 1998 "regola" quella partita, e quando si capisce la direzione legale che prende il caso dell'amianto, l'impatto economico sul sistema pubblico comincia a stabilizzarsi. Ed esattamente in quel momento storico, cioè la fine anni '90 ed i primi anni 2000 che si aprono le vertenze contro l'industria farmaceutica. La crisi degli oppioidi scatenano effetti che occupano uno spazio di spesa pubblica ancora maggiore del tabacco e dell'amianto, sostituendo le patologie da fumo e il mesotelioma, prima con la gestione del "dolore cronico" da usura lavorativa, poi con la conseguente epidemia da prescrizione e infine con le patologie dei neonati.
Rispetto al tabacco il costo del Fentanyl infatti produce anche un costo sanitario secondario: se quello del tabacco è confinato quasi esclusivamente all'individuo adulto che fumava l'industria farmaceutica degli oppioidi genera un costo economico e sociale anche sulla generazione successiva.
L'OxyContin e gli Oppioidi in generale modificano la traiettoria di sviluppo del feto e disarticola il nucleo familiare prima o durante la nascita. Il punto di rottura non è più soltanto il ricovero dell'adulto in over-dose, ma la nascita del bambino in astinenza (NAS). Qui il costo sanitario immediato, i 28 giorni di Terapia Intensiva Neonatale, si converte in un costo sociale a durata almeno ventennale: sostegno scolastico, presa in carico della neuropsichiatria infantile, collocamento in comunità, o eventuali sussidi di invalidità. Per decenni le Big Tobacco si sono difese dietro la tesi della libera scelta individuale: "nessuno ha costretto il cittadino ad accendere una sigaretta". La svolta dei mass torts nel Mississippi consiste nello spostare il focus dalla libertà del fumatore al costo sostenuto dal contribuente.
Con le Pharma si verifica un'evoluzione giuridica ulteriore: l'argomento della "libera scelta" crolla all'origine perché il consumo avviene tramite la mediazione dell'autorità medica. Il paziente non "sceglie" di diventare dipendente: segue una terapia prescritta da un medico abilitato dallo Stato.
Per le nascite con SAN/NAS, questa dinamica assume un carattere paradossale: il neonato subisce la dipendenza non da un comportamento illegale o voluttuario della madre, ma da una filiera di prescrizioni sanitarie validate dal sistema pubblico. Lo Stato riesce ad affrontare la malattia degli adulti e curarli, ma fatica quando deve tracciare il danno sui neonati, finendo per assurdo con il pagarne il conto due volte: prima rimborsando la pillola con i fondi sanitari, poi sostenendo il costo delle terapie del bambino NAS per gli anni successivi.

Eric Eyre

Per anni, i grandi distributori farmaceutici hanno continuato a spedire bilici carichi di scatole di OxyContin ai magazzini di Williamson. Per legge federale, i distributori avrebbero dovuto bloccare le spedizioni e avvisare la DEA di fronte a "ordini sospetti". Ma nessuno bloccava nulla: Williamson da sola garantiva margini di profitto enormi.
A far saltare il banco è stato un giornalista di un piccolo quotidiano locale (il Charleston Gazette-Mail), Eric Eyre, che non si ferma alle dichiarazioni della polizia o dei politici, ma fa ricorso al Freedom of Information Act e fa causa per ottenere l'accesso ai dati del database ARCOS della DEA — il registro federale che traccia ogni singola pillola prodotta e spedita negli Stati Uniti. Quando Eyre riesce a sbloccare i dati, emerge la verità matematica: una sola farmacia di Williamson aveva ricevuto 11 milioni di pillole in quattro anni. Nel territorio circostante, le farmacie stavano ricevendo quantità di oppioidi sufficienti a somministrare centinaia di dosi al giorno a ogni singolo uomo, donna e bambino della contea. L'inchiesta di Eyre (che gli è valso il Premio Pulitzer nel 2017) ha fornito la "pistola fumante" per i grandi processi nazionali: le aziende non potevano dire "non sapevamo", perché conoscevamo le quantità di farmaci inviati, numeri totalmente ingiustificati dal numero di abitanti della zona.
Il dottor Crum è stato incriminato a livello federale, ha perso la licenza medica ed è stato condannato alla prigione. La Tug Valley Pharmacy è stata travolta dalle perquisizioni e dalle sanzioni. Quando la Pill Mill è stata chiusa e i rubinetti dei farmaci legali si sono chiusi dall'oggi al domani, per la popolazione di Williamson non c'è stato alcun supporto medico o di disintossicazione. Il risultato è stato devastante: i dipendenti sono passati di colpo all'eroina e poi al fentanyl di contrabbando, innescando l'ondata di overdose mortali e l'esplosione dei casi di NAS negli ospedali regionali.

Nel 2020, sommerso dai costi non ripagati dell'assistenza d'emergenza e dal crollo demografico, il Williamson Memorial Hospital, l'unico presidio sanitario della città, ha dichiarato bancarotta e ha chiuso definitivamente i battenti.
Dopo la vittoria del Premio Pulitzer per l'inchiesta sugli oppioidi nel 2017 e le trasformazioni societarie che hanno colpito la testata storica Charleston Gazette-Mail, Eric Eyre ha lasciato il quotidiano per contribuire alla fondazione di Mountain State Spotlight, una testata giornalistica no-profit focalizzata sull'inchiesta locale in West Virginia.
Nel 2020 ha pubblicato il volume Death in Mud Lick: A Coal Country Fight Against the Drug Companies That Delivered the Opioid Epidemic, ricostruzione documentale del circuito di distribuzione farmaceutica nei contadi minerari. Nel testo e in uscite pubbliche successive ha inoltre reso nota la diagnosi di Parkinson ricevuta nel 2016, continuando comunque l'attività d'indagine sul campo.
È stato proprio analizzando i dati di spedizione dei grandi distributori farmaceutici verso la Tug Valley Pharmacy di Williamson che gli avvocati della West Virginia hanno scoperto che venivano inviate milioni di pillole a una cittadina di neanche 3.000 abitanti. Questa sproporzione matematica irragionevole è stata la "prova regina" utilizzata dai legali per dimostrare la responsabilità diretta dei giganti della distribuzione (McKesson, Cardinal Health, AmerisourceBergen), accusati di aver ignorato deliberatamente i segnali di allarme per non interrompere i profitti.



La trappola della Rust Bell:
Williamson, Springfield Dayton, Toledo



Williamson

Il viaggio immaginario nel cuore della grande crisi si conclude dove tutto è iniziato, a Williamson, la città "Paziente Zero" della crisi degli oppioidi, l'altro simbolo di questa storia, la città delle PILLS MILLS, l'ex capitale dell'antracite.
Tra il 2006 e il 2016, mentre le gallerie di carbone chiudono definitivamente, le aziende di distribuzione farmaceutica trasformano le due uniche farmacie del centro abitato di Williamson nei distributori d'oppioidi più efficienti al mondo.
Le cifre sfidano la logica e la matematica: nelle due farmacie della cittadina gestite dalla Tug Valley Pharmacy e dall'Hurley Drug, le compagnie di distribuzione consegnano 20,8 milioni di dosi di idrocodone e ossicodone in dieci anni.
Per una popolazione residente di circa 2.800-2.900 persone, significa una media di oltre 7.000 pillole a testa, ovvero più di 650 pillole all'anno per ogni singolo abitante, neonati e bambini compresi. In un singolo mese del 2008, la Tug Valley Pharmacy riceve spedizioni per oltre 150.000 dosi di antidolorifici, mentre fuori dalla farmacia le auto incolonnate per il drive-thru delle ricette bloccano la viabilità del centro urbano.
La "fabbrica di pillole" di Williamson è fatta da una clinica medica e una farmacia che operano come una vera e propria catena di montaggio per la distribuzione di farmaci controllati: medici che fanno ricette per OxyContin o Vicodin e farmacie compiacenti che evadevano i volumi senza inviare le segnalazioni di anomalia dovute per legge ai distributori.
Williamson e le due farmacie principali del centro cittadino sono diventate il simbolo nazionale di questo meccanismo, scatenando il fenomeno dei "pellegrini della pillola".
L'epicentro di tutto era concentrato in meno di cento metri. Da un lato della strada c'era lo studio del dottor Crum (Justice Medical Center). Dall'altro lato il farmacista Mister Sturgill. La dinamica quotidiana era quasi grottesca nella sua sfrontatezza.
Ogni mattina, ben prima dell'alba, l'interstatale che portava a Williamson si riempiva di auto con targhe provenienti da tutto l'Appalachi: Kentucky, Ohio, Virginia, persino dalla Florida. Tutto alla luce del sole e tutto sommerso guardando ai flussi registrati ufficialmente. Il paziente pagava 250 o 300 dollari in contanti all'ingresso, niente carte di credito, niente assicurazioni per non lasciare tracce bancarie dirette con la clinica.Il medico aveva un blocco pre-stampato di prescrizioni, con il "triplo cocktail" classico composto da OxyContin (ossicodone a rilascio prolungato), Xanax (benzodiazepina per potenziare l'effetto) e Soma (un miorilassante). L'intera "visita" durava meno di due minuti. Il dottor Crum arrivava a firmare oltre 100 ricette al giorno. I contanti venivano accumulati in scatole di scarpe o sacchi della spazzatura dietro la reception.
Ottenuto il foglio di carta, i pazienti attraversavano semplicemente la strada ed entravano alla Tug Valley Pharmacy. In una farmacia normale, un volume insolito di farmaci controllati fa scattare immediatamente una segnalazione di allarme. A Williamson, la farmacia evadeva le ricette a ritmo industriale, fatturando milioni di dollari direttamente alle coperture pubbliche (Medicaid) o incassando altro contante.
Nei giorni di "picco", fuori dalla farmacia l'affollamento era tale che il comune dovette installare dei cartelli di divieto di sosta speciali e la polizia locale doveva dirigere il traffico di auto che aspettavano con il motore acceso.
Williamson il capoluogo della contea di Mingo, nel West Virginia, rappresenta il collasso puro: un piccolo centro rurale di 2.800 abitanti diventata oggi un città morente senza speranza di ripresa. Williamson a inizio Novecento era la "Capitale dell'Antracite" in una gola stretta lungo il fiume Tug Fork, al confine tra West Virginia e Kentucky. Per un secolo, l'unica fonte di sostentamento e di occupazione è stata l'estrazione del carbone nelle gallerie sotterranee. L'intero ciclo di vita dei residenti ruotava attorno alla miniera, gestita dalle grandi corporation dell'energia. Il lavoro in galleria produceva tassi altissimi di infortuni, ernie, lesioni scheletriche e la Black Lung Disease, la silicosi da polvere di carbone.

A partire dagli anni '90, con la chiusura progressiva dei giacimenti e l'automazione, le compagnie minerarie tagliano i posti di lavoro, lasciando un'intera popolazione di ex lavoratori quarantenni e cinquantenni con un corpo usurato dal lavoro fisico e nessuna alternativa professionale. Tra il 2006 e il 2016, Williamson è diventata il caso di studio centrale nelle indagini del Congresso degli Stati Uniti e nelle azioni giudiziarie intraprese dall'Avvocato Generale della West Virginia, Darrell McGraw, e dal contenzioso promosso da legali come Paul Farrell Jr. e Marvin Masters. La saturazione da oppioidi ha travolto una comunità priva di strutture sanitarie avanzate o di mercati del lavoro alternativi. Un'ampia quota della popolazione maschile adulta è passata direttamente dall'impiego minerario all'assegno di invalidità permanente (SSDI/Medicaid), utilizzato in parte per finanziare l'acquisto dei farmaci prescritti o per alimentare il mercato informale.
Oggi Williamson ha una popolazione dimezzata, un tasso di partecipazione alla forza lavoro tra i più bassi degli interi Stati Uniti, un terzo degli abitanti che vive al di sotto della soglia di povertà e la gran parte delle entrate familiari derivanti da assegni di invalidità diventati il sostituto del salario minerario. Per anni, le farmacie locali hanno incassato i rimborsi pubblici delle ricette di OxyContin, creando un processo in cui lo Stato finanziava indirettamente l'assuefazione della popolazione.

PS Nei decenni di contrazione dell'occupazione mineraria, l'assunzione di analgesici ad alta potenza era diventata per i minatori l'unico strumento per mantenere l'idoneità fisica alle mansioni di scavo e rinviare la fuoriuscita dal mercato del lavoro. A Williamson non c'era droga da strada. La straordinarietà del caso sta anche in questo aspetto.



Springfield

“Mi dicono che gli immigrati a Springfield, mangiano i nostri animali domestici….”
Ricordate la Fake News di Trump sugli haitiani neri che mangiano cani e gatti degli americani bianchi a Springfield, in Oihio durante il confronto con Kamala Harris in diretta mondiale? Era un bufala ovviamente eppure in città ci hanno creduto, non tanto per ingenuità o sprovvedutezza, ma perché a Springfield, una città di 50 mila persone bianchissime e anzianotte sono arrivati 10 mila haitiani nerissimi giovani e forti, tutti assieme nell’arco di un anno…oggettivamente un trauma per la comunità.
E per fortuna sono arrivati altrimenti le fabbriche di logistica e di carne che hanno riaperto dopo la crisi industriale e quella sanitaria non avrebbe avuto operai. Ca va sans dire che le case che non valevano più nulla sono tornate sul mercato, per la gioia dei bianchi e dei loro animali domestici che nessuno mangia….

Springfield, 45 minuti da Dayton e due ore da Toledo, è il caso studio più citato negli Stati Uniti per inversione di rotta e gestione integrata della crisi.
Nel 2017 Springfield presentava gli stessi identici indicatori di collasso di Dayton: chiusura degli impianti manifatturieri (International Harvester/Navistar), contrazione salariale, impennata delle nascite con NAS e tassi di mortalità da overdose da oppioidi tra i più alti dell'intero Midwest. Oggi Springfield è considerata un modello nazionale di risposta sistemica.
Invece di disperdere le risorse in cliniche private o scaricare i neonati sulle Terapie Intensive Neonatali generali, il Maternal-Fetal Medicine & Addiction Clinic di Springfield ha attivato un protocollo di presa in carico integrata, che parte dall’aggancio precoce in gravidanza. Le donne in stato di gravidanza con dipendenza da oppioidi vengono inserite in percorsi di somministrazione controllata di terapia sostitutiva a base di buprenorfina, gestiti dal sistema pubblico, azzerando il ricorso al mercato nero.
I tempi di Terapia Intensiva sono ridotti al minimo: il ricovero del neonato affetto da NAS viene gestito con il metodo Eat, Sleep, Console (ESC), privilegiando il contatto con la madre o con le reti di supporto familiare invece della somministrazione immediata di morfina. Questo ha ridotto la degenza media da 22 giorni a meno di 6 giorni, con un abbattimento dei costi sanitari dell'80%.
La riconversione della forza lavoro e l'attrazione d'investimenti
A differenza dei centri rimasti bloccati sui sussidi di invalidità, Springfield ha utilizzato i fondi stanziati dai primi accordi transattivi contro Big Pharma e i finanziamenti statali dell'Ohio per ristrutturare il proprio tessuto economico, partendo dal polo logistico e tecnologico. La posizione strategica lungo l’autostrada che aveva attratto i traffico d'eroina è diventato un hub logistico avanzato. La riapertura e l'espansione del complesso industriale Navistar che produce veicoli commerciali, e l'insediamento di centri di distribuzione automatizzati hanno creato oltre 4.000 nuovi posti di lavoro negli ultimi cinque anni. Si è avviato un percorso di riqualificazione professionale (Re-skilling) con programmi di formazione professionale rapida riservati a ex lavoratori disabili o persone in fase di recupero dalla dipendenza, reinserendole nella filiera della logistica e della manutenzione industriale. Per impedire che il peso dei neonati affetti da NAS cadesse solo sui "nonni affidatari" in isolamento economico, Springfield ha formalizzato il programma Kinship Navigator, che consiste in una infrastruttura pubblica finalizzata a garantisce ai nonni che si prendono cura dei nipoti l'accesso automatico agli stessi sussidi finanziari, alla copertura sanitaria (Medicaid) e all'assistenza legale spettanti alle famiglie affidatarie tradizionali.

Questo intervento ha stabilizzato la spesa delle famiglie anziane, evitando che l'assunzione in custodia dei nipoti con NAS si traducesse in un impoverimento sistemico dei pensionati.
Springfield, Ohio, è curiosamente finita al centro del dibattito politico nazionale e internazionale nel settembre del 2024, non per la rigenerazione economica e sociale della città, ma perché durante il dibattito presidenziale tra Donald Trump e Kamala Harris, Trump rilanciò la voce rivelatasi del tutto infondata secondo cui la comunità di immigrati haitiani in città stesse mangiando gli animali domestici dei residenti.
La fake news di Trump racconta però una aspetto della realtà di Springfield che deriva direttamente dal processo di riconversione economica di cui parlavamo prima e dal conseguente fabbisogno di manodopera per la ripresa. La svolta economica di Springfield ha creato migliaia di nuovi posti di lavoro nella logistica, nell'alimentare e nella manifattura leggera (come le fabbriche di componentistica e lavorazione dei cibi). Ma siccome la popolazione locale era invecchiata e usurata, o decimata dagli oppioidi o comunque non costituiva forza lavoro disponibile, le aziende locali si sono trovate di fronte a una grave carenza di operai.

Tra il 2020 e il 2024, circa 12.000-15.000 cittadini haitiani, già presenti regolarmente negli Stati Uniti grazie al programma federale di Protezione Temporanea (TPS - Temporary Protected Status) si sono trasferiti a Springfield attirati dall'offerta di lavoro nelle fabbriche e nei magazzini. L'impatto dei lavoratori haitiani è stato estremamente positivo sul piano della produttività e della copertura dei turni di fabbrica, ma ha generato una forte pressione sulle infrastrutture e alimentato la speculazione politica. Del resto l'arrivo di oltre 10.000 persone nere in una città di 58.000 abitanti bianchi nell'arco di soli tre o quattro anni ha avuto un notevole impatto e ha messo sotto pressione i servizi pubblici già fragili: le scuole, l'ospedale cittadino e il mercato degli affitti, con rincari nei prezzi delle case. Questa tensione reale sull'infrastruttura urbana è stata poi cavalcata dalla politica nazionale, trasformando Springfield nel caso simbolo del dibattito sull'immigrazione attraverso la bufala degli animali domestici.
Al di la delle speculazioni politiche il caso di Springfield racconta di una città della Rust Belt che riesce a riattivare l'economia e le fabbriche, ma le ferite demografiche precedenti sono così profonde che il tessuto locale non è più in grado di fornire la forza lavoro necessaria, costringendo il sistema produttivo a importare manodopera dall'esterno. Nel caso di Springfield l'importazione di forza lavoro è pari ad un quinto della popolazione, na caso da manuale di "sostituzione strutturale della forza lavoro"

Il corridoio US-23 è un'arteria stradale nota nelle cronache giudiziarie locali come la "Oxy Express". È la strada lungo la quale per un decennio sono fluiti i pazienti-clienti verso le cliniche dell'Ohio e, successivamente, i panetti di eroina e fentanyl sintetico provenienti dai nodi di distribuzione urbana, Detroit, Columbus e Baltimore e soprattutto Philadelphia, la piazza di spaccio a cielo aperto più grande della costa est.

Toledo

Toledo completa la mappa del collasso della Rust Belt: una città simile per cultura ed economia a Dayton e Detroit, era soprannominata "The Glass City" per i colossi della lavorazione del vetro. Toledo è anche è la patria storica dello stabilimento Jeep ora Chrysler/Stellantis, dove da quasi un secolo si assemblano i fuoristrada americani. A Toledo c'erano anche le sedi delle industrie dei cantieri. Nella città che sorge sul lago Erie al confine con il Michigan l'occupazione era quasi interamente concentrata sulla catena di montaggio e sul lavoro manifatturiero pesante, con usura fisica di massa, movimenti ripetitivi, sollevamento carichi nei reparti di stampaggio e fonderia, infortuni alle articolazioni e alla schiena, insomma storia già vista nella zona.

Gli operai della Jeep e dell'indotto di Toledo avevano ottime polizze sanitarie integrative garantite dai sindacati UAW (United Auto Workers), un dettaglio che la rende un target commerciale perfetto per i venditori di OxyContin a inizio anni 2000. Teniamo a sottolineare che la popolazione della zona aveva effettivamente un reale bisogno di terapia del dolore dovuto all'usura da lavoro, e la copertura assicurativa pubblica o privata c'era. La scelta di prescrivere antidolorifici fa parte anche di una cultura americana del lavoro che ha poco a che fare con quella europea e mediterranea. Per la working class americana il lavoro era tutto. E l'idea di impasticcarsi e andare comunque a lavorare era diffusa e ritenuta normale in quelle comunità.
Quando Chrysler e i fornitori dell'automotive hanno iniziato i tagli e la ristrutturazione degli impianti negli anni 2000, si è innescata la solita reazione a catena vista altrove in Oihio, la stretta sulle prescrizioni mediche, il taglio delle forniture di oppioidi legali, la classe operaia ormai dipendente dai farmaci che passa all'eroina e poi al fentanyl di strada, fornito dai fratelli del narcotraffico. Esattamente come Dayton, anche Toledo ha un posizione geografica interessante per i narcotrafficanti. Inoltre è a ridosso del confine con il Canada, quindi un centro logistico perfetto per la distribuzione del fentanyl messicano verso il Midwest.
Nel picco tra il 2016 e il 2018, la contea di Lucas (Toledo) registrava oltre 200 morti per overdose all'anno e tassi di intervento del 118 per intossicazione acuta da oppioidi tra i più alti dell'Ohio.
I numeri più significativi però riguardano i neonati. A Toledo nei due grandi complessi ospedalieri della città i reparti di neonatologia hanno registrato un aumento del tasso di incidenza della Sindrome da Astinenza Neonatale del 400% in dieci anni. A differenza dei grandi centri universitari ricchi di fondi di ricerca, gli ospedali comunitari di Toledo hanno dovuto gestire i costi di degenza prolungata dei neonati in astinenza drenando risorse dal bilancio sanitario locale, mentre le strutture per l'affidamento minori (Lucas County Children Services) registravano record di bambini sottratti ai genitori biologici per essere affidati ai nonni.
Toledo ha perso quasi un terzo della sua popolazione rispetto agli anni '70 e negli ex quartieri operai l'abbandono industriale ha lasciato case sbarrate, banchi dei pegni, cliniche pubbliche per la somministrazione di metadone e nuclei familiari guidati da nonne sole (kinship families).
A Toledo restano la logistica e i servizi sanitari che assieme agli ospedali che occupano la gran parte della forza lavoro giovanile rimasta, come la vicina Dayton.

Dayton

Il 2017 è l'anno orribile per Dayton, "The Capital of the Opioid Crisis". Muoiono per overdose 566 persone, un tasso record di circa 100 morti ogni 100.000 abitanti. La camera mortuaria della contea di Montgomery esaurisce i posti fisici per le salme, e si noleggiano camion frigoriferi per stoccare i corpi in attesa di autopsia. Nel picco del 2017 quasi 1 neonato su 12 nati in richiedeva lo svezzamento farmacologico in Terapia Intensiva. Dayton, Ohio, sede di GM e di NCR, in poco più di 20 anni è diventata praticamente una Ghost Town. Così come Detroit e Flint rappresentano il collasso industriale legato all'automobile che si salda con la crisi dell'amministrazione pubblica e la grande fuga, (si pensi allo scandalo dell'acqua avvelenata di Flynt,) Dayton è il luogo in cui il collasso manifatturiero si è saldato con l'epidemia degli oppioidi su scala metropolitana. A Dayton ci sono più di 140.000 abitanti, che diventano circa 800.000 nell'area metropolitana

Nel 2017, la stampa americana e i report di sanità pubblica ribattezzano Dayton "Capital of the Opioid Crisis" negli USA per tasso di mortalità da overdose pro capite.

Anche in questo caso la crisi parte da più lontano, dal crollo dell'impero industriale della General Motors e della NCR. Fino agli anni '90, Dayton era una delle capitali dell'innovazione e della manifattura americana, a Dayton sono nati i fratelli Wright, gli elicotteri moderni e la NCR, la National Cash Register, il colosso dei registratori di cassa e dell'automazione bancaria. Tra il 1999 e il 2008, la città subisce una serie di colpi mortali. Nel 2008 la GM chiude il gigantesco impianto di assemblaggio di Moraine, alla periferia di Dayton. Vengono cancellati oltre 4.000 posti di lavoro diretti ad alto salario sindacalizzato e decine di migliaia nell'indotto. La storia della Moraine viene raccontata anche nel documentario premio Oscar "American Factory" del 2019, diretto da Steven Bognar e Julia Reichert e primo docu-film prodotto dalla Higher Ground Productions, la società di produzione cinematografica fondata da Barack e Michelle Obama in accordo con Netflix. La fabbrica di Moraine viene acquistata da imprenditori cinesi, ma i livelli di produzione e di occupazione resteranno sempre lontanissimi da quelli garantiti da GM.

Nel 2009 è la volta della NCR, che abbandona Dayton per trasferirsi in Georgia, svuotando il centro cittadino dei suoi quadri operativi e direttivi. Si avvia un effetto domino e in meno di un decennio la città perde il 40% dei posti di lavoro manifatturieri che erano concentrati nell'indotto. A Dayton si innesta poi la stessa crisi sanitaria che si verifica nel resto dello stato.

Quando le fabbriche chiudono, lasciano senza lavoro operai con più di quarant'anni di eta e almeno venti di lavoro usurante nella catena di montaggio o in altri lavori pesanti. Queste persone restano sul territorio e vengono assistiti con coperture sanitarie o sussidi pubblici di invalidità statali (Medicaid).

L'industria farmaceutica e i grandi distributori inondano la contea di Montgomery di cui Dayton è capoluogo di milioni di dosi di OxyContin e Vicodin esattamente come fanno nel resto della cintura della ruggine. Dayton tra l'altro si trova esattamente al centro dell'incrocio tra la autostrade 75 e 70, ed è uno dei principali corridoi logistici della Rust Belt. Quando nel 2011-2012 le autorità avviano la prima stretta sulle ricette mediche di antidolorifici, la vicinanza alle arterie autostradali fa sì che i cartelli messicani saturassero Dayton con eroina e fentanyl a basso costo, trasformando la città nel principale snodo di smistamento di oppioidi del Midwest.

Il 2017 è l'anno orribile per la città. I numeri raccontano di un vero e proprio massacro metropolitano, ma a differenza del piccolo centro rurale come Huntington o Williamson, a Dayton le dimensioni puramente quantitative dell'impatto travolgono i servizi pubblici dell'area urbana. La mortalità tocca indici record: nel 2017, nella sola contea di Montgomery muoiono per overdose 566 persone, un tasso di circa 100 morti ogni 100.000 abitanti, oltre quattro volte la media nazionale USA. Nel picco del 2017, la camera mortuaria della contea di Montgomery esaurisce i posti fisici per le salme, costringendo l'amministrazione locale a noleggiare camion frigoriferi per stoccare i corpi in attesa di autopsia. Gli ospedali dell'area di Dayton (Dayton Children's Hospital e Premier Health) registrano tassi di NAS dove quasi 1 neonato su 12 nati in determinate aree della città richiedeva lo svezzamento farmacologico in Terapia Intensiva.
Oggi Dayton è una città profondamente segregata ed impoverita, in cui il reddito medio pro capite è meno della metà della media nazionale e quasi il 30% della popolazione vive sotto la soglia di povertà. Nell'area est della città, storicamente abitata dalla classe operaia bianca giunta dagli Appalachi negli anni '50 per lavorare nelle fabbriche GM, è diventata l'epicentro della dipendenza da oppioidi, dello spopolamento e della kinship care, i nonni che crescono i nipoti con i sussidi di invalidità. La stessa sorte tocca alla componente afroamericana che vive nei quartieri popolari ad Ovest di Dayton, storicamente segnata dalla segregazione sociale e geografica e poi dalla deindustrializzazione, subisce l'impatto incrociato della povertà strutturale e delle successive ondate di Fentanyl. Tutti i giovani con un titolo di studio e la classe media hanno abbandonato la città per trasferirsi nei sobborghi benestanti a sud (come Centerville o Oakwood) o fuori dallo Stato, verso gli stati del Sud.

La trappola della Rust Bell è in estrema sintesi l'effetto di crisi combinate che si sommano l'una sull'altra, una tempesta perfetta che rosetta inerte comunità, grandi medie o piccole. E lo stesso capita all'interno delle comunità, che si dividono in sommersi e salvati, si frammentano e si polarizzano fino ad implodere. Le città di cui abbiamo parlato sono tutte ex capitali della manifattura di industria importanti e floride che in quelle città non esistono più o perché sono andate altrove o perché sono stare travolte dai processi di un mercato che negli ultimi anni si è modificato a grande velocità. A rimanere intrappolati in questo contesto sono le persone che si sono impoverite, che non possono andare via perche non se lo possono permetterei o non hanno l'eta o le competenze per cercare un lavoro altrove, o ancora perche nel frattempo sono ammalate. La stessa trappola coinvolge i ragazzini nati in SAN, che ereditano una condizione famigliare difficilissima a livello individuale e sociale.
Nessuno dice che la colpa dell'epidemia da Fentanyl va rintracciata nella globalizzazione che ha spinto alla delocalizzazione. La storia è molto più complessa di così. Esistono però dei nessi evidenti e delle correlazioni che è impossibile non vedere.
Ovviamente come in tutti i fenomeni complessi i fenomeni non sono scontati. Nel caso delle città colpite dalla crisi alcune sono sopravvissute, reinventandosi. Altre sono diventate città fantasma. Huntington e Philadelphia sono tra quelle che si sono reinventate, pagando un presso molto alto, certo ma sono riuscite a reinventarsi.

LILI'S PLACE

Huntington
Rhona Edmunds e il reparto 4West
Lili's Place
Il modello
La recovery Town



Huntington

15 Agosto 2016. Huntington.
È il pomeriggio del Ferragosto del 2016. Nell'arco di sole cinque ore, i servizi di emergenza e i pronto soccorso della città registrarono 26 overdose da eroina e fentanyl tagliato con carfentanil. Il caso segna una sorta di punto di non ritorno. I media a posteriori commenteranno con un secco "ad Huntington non si muore piu di fame ma di Fentanyl".
Ad Huntington medio centro economico e amministrativo della contea di Cabel, l'ultima città della West Virginia, al confine con l'Ohio il passaggio dalla crisi economica a quella sanitaria si è definitivamente compiuto.
Huntington è un luogo simbolo della crisi degli oppioidi scoppiata dieci anni fa ed un luogo in cui l'epidemia è diventata una tragedia demografica devastante.
Le autorità hanno da poco iniziato a bloccare le prescrizioni mediche facili di OxyContin, e i pazienti ormai dipendenti dall'ossicodone si sono riversati sulle droghe da strada e i vari cocktail di eroina e oppioidi sintetici di contrabbando che iniziano a comparire in città immediatamente dopo il blocco della distribuzione legale. In pochissimo tempo i i servizi di prima emergenza già saturi collassano.
La shock è generale, la contea di Cabell e la città di Huntington toccano un fondo da cui si risolleveranno con grande fatica, e decidono di reagire nei tribunali. La città è una delle prime amministrazioni locali a rifiutare gli accordi stragiudiziali generici e a portare in tribunale i tre giganti americani della distribuzione farmaceutica. Il loro caso (City of Huntington v. AmerisourceBergen Corp.) è stato selezionato dal giudice federale Dan Polster come "bellwether trial", il processo pilota nazionale, nell'ambito della National Prescription Opiate Litigation, ponendo i dati di Huntington a fondamento di tutte le successive transazioni finanziarie negli Stati Uniti.
Il caso di Huntington e della contea di Cabell è diventato emblematico grazie alle inchieste giudiziarie che hanno portato alla luce i volumi della distribuzione farmaceutica: Tra il 2006 e il 2014, le grandi compagnie di distribuzione (McKesson, AmerisourceBergen, Cardinal Health) hanno spedito nella sola contea di Cabell oltre 81 milioni di pillole di idrocodone e ossicodone.
Per una popolazione di circa 90.000 abitanti nella contea, significava una media di quasi 100 pillole all'anno per ciascun residente, neonati e anziani compresi.
Nel picco della crisi, il tasso di mortalità per overdose a Huntington ha raggiunto livelli dieci volte superiori alla media nazionale.
Il cerchio si stringe attorno alle farmacie e alle Pharma: le strategie di difesa delle società crollano definitivamente nelle sale parto della città. Huntington è anche una delle città dove è la concentrazione dei nati con sindrome da astinenza è ancora oggi più alta. Nel 2014 al Cabell Huntington Hospital un bambino nato su dieci mostra i sintomi della crisi di astinenza da farmaci da banco, non per un abuso clandestino della madre, ma come conseguenza di una catena di prescrizioni autorizzate, rimborsate e incentivate dal sistema sanitario.
Per gestire un fenomeno fuori scala, nel 2014 a Huntington apre Lily's Place, il primo centro medico negli Stati Uniti progettato esclusivamente per lo svezzamento farmacologico dei neonati da oppioidi. Un luogo privo delle luci aggressive e dei rumori delle Terapie Intensive Neonatali tradizionali, pensato per la degenza di neonati che devono smaltire la tolleranza al metadone o alla morfina somministrati per attenuare i tremori, le crisi respiratorie e le convulsioni provocate dall'interruzione improvvisa del Oxicontyn nel flusso placentare. Il nuovo protocollo prevede una degenza media di un neonato affetto da NAS di 20-30 giorni nella clinica specializzata, contro i due o tre in un reparto di cura intensiva in neonatologia. La sanità della città e della contea rischia il tracollo finanziario, come accade in quel periodo in altre città dell'Ohio.

Non ci sono ovviamente solo i costi economici, c'è il costo umano e quello sociale, a partire dalla disgregazione dei nuclei famigliari, con il vuoto genitoriale gestito attraverso la kinship care. I genitori biologici presi nella morsa della dipendenza o inseriti in percorsi di riabilitazione o carcerazione, la responsabilità materiale della custodia dei minori si sposta interamente sulle famiglie d'origine. I nonni diventano la riserva della repubblica statunitense nel fronteggiare le conseguenze di una crisi senza precedenti. Le Mamaw e i Papaw, si assumendosi l'onere di crescere neonati con potenziali deficit dello sviluppo neuro-comportamentale e diventano l'ultimo ammortizzatore sociale possibile. Tutto questo accede in un contesto di assunta invisibilità istituzionale, durata fino a quando i tribunali non sono intervenuti: il legame tra la pillola prescritta al lavoratore e il danno neonatale è rimasto una variabile sommersa, diluita tra le voci dei ricoveri della pediatria e dell'assistenza sociale locale.
Nell'Oihio e nella West Virgina in quegli anni le pillole di antidolorifici vendute non si contano nel senso letterale del termine. Bisognerà aspettare i tribunali per desecretare i dati, che sembrano incredibili. Nella sola contea di Cabell, dove abitano 90.000 persone tra il 2006 e il 2014 sono state distribuite 81 milioni di pillole. I numeri sono il risultato del database ARCOS che contabilizza i farmici distriubuiti, desegretato nel 2019 su ordine del giudice federale Dan Polster. Il sistema contabile della distribuzione funzionava attraverso invii automatizzati condotti dai tre principali grossisti americani di farmaci, McKesson, AmerisourceBergen e Cardinal Health.
Nella città di Huntington, la singola farmacia indipendente Mascotte Pharmacy ha ricevuto, da sola, circa 6,5 milioni di pillole di idrocodone e ossicodone in un arco di otto anni. In una comunità di poche migliaia di residenti nel raggio di un chilometro, la farmacia ordinava e distribuiva fino a 10.000 pillole al giorno.
La legge federale imponeva ai distributori di segnalare gli "ordini sospetti" per frequenza o volume, ma i software delle tre aziende hanno ignorato le impennate di consegne, fatturando ogni singola spedizione come normale fornitura farmaceutica e saturando il mercato locale ben oltre la capacità di assorbimento clinico della popolazione.
Nata come centro industriale, siderurgico e ferroviario sul fiume Ohio, con il declino industriale la città è diventata il laboratorio perfetto per la saturazione farmaceutica, arrivando a essere definita dalla stampa americana come la "capitale dell'overdose negli Stati Uniti". Huntington nasce lungo la valle del fiume Ohio come snodo logistico e manifatturiero strategico. La città era strutturata intorno a tre industrie storiche. La più grossa risale agli anni '20 del secolo scorso, la Inco Alloys, poi Special Metals Corporation, la principale fabbrica di nichel e leghe ad alta resistenza per l'industria aerospaziale e militare degli States.
La città era strutturata intorno a tre industrie storiche. La più grossa risale agli anni '20 del secolo scorso, la Inco Alloys, poi Special Metals Corporation, la principale fabbrica di nichel e leghe ad alta resistenza per l'industria aerospaziale e militare degli States. Nel suo momento di massima espansione impiegava migliaia di operai con salari sindacalizzati, tutele sanitarie integrative e pensioni garantite. Sempre ad Huntington c'erano le officine ferroviarie Chesapeake & Ohio. Le C&O Railway la città è stata per oltre un secolo il centro di manutenzione pesante per i treni merci che trasportavano il carbone estratto dalle miniere del West Virginia verso i porti e le acciaierie del Nord. Infine c'era l'industria manifatturiera leggera e del vetro: le fabbriche della Blenko Glass e i laboratori di componentistica meccanica legati al settore estrattivo.
Tra la fine degli anni '80 e i primi anni 2000, la ristrutturazione della catena logistica e il ridimensionamento della produzione siderurgica hanno cancellato oltre la metà dei posti di lavoro nella zona, lasciando un tessuto economico frammentato, caratterizzato da lavori fisici ad alto rischio di infortunio e resi precari dal rischio delocalizzazione tipico di quegli anni. I cantieri, le officine, la logistica in crisi si rivelano essere un contesto che sarà la base d'innesto ideale per la prescrizione di antidolorifici ad alto dosaggio.

La Huntington di oggi è una città a doppia velocità, divisa tra la deindustrializzazione non riassorbita e la rigenerazione guidata dal settore sanitario e universitario.
La riconversione manco a dirlo è avvenuta sull'economia della cura: il più grande datore di lavoro dell'area è diventato il Marshall Health Cabell Huntington Hospital, affiancato dalla scuola di medicina della Marshall University. L'economia locale si è riconvertita nell'assistenza sanitaria per gestire la stessa popolazione anziana o cronicizzata rimasta sul territorio.
La città ospita una concentrazione unica negli Stase di strutture di disintossicazione, case-famiglia e centri specializzati di assoluta eccellenza, tra cui Lily's Place, il più reputato ed autorevole a livello mondiale. Il settore delle politiche sociali e dei servizi di recupero è diventato una voce primaria dell'economia urbana.

Come spesso capita i questi casi è cambiata anche la città: il nucleo storico e stato riqualificato con interventi di recupero edilizio e di arredo urbano, e politiche di valorizzazione commerciale e ristorativa focalizzati sugli studenti universitari che arrivavano da fuori. I quartieri periferici, come West Huntington, sono stati abbandonati al degrado immobiliare.
Fino all'inizio del 2000 Huntington era abitata dalla classe operaia bianca americana, la working class d'origine prevalentemente britannica e germanica, radicata da generazioni negli Appalachi, una comunità fondata sull'impiego industriale a tempo indeterminato, sull'appartenenza alle trade unions di categoria e su reti familiari estese e stanziali.
Oggi con la fuga dei giovani verso i grandi centri urbani dell'Est, la popolazione autoctona rimasta ha un'età media elevata, un basso tasso di partecipazione alla forza lavoro e un'alta percentuale di nuclei familiari monogenitoriali o ricomposti. Gli infortuni sul lavoro o la perdita del posto ha trasformato interi segmenti di classe operaia specializzata in percettori di sussidi di invalidità, lo stesso canale attraverso cui passavano la gran parte delle prescrizioni mediche rimborsate dal sistema pubblico.
La popolazione di Huntington faceva e fa parte di quella spina dorsale della classe operaia sindacalizzata americana che ha costruito la ricchezza e la fortuna degli stati uniti e che ha subito un processo di declassamento e di erosione dello status con la delocalizzazione e la globalizzazione dei mercati. Nel giro di una generazione la Working class bianca della Rust Bell è passata dall'essere l'élite salariale dell'industria manifatturiera all'emarginazione sociale, una nuova White Trash abbandonata a se stessa fatta di lavoratori con un'elevata incidenza di lesioni e dolori scheletrici da lavoro usurante, una copertura assicurativa pubblica o aziendale che rimborsava gli antidolorifici e non la cura e l'assenza di una rete di tutela politica e mediatica in grado di denunciare la saturazione del mercato nelle fasi iniziali dell'epidemia.
Ad Huntington oggi convivono piu o mondo ignorandosi due mondi e due generazioni. La deindustrializzazione ha svuotato le fabbriche, e l'università locale la Marshall University si è insediata nella città, diventando il perno sociale ed economico della Huntington contemporanea. L'ateneo conta circa 11.000-12.000 studenti. Una massa di giovani arrivata da altri Stati che altera la composizione demografica dell'area, sostenendo un'economia di consumi del tutto nuova: servizi digitali, ristorazione, coworking, riqualificazione degli affitti nel centro urbano.
La Joan C. Edwards School of Medicine della Marshall University si è trasformata in uno dei centri americani più avanzati nello studio della dipendenza clinica, della genetica applicata agli oppioidi e della risposta pediatrica alla NAS. La città che ha vissuto la tragedia si è candidata a produrre le soluzioni scientifiche per uscirne.
La nuova classe professionale legata all'"Economia del Recupero" legata all'università e al grande polo ospedaliero è la nuova classe media, composta da medici, ricercatori, psicologi, assistenti sociali e giuristi specializzati in diritto sanitario.

Huntington è oggi una "Recovery City" da manuale, una città dell'economia del recupero sanitario: un ecosistema economico la cui voce principale di PIL non è più l'estrazione di carbone o la lavorazione del metallo, ma la gestione, la cura e la riabilitazione del danno sociale ed epidemiologico generato nei due decenni precedenti.
La presenza dell'università e delle nuove professioni sanitarie non ha però cancellato la fascia di popolazione originaria, l'ha semplicemente emarginata dal centro della scena urbana, attraverso una segregazione spaziale, con i quartieri universitari e il centro storico (Pullman Square) tirati a lucido, moderni e frequentati dai giovani della nuova generazione e a pochi isolati di distanza, i quartieri degradati dove vivono i disoccupati che dipendono dai sussidi di invalidità e i nuclei familiari guidati dai nonni.
E se i giovani che frequentano la Marshall University arrivano per la maggior parte da contesti esterni o dal ceto medio regionale, i figli della classe operaia locale travolta dagli oppioidi faticano ad accedere alle carriere universitarie, finendo spesso per essere assorbiti nel settore dei servizi a basso salario generati dall'indotto dell'ospedale o abbandonano la regione.
Il destino di Huntington è paradossale ma perfettamente razionale, e coincide con una ripartenza. In molte altre città simbolo della crisi industriale e sanitaria nella Rust Bell le cose sono andate molto peggio.



Lily’s Place

Lily’s Place, Huntington, 5th Avenue.
L’edificio di Lily’s Place sulla 5th Avenue ad Huntington non somiglia a un ospedale. È una struttura a un piano, in mattoni rossi, inserita nel tessuto urbano della città senza insegne luminose né ingressi d’emergenza, solo una targa accanto alla porta d’ingresso, per il resto assomiglia ad centro comunitario o una clinica pediatrica di quartiere.
L'elemento che colpisce entrando è il silenzio. Le strumentazioni sanitarie sono silenziate e non c’è il brusio costante dei reparti di Terapia Intensiva, per terra una moquette spessa smorza il rumore dei passi. I corridoi sono ampi, le pareti tinteggiate in toni neutri e l’illuminazione è indiretta. La luce naturale viene filtrata da tende oscuranti; ma quello di un ambiente domestico.
La struttura è suddivisa in aree funzionali ben definite.
Ci sono le stanze di assistenza neonatale, le Nursery Suites, camere private progettate per l'abbattimento totale degli stimoli sensoriali, luci regolabili a bassa intensità, isolamento acustico rinforzato e poltrone da allattamento, lettini coordinati e postazioni per la fasciatura del neonato. Le uniche apparecchiature mediali sono un saturimetro ai piedi del neonato e le schede di monitoraggio per il protocollo. Gli operatori sanitari e le madri muovono i neonati con gesti lenti, mantenendo il contatto fisico costante, al buio o sotto la luce soffusa di una sola lampada
Gli spazi per le famiglie, le Rooming-in Units sono ambienti adiacenti alle nursery riservati alle madri o ai familiari presi in carico. Includono piccoli soggiorni, bagni privati e cucine comuni, pensati per garantire la presenza continuativa della madre accanto al figlio durante la fase di svezzamento farmacologico.
Infine la zona per la cura post urgenza. Le aree di valutazione e di terapia pediatrica, sezioni dedicate ai controlli neuropsicologici e allo sviluppo motorio per i bambini che superano la fase acuta e rientrano per i controlli periodici sono ambienti arredati con materiali morbidi, tappeti gommati e strumenti per la terapia occupazionale e del linguaggio.
Gli spazi di supporto psicosociale sono studi privati per i colloqui tra le assistenti sociali, gli psicologi della Marshall University e le famiglie, c’è poi una sala riunioni per le équipe mediche e i corsi di formazione genitoriale.
Inaugurato nell'ottobre 2014 ad Huntington, West Virginia, il Lily’s Place nasce dall’iniziativa di tre operatrici sanitarie — Rhonda Edmunds, Sara Murray e Mary Calhoun Brown — del reparto di terapia intensiva neonatale (TIN) del Cabell Huntington Hospital.
L'accelerazione dei casi di Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) dovuti alla crisi degli oppioidi nell'Appalachia rese evidente l'inadeguatezza delle strutture ospedaliere tradizionali, portando alla creazione del primo centro residenziale pediatrico extraclinico dedicato negli Stati Uniti.
Ad Huntington la Marshall University ha sviluppato un polo di riferimento clinico e di ricerca mondiale per la gestione dell'epidemia di oppioidi, con una focalizzazione specifica sulla salute materna e infantile:
Si chiana Lily's Place, ed è il primo centro negli Stati Uniti interamente dedicato alla cura dei neonati affetti da Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS), causa dell'esposizione agli oppioidi durante la gravidanza. Offre un modello di ricovero pediatrico specializzato e umanizzato che è stato poi preso a modello a livello internazionale.

Rohna Edmunds: il reparto 4 West

Rhonda Edmunds e il reparto 4 West

Per vent'anni Rhonda Edmunds ha lavorato come infermiera caposala nella Terapia Intensiva Neonatale (TIN) del Cabell Huntington Hospital. Tra il 2010 e il 2013 la frequenza dei neonati con crisi d'astinenza nel reparto cambia scala: non coi sono più casi isolati, ma una serie di culle allineate una accanto all'altra, in un'ambiente ospedaliero in cui le luci al neon e gli allarmi acustici dei macchinari esasperano l'ipersensibilità dei neonati, che reagiscono con tremori e pianti continui, rendono necessarie dosi di morfina sempre maggiori per compensare lo stress ambientale.

Il neonato nella culla termica di una Terapia Intensiva Neonatale tradizionale combatte contro l'astinenza tra cicalini elettronici, luci al neon e l'odore penetrante di disinfettante. Al Lily's Place, ad Huntington, l'impatto è l'opposto: penombra, silenzio assoluto, moquette che smorza i passi e stanze che assomigliano a camere da letto domestiche.

L'astinenza da oppioidi nei neonati (Sindrome da Astinenza Neonatale, NAS) si manifesta con pianti striduli inconsolabili, tremori muscolari continui, rigidità degli arti, febbre e sudorazione batterica. Nella struttura di Huntington il primo strumento terapeutico non è il farmaco, ma la riduzione drastica degli stimoli sensoriali. I neonati vengono avvolti stretti in fasce di cotone, tenuti in braccio per ore da volontari e dalle madri, e cullati al buio. La somministrazione di dosi scalari di morfina o metadone interviene solo quando la risposta biologica non si stabilizza con il contatto umano.

Insieme alle colleghi Sara Murray e Mary Calhoun Brown, Edmunds progetta una struttura extra-ospedaliera indipendente. L'idea guida è sottrarre il neonato dal circuito della medicina d'urgenza. Nel 2014 aprono Lily's Place in un edificio dismesso sulla 5th Avenue, finanziato inizialmente con fondi locali e donazioni private. Sara Murray ne assume la direzione esecutiva, imponendo un cambio di metodo: le infermiere non indossano il camice, non utilizzano monitoraggi sonori continui e sostituiscono la sedazione farmacologica con la fasciatura stretta e l'isolamento acustico.

L'ingresso della Marshall University è praticamente immediato. Sean Loudin, pediatra neonatologo e docente alla Joan C. Edwards School of Medicine della Marshall University scommette su quello che è ancora un modello empirico, e assieme alle infermiere lavora per strutturarlo sotto il profilo scientifico, fino ad assumere la direzione medica di Lily's Place, trasformando l'osservazione sul campo in protocollo clinico.

È Loudin a formalizzare i dati sul tempo di permanenza, dimezzato rispetto alla TIN tradizionale, e sull'uso dei farmaci, avviando il confronto con i Centers for Medicare & Medicaid Services per ottenere il riconoscimento pubblico delle coperture finanziarie.

Sul versante della prevenzione e del follow-up, a lavorare sulla strutturazione del modello MARC Maternal Addiction and Recovery Center, è la dottoressa Laura McGrath, psichiatra e docente della Marshall University. McGrath inserisce l'assistenza ginecologica e il trattamento della dipendenza della madre all'interno della medesima filiera di cura del neonato, introducendo l'obbligo di presenza della madre durante le fasi di svezamento nel centro.

Il lavoro dei due medici rende possibile l'accreditamento del modello da parte dell'ente federale americano CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) che riconosce la validità medica delle strutture NAS extra-ospedaliere, garantendo la copertura finanziaria pubblica e rendendo il modello di Huntington uno standard replicabile in tutti gli Stati Uniti.



Il modello di cura

Il modello si chiama Maternal Addiction and Recovery Center (MARC). È gestito direttamente dal centro medico della Marshall University (Marshall Health), ed è un programma integrato che segue le donne in gravidanza con dipendenza da sostanze, combinando cure ginecologiche, terapia con sostitutivi oppioidi, supporto psicologico e percorsi di affiancamento genitoriale.
Il polo della Marshall University ad Huntington è stato il primo nel suo genere ed è considerato oggi uno dei più avanzati al mondo. Nasce non a caso in una delle aree più colpite dagli oppioidi ad Huntington, una città che è passat da polo della manifattura a ricoveri Town, attraverso una crisi economica e sanitaria straordinaria.
La struttura opera in stretto raccordo clinico e di ricerca con la Joan C. Edwards School of Medicine della Marshall University e con il Maternal Addiction and Recovery Center (MARC). L'università fornisce il supporto medico-specialistico e utilizza il centro come laboratorio di ricerca clinica per la definizione di nuovi protocolli di svezzamento farmacologico integrati da un approccio socio-sanitario integrato per le madri con disturbo da uso di sostanze.
In estrema sintesi i Medici del Lily's Place si occupano del trattamento non farmacologico primario a partire dalla gestione della crisi d'astinenza del neonato tramite l'abbattimento degli stimoli sensoriali (stanze private insonorizzate, luci soffuse, contatto pelle a pelle continuativo).
Lo svezzamento farmacologico consiste nella somministrazione controllata di dosi decrescenti di morfina o metadone solo nei casi in cui le misure ambientali non siano sufficienti.
Aspetto fondamentale è il coinvolgimento del genitore (Rooming-in) della madre o dei familiari nella gestione h24 del bambino, abbinata a percorsi di formazione genitoriale per la gestione dei sintomi residui a domicilio.
A questo si abbina un robusto intervento psicosociale, che si traduce nella presa in carico del nucleo familiare tramite assistenti sociali per l'accesso a percorsi di riabilitazione della madre, supporto abitativo e lavorativo.

Il Lily's Place ad Huntington ha un primato preciso.
Non è l'unico centro esistente, ma una struttura apripista per una serie di ragioni.
Innanzitutto il modello architettonico e organizzativo, il Residential NAS Center). Il Lily's Place è stata la prima struttura negli Stati Uniti progettata esclusivamente come centro residenziale extra-ospedaliero per neonati con NAS. Fino a quel momento, questi neonati venivano gestiti quasi unicamente nei reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) degli ospedali, ambienti rumorosi, con luci artificiali forti e un approccio prevalentemente farmacologico.
La struttura ha cambiato approccio e paradigma, dimostrando su scala clinica che l'approccio non solo farmacologico, riduce in modo drastico la necessità di somministrare morfina o metadone ai neonati, abbattendo al contempo la durata e i costi del ricovero. Ad Huntington i medici e ricercatori sono partiti dal metodo Eat, Sleep, Console (ESC) o ldala gestione clinica della NAS ma insieme alla Marshall University hanno codificato questo modello in linee guida cliniche e di sostenibilità economica. È grazie ai dati raccolti ad Huntington che l'ente federale americano CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) ha riconosciuto la copertura finanziaria pubblica per i centri NAS extra-ospedalieri.
Il Lili's Place è considerata la struttura "pioniera" e il modello di riferimento a cui si sono poi ispirate altre cliniche e università prima americane poi europee.

Il Lily's Place Family Center e il Residential Treatment Center nascono dal principio scientifico dei clinici di Huntington: non è possibile curare la psiche di un minore se l'ambiente circostante rimane frammentato. Per questo motivo, la struttura si è ampliata con l'inaugurazione del Family Center e del Residential Treatment Center. Le unità residenziali madri-figli sono strutture dove le madri con diagnosi di disturbo da uso di sostanze e problemi di salute mentale vivono insieme ai propri figli durante il percorso di riabilitazione. Questo evita il trauma della separazione coatta e consente agli psicoterapeuti di osservare e correggere in tempo reale le dinamiche di attaccamento genitore-figlio.
Contestualmente esiste un grosso supporto psicologico alle famiglie affidatarie o adottive, le Foster Families. Spesso i bambini nati in NAS vengono presi in carico da nonni, il fenomeno noto come Grandparenting, o da famiglie affidatarie o adottive. Gli psicologi di Huntington offrono formazione e consulenza psichiatrica continuativa a questi caregiver per fornire loro gli strumenti adatti a gestire le crisi comportamentali del minore senza ricorrere alla rinuncia all'affido.

Il sistema non considera più il bambino come un paziente isolato che ha superato un'emergenza al momento della nascita, ma come un individuo inserito in una traiettoria di sviluppo clinico, accompagnato fino all'età adulta per interrompere la trasmissione intergenerazionale della dipendenza. E valorizza la figura dei caregiver, riconoscendone la centralità nel percorso di cura.
Il supporto ai genitori e ai caregiver ad Huntington non è concepito come un servizio accessorio, ma come il requisito clinico principale per la riuscita del percorso di cura, a partire dallo svezzamento e per la tenuta del minore nel tempo.
Il modello riconosce due figure chiave di caregiver, le madri biologiche in percorso di riabilitazione e i parenti prossimi, le famiglie naturali o adottive. In America sono soprattutto i nonni che si sono presi cura dei ragazzini, il fenomeno è noto negli USA come Kinship Care o Grandfamilies, e predispone strumenti clinici, legali e sociali dedicati ad ambedue.
Per le madri biologiche c'è il modello MARC per evitare che il timore di conseguenze penali o la perdita automatica della patria potestà spingano le donne a nascondere la propria dipendenza durante la gravidanza.
La donna incinta con disturbo da uso di sostanze non viene inviata a strutture separate o denunciata alle autorità. Nella stessa visita ginecologica riceve la terapia sostitutiva con oppioidi (buprenorfina o metadone), il monitoraggio ecografico e l'assistenza psicologica.
Per le madri che necessitano di trattamenti riabilitativi a lungo termine, le strutture offrono alloggi residenziali in cui la donna può vivere con il bambino mentre segue le terapie psicosociali, mantenendo la continuità dell'attaccamento ed evitando l'istituzionalizzazione del minore.
Per i nonni e la rete familiare (Kinship Care e Grandfamilies) e le famiglie adottive o affidatari è prevista una formazione mirata per gestire i comportamenti del bambino (scatti d'ira, iperattività, disturbi del sonno) legati al danno neurobiologico da esposizione intrauterina o al trauma dello sradicamento familiare.
Esiste una consulenza legale della struttura per assistere i familiari per l'ottenimento della tutela legale temporanea o permanente (guardianship), la richiesta di sussidi statali d'affido e l'integrazione del minore nelle coperture sanitarie pubbliche (Medicaid).
Ci sono gruppi di sostegno tra pari per la prevenzione del burnout, con Incontri periodici guidati da psicologi per consentire ai caregiver di gestire il carico emotivo ed economico derivante dalla responsabilità genitoriale.
Il minore è sempre considerato all'interno del suo contesto di accoglienza. Se il caregiver (madre, nonno o famiglia affidataria o adottiva) non viene stabilizzato dal punto di vista emotivo, economico e legale, il percorso riabilitativo del bambino rischia il fallimento nel medio e lungo termine.

C’è poi la seconda parte della patologia, quella che spesso si rivela più complicata. L’esposizione agli oppioidi in utero non scompare con il superamento della crisi d'astinenza del primo mese. Man mano che i neonati dimessi da raggiungono l'età prescolare e scolastica, emergono le conseguenze neurobiologiche e ambientali della crisi: deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbi dell'elaborazione sensoriale, ritardi nell'apprendimento, gravi difficoltà nella regolazione delle emozioni e traumi psicologici legati a contesti familiari instabili o al sistema di affidamento.
Se nei primi anni, dal 2014, l'attenzione era concentrata esclusivamente sulla gestione della fase acuta del neonato, oggi l'ecosistema coordinato da Lily’s Place e dalla Marshall University copre l'intero arco di vita del bambino, con estensioni specifiche per l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta.
Lily's Place non interrompe le cure al momento delle dimissioni del neonato dall'incubatrice, ma accompagna il minore fino alla maturità per prevenire che la vulnerabilità biologica iniziale si trasformi in una nuova dipendenza nell'età adulta.
Ad Huntington per evitare che la vulnerabilità iniziale sfoci in nuove forme di dipendenza o devianza durante l'adolescenza, la rete tra Lily’s Place (con la creazione del Lily's Place Children's Center e del Family Center) e la Marshall University ha strutturato un secondo protocollo di presa in carico psicologica e psichiatrica lungo l'intero arco della crescita.
Durante la prima infanzia e la prima età scolastica si ricorre alla terapia sensoriale e alla Play Therapy. Nei primi anni di vita, i disturbi psicologici del bambino esposto a sostanze non si manifestano con il linguaggio verbale, ma attraverso l'alterazione dei comportamenti primari e la risposta agli stimoli esterni. La Terapia dell'integrazione sensoriale, nota anche come Terapia Occupazionale è efficace sul cervello dei bambini nati con NAS, che fatica a filtrare i segnali dell'ambiente. Rumori improvvisi, luci o contatti fisici possono scatenare disagi crisi di panico o aggressività impreviste. Gli specialisti lavorano in ambienti terapeutici protetti con materiali morbidi, oscillazioni controllate e stimolazioni tattili progressive per insegnare al sistema nervoso l’auto regolamentazione.
Dai 3 anni in poi, gli psicologi infantili utilizzano il gioco strutturato e la narrazione simbolica per diagnosticare e trattare i primi segni di ansia da separazione e trauma. Attraverso il gioco si identificano blocchi cognitivi o vissuti di abbandono precoci.
Nella fase dell’adolescenza ci si concentra sulla gestione del trauma complesso e sulla prevenzione neurobiologica
Durante l'adolescenza, i nodi biologici si intrecciano con quelli sociali. Il cervello di chi è stato esposto a sostanze in fase fetale presenta una soglia di tolleranza allo stress alterata e una predisposizione neurobiologica all'impostazione di comportamenti impulsivi.
Molti di questi ragazzi inoltre hanno vissuto traumi gravi, come l’arresto dei genitori, l'overdose di un familiare o continui trasferimenti tra famiglie affidatarie, o l’adozione. La psicoterapia non si concentra solo sul sintomo, ad esempio il fallimento scolastico, l’autolesionismo o l’aggressività, ma sull'elaborazione del trauma dello sradicamento.
La terapia ritenuta più efficace è quella Cognitivo-Comportamentale (CBT) e la Dialettico-Comportamentale (DBT), percorsi mirati a fornire all'adolescente strumenti concreti per riconfigurare il controllo degli impulsi, la gestione della rabbia e l'auto-tolleranza alla frustrazione, evitando le risposte automatiche di fuga o esplosione emotiva.
Infine si lavora sulla prevenzione mirata della dipendenza, sapendo che la vulnerabilità biologica alla dipendenza in questi soggetti è elevata. Il supporto psichiatrico applica programmi di prevenzione che spiegano al ragazzo la propria conformazione neurobiologica, affiancando sessioni individuali a gruppi di supporto tra pari.

Il paradosso di Huntington è aver generato un micro-Stato sociale integrato nel cuore del sistema sanitario più privatizzato al mondo. E non è stata una scelta ideologica, ma una necessità economica, la sostenibilità del sistema Medicade, e di ordine pubblico: il collasso delle strutture tradizionali ha forzato la creazione di un welfare di prossimità per evitare il tracollo dell'intera comunità. La trasformazione si è retta sul fallimento del mercato sanitario: le terapie intensive neonatali tradizionali costavano fino a 3.000 dollari al giorno. Di fronte a un'epidemia di nascite con crisi d'astinenza, gli ospedali rischiavano il default. L'invenzione del centro residenziale ha abbattuto i costi a circa 800 dollari al giorno, dimostrando che la medicina clinica "a prestazione" era insostenibile rispetto a un approccio ambientale e sociale.
Il modello si sostiene perché i ricercatori della Marshall University hanno costretto il governo federale a modificare le regole di Medicaid (il programma di assistenza sanitaria pubblica per le fasce a basso reddito). Hanno ottenuto deroghe per far coprire con fondi pubblici non solo le cure mediche, ma anche i servizi di supporto psicologico, l'assistenza legale per l'affido e il monitoraggio domiciliare.
Nel sistema americano classico inoltre sanità, tribunali e servizi sociali non dialogano. Ad Huntington l'emergenza ha obbligato le istituzioni a operare in blocco. Il ginecologo, lo psichiatra, il giudice minorile e l'assistente sociale intervengono in contemporanea sullo stesso nucleo familiare, superando la divisione per compartimenti stagni.
L'anomalia di Huntington è quindi l'esito di un tracollo. Di fronte a uno shock sociale totale, le regole ordinarie del sistema privato si sono sgretolate, costringendo un territorio dell'Appalachia a inventarsi dal basso un'infrastruttura di cura universale. Sembra la storia del Covid, l'ennesima conferma che lo stato non è il participio passato del verbo esser, la bestia da affaire etc etc
C'è poi un'altro aspetto molto interessante che riguarda tutte le zone della Rust Bell invase dall'oxicontyn e dal fentanyl. In quei luoghi la sanità era abituata a curare silicosi, traumi, artrosi e artriti, infortuni da lavoro in cantieri o in misera, o in catena di montaggio, malattie professionali tipiche di una società industriale basata sulla fatica fisica.
Come abbiamo visto le prescrizioni di antidolorifici oppioidi di sintesi (a partire dall'OxyContin) partono da questo contesto. Interessante notare come la patologia del lavoro si sia convertita in patologia da sostanza: Il lavoratore curato per una discopatia o un'artrite si è ritrovato con un disturbo da uso di oppioidi.
E l'effetto collaterale è stato il trasferimento degli effetti della crisi sanitaria alle generazioni a venire. L'infrastruttura sanitaria di Huntington si è dovuta riconvertire: i luoghi dove per un secolo si sono trattate le usure dei corpi dei padri sono diventati le cliniche dove si trattano le crisi d'astinenza dei figli o nel caso dei nonni affidatari le alterazioni neurobiologiche dei nipoti. Cambiando i processi produttivi e sociali è cambiata la mappa stessa delle malattie di una comunità.
Ad Huntington si è smesso di curare le conseguenze del lavoro per curare le conseguenze della vita contemporanea. Un cambio di paradigma che riguarda ormai le istituzioni sanitarie ed educative a ogni latitudine.
Il modello di Huntington, nato in West Virginia come risposta emergenziale è diventato uno standard replicato e integrato nel sistema sanitario americano. Non si trova in tutte le città, ma si è diffuso negli Stati più colpiti dalla crisi degli oppioidi attraverso strutture indipendenti o reparti universitari dedicati
Huntington è stata la città della crisi e anche la prima a creare un centro talmente importante da codificare un modello di cura. Quello che rende ancora oggi unica questa esperienza è l'integrazione sistemica. Ad Huntington l'intera filiera, dal centro neonatale, il Lily's Place, alla facoltà di medicina, la Marshall University, fino ai tribunali dei minori e ai servizi sociali di contea, lavora all'interno dello stesso protocollo clinico ed economico.

Le Recovery Town

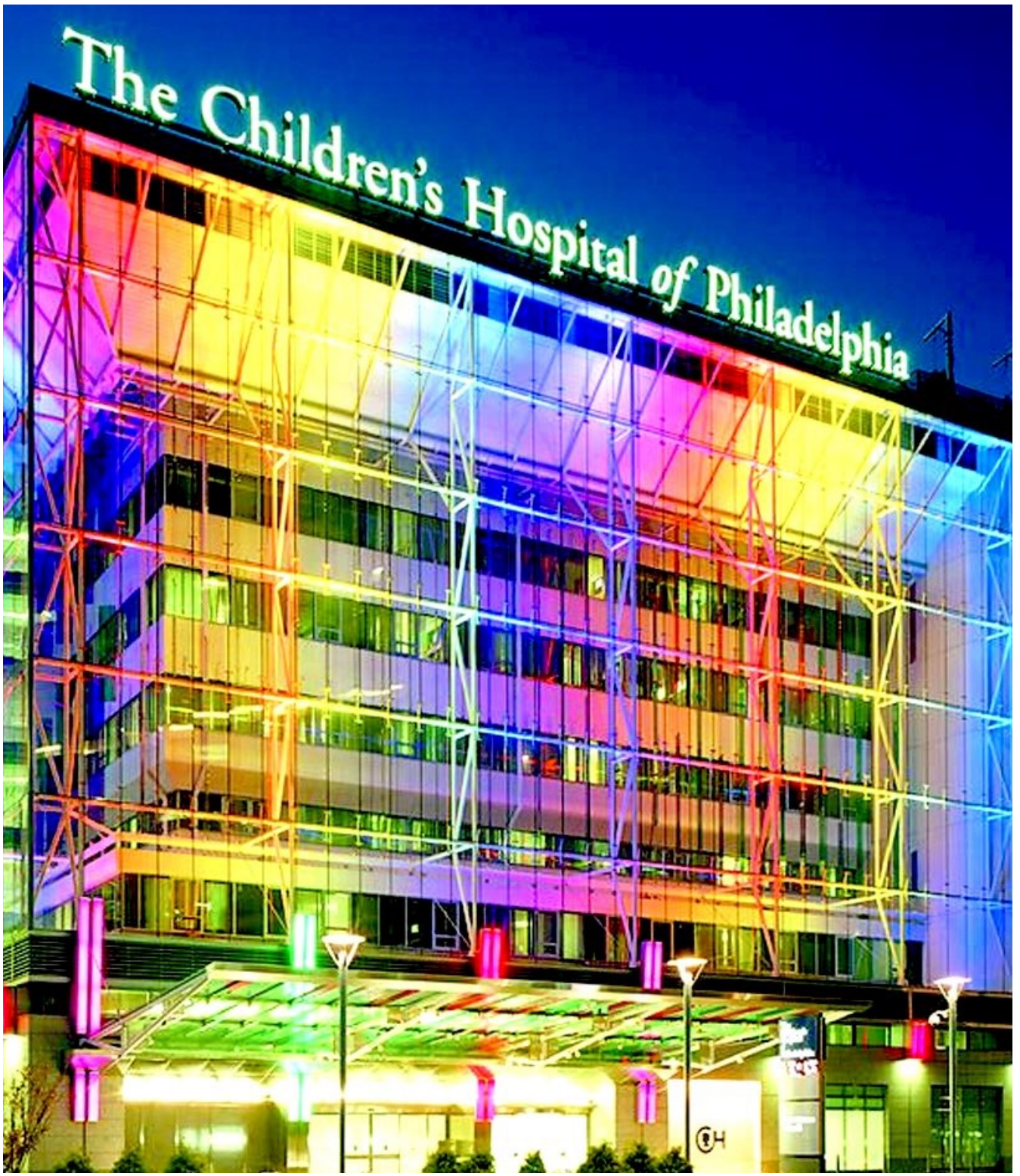
Il caso di Huntington e della Marshall University è una straordinaria riconversione di un trauma urbano che diventa l'occasione per attrarre e concentrare capitale scientifico e sociale. La Recovery Town sostituisce la città industriale e ne guida una riconversione trasformando per buona parte l'identità.
Gli stati dell'Appalachia e della Rust Belt, Ohio, Kentucky, Pennsylvania, hanno copiato direttamente il modello Lily's Place. In Kentucky, ad esempio, si è istituita un'unità specializzate (NACU) con lo stesso approccio "zero-stimoli" e integrazione socio-familiare. In Ohio e Pennsylvania, diversi ospedali pediatrici hanno convertito interi spazi in strutture extra-ospedaliere per la NAS.
A Mesa, in Arizona, opera una struttura no-profit, la Jacob's Hope, costruita sullo stesso identico principio di Lily's Place: un centro di cure intermedie aperto h24 per neonati esposti a sostanze, che lavora sul supporto genitoriale al di fuori delle terapie intensive tradizionali. A Kent, nello Stato di Washington, la struttura che storicamente ha fatto da antesignana per l'assistenza infantile da sostanze negli anni '90, inizialmente il crack e la cocaina, si è riadattata per la crisi degli oppioidi. Centri Accademici e grandi strutture nazionali come la Johns Hopkins All Children's Hospital in Florida hanno integrato nei loro reparti cliniche dedicate esclusivamente al follow-up a lungo termine del bambino nato con NAS, seguendone lo sviluppo neuro-cognitivo fino all'adolescenza.

A Dayton in Ohio si adotta il modello "Community-Wide", che riorganizza i servizi di quartiere. Dayton è stata una delle città con il più alto tasso di mortalità per overdose pro capite negli Stati Uniti. La reazione della comunità non si è focalizzata solo sulle strutture sanitarie, ma sulla cura di prossimità. L'iniziativa Montgomery County "COAT", Community Overdose Action Team, ha unificato in una sola regia strategica polizia, sanità pubblica, associazioni di quartiere e istituto di medicina legale per coordinare operazioni di emergenza.
Sempre a Dayton sono nati i "Handle with Care", protocolli scolastici mirati all'infanzia traumatizzata, in cui le forze dell'ordine segnalano in forma anonima alle scuole se un bambino ha assistito a un'overdose o a un arresto in casa la notte precedente, attivando un supporto psicologico immediato a scuola.

Nelle comunità dei nativi americani la crisi degli oppioidi e del fentanyl ha colpito con tassi di incidenza drammatici, sovrapponendosi a traumi storici.
Il paradigma della "Cultura come cura": Nella Riserva di Blackfeet, nel Montana,
Sono stati integrati i trattamenti farmacologici assistiti (MAT) con pratiche tradizionali di recupero comunitario e supporto tra pari, rifiutando la sola patologizzazione individuale della dipendenza e riconfigurandola come ferita collettiva da sanare con strumenti identitari, quasi una cura della cultura che evitasse il senso di colpa e l'interiorizzazione di un fallimento.
Le istituzioni hanno compreso bene che il passaggio dalla patologia acuta e dall'overdose, alla patologia cronica e intergenerazionale, la NAS nei neonati, i deficit di apprendimento negli adolescenti, la frammentazione dei nuclei familiari, rendeva necessaria una vera e propria rigenerazione del contesto, la cui regia poteva essere solo istituzionale. La crisi ha "costretto" anche le istituzioni più rigide, dall'università, alle forze dell'ordine ai tribunali a modificare in parte la propria missione o il modo di pensarsi nella comunità per evitare il tracollo sistemico del territorio. Dal contenimento si è passati al welfare integrato e le città che sono "sopravvissute" alla crisi sono quelle che hanno smesso di trattare la sostanza come problema di ordine pubblico e hanno iniziano a lavorare sul contesto umano e sociale che la circonda.

IL CHOP DI PHILADELPHIA

Children's Hospital of Philadelphia Loretta Finnegan



Children's Hospital of Philadelphia

Philadelphia ha un legame storico fondamentale con la cura della dipendenza neonatale. Negli anni '70, al Philadelphia General Hospital, la dottoressa Loretta Finnegan ha inventato la Finnegan Score, la primissima scala medica al mondo utilizzata per misurare la gravità della Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS).
Praticamente ogni protocollo medico per neonati sviluppato negli ultimi cinquant'anni è partito dalla griglia clinica ideata a Philadelphia.
A Philadelphia si è costruito in questi anni un modello integrato basato su strutture e progetti territoriali. Da un lato il Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), con i suoi programmi di follow-up e cliniche neuro-comportamentali per seguire i bambini nati da madri che usavano oppioidi, guidando la ricerca scientifica sulle conseguenze cognitive a lungo termine durante l'infanzia e l'adolescenza.
Dall'altra i progetti territoriali, il Philly LIFTS & Philadelphia Coalition on Children and Opioids, sono iniziative pubbliche che uniscono il Dipartimento di Salute Pubblica e una rete di associazioni per intervenire direttamente nelle case. Invece di togliere automaticamente la custodia ai genitori, cosa che spingeva le madri a nascondersi, inviano squadre composte da infermieri di sanità pubblica, assistenti sociali ed esperti di riduzione del danno per portare supporto medico, forniture per l'infanzia e percorsi di recupero directly a domicilio. Il modello di Philadelphia cerca di arginare un fenomeno di proporzioni immense, unendo la ricerca accademica di punta (CHOP) all'intervento di strada. L'impatto visivo è impressionante. Il CHOP è un gigante, una vera e propria cittadella della medicina situata a University City, nel settore ovest di Philadelphia. Grattacieli di vetro, torrioni clinici dedicati alla ricerca avanzata, laboratori di genomica e corridoi in cui lavorano oltre ventimila operatori sanitari. Nelle cliniche dedicate allo sviluppo infantile del CHOP non si assiste solo alla gestione della crisi acuta di astinenza nei primi giorni di vita. Qui la presa in carico è strutturata per decenni, con un approccio altamente tecnologico affiancato da un'infrastruttura d'intervento di strada che arriva fino al quartiere di Kensington.

Oggi quando si parla di sostanze stupefacenti, la Kensington Avenue a Philadelphia è un "open-air drug market" celebre in tutto il mondo ed il più grande della Costa Orientale, un mercato in cui si spaccia di tutto. In passato a Philadelphia si vendeva "la migliora eroina del mondo" una sorta di brand mondiale.
Quando Finnegan inventa la Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS), le NAS erano causate dall'eroina degli anni '70.
Raccogliendo quella legacy, le équipe di neonatologia e sviluppo comportamentale del CHOP oggi hanno convertito la misurazione del sintomo in programmi integrati di continuità terapeutica per madre e figlio.

Il CHOP di Philadelphia nel concreto tiene assieme la Terapia Intensiva e le neuroscienze dell'adolescenza, coprendo l'intero arco di vita del minore attraverso un modello a più livelli. Il Neonatal Follow-up Program è una divisione specializzata che prende in carico i neonati dimessi dai reparti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) o dalle strutture territoriali, sottoponendoli a valutazioni neuropsicologiche periodiche a 6, 12, 24 e 30 mesi per identificare tempestivamente ritardi motori, cognitivi o del linguaggio. Il Maternal-Fetal Medicine & Addiction Services lavora in stretta sinergia con il sistema sanitario della University of Pennsylvania e gestisce le gravidanza ad alto rischio biologico e sociale, garantendo il trattamento per il disturbo da uso di sostanze alla madre all'interno degli stessi spazi delle visite ostetriche.
All'interno della struttura si fa ricerca sulle neuroscienze cognitive, con laboratori dedicati che studiano l'impatto a lungo termine dell'esposizione combinata ad oppioidi, fentanyl e xilazina ("tranq") sullo sviluppo della corteccia prefrontale durante l'infanzia e l'adolescenza.
Gli stessi medici dell'ospedale partecipano agli interventi di prossimità a Kensington e nei quartieri più colpiti dalla crisi, collaborando con i centri comunitari per offrire supporto pediatrico, screening per traumi complessi e percorsi di affiancamento per le famiglie affidatarie (kinship care).
Al Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), il percorso per l'infanzia e l'adolescenza affronta la seconda fase della crisi: il momento in cui l'esposizione alle sostanze non è più un'emergenza acuta da astinenza, ma si trasforma in neurobiologia, deficit di apprendimento e traumi comportamentali.
Se nella prima infanzia l'intervento è puramente clinico e diagnostico, con il passare degli anni la presa in carico si sposta sulle neuroscienze applicate e sul welfare scolastico e sociale.
Quando ad esempio il bambino entra nel sistema scolastico e i danni sommersi emergono sotto forma di difficoltà cognitive, disattenzione severa o problemi nel controllo degli impulsi.
Il CHOP applica batterie di test cognitivi avanzati per distinguere un comune deficit di attenzione (ADHD) da un danno specifico causato dalla tossicità fetale o dal trauma infantile, e concorre a costruire Piani Educativi Individualizzati (negli USA si chiamano IEP). Gli specialisti dell'ospedale non si limitano alla diagnosi in studio, ma dialogano direttamente con il distretto scolastico di Philadelphia, redigono protocolli per gli insegnanti, fornendo linee guida su come gestire le crisi comportamentali in classe, adattare i tempi di apprendimento e creare ambienti di studio a basso stimolo acustico e visivo.
La fase della adolescenza è quella più critica sotto il profilo della vulnerabilità biologica e sociale. Attraverso programmi di ricerca avanzati i ricercatori del CHOP studiano come l'esposizione precoce agli oppioidi abbia modificato i circuiti della dopamina e la connettività della corteccia prefrontale (l'area deputata al controllo delle decisioni e degli impulsi). Esistono percorsi integrati di Salute Mentale (Adolescent Behavioral Health), con la relativa presa in carico per ansia severa, depressione, autolesionismo e disturbi della condotta. Il CHOP applica la Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT) orientata al trauma, affiancata da sessioni di psicoterapia dialettico-comportamentale (DBT) per insegnare ai ragazzi a tollerare la frustrazione senza ricorrere a comportamenti a rischio.

Avendo una predisposizione neurobiologica elevata allo sviluppo di dipendenze, gli adolescenti seguono percorsi psicoeducativi specifici. Gli specialisti lavorano sul concetto di "vulnerabilità del cervello", spiegando loro sul piano scientifico come e perché l'uso sperimentale di sostanze o alcol possa scatenare in loro una dipendenza molto più rapida e devastante rispetto ai coetanei.

Il supporto ai Caregiver e alle famiglie d'affido
La divisione di psichiatria infantile del CHOP lavora in stretto contatto con la rete di Kinship Care (nonni e parenti affidatari) e con le famiglie adottive di Philadelphia.
Si occupa di formazione Trauma-Informed per i tutori, con corsi dedicati ai nonni per comprendere che i comportamenti oppositivi o le esplosioni di rabbia del nipote non sono disubbidienza, ma risposte biologiche a traumi precoci.
Offre supporto intensivo alla genitorialità in contesti di recupero, in particolare alle le madri che hanno completato i percorsi di disintossicazione, con programmi di affiancamento per ricostruire i legami di attaccamento spezzati durante i primi anni di vita del figlio.

Il cambio di prospettiva è completo: sia ad Huntington sia a Philadelphia, l'infrastruttura di cura ha smesso di considerare la dipendenza come una colpa individuale o una semplice emergenza medica isolata. L'ha trattata per quello che è realmente diventata: un trauma ambientale e intergenerazionale.
Tanto la Lily's Place e la Marshall University, quanto il CHOP di Philadelphia e la legacy di Loretta Finnegan, partono dalla traiettoria temporale della patologia: La crisi non finisce quando il neonato supera i tremori dell'astinenza in culla. Quello è soltanto il minuto zero. La vera partita si gioca a 6, 12 e 16 anni, nei banchi di scuola, nei laboratori di neuroscienze e nelle case dei nonni che fanno da genitori sostitutivi.





Loretta Finnegan

Negli anni Settanta, nel settore sud di Philadelphia, il Philadelphia General Hospital è un ospedale pubblico fatiscente che raccoglie il margine sociale della città. In quell'ospedale Loretta Finnegan, giovane pediatra e neonatologa di origini italiane cresciuta nel New Jersey, assiste a un fenomeno che la letteratura medica dell'epoca ignora o liquida come devianza: un numero crescente di neonati arriva in Terapia Intensiva con tremori incontrollabili, pianti striduli ad alta frequenza, rigidità muscolare, vomito e febbre.
Sono i figli della prima grande epidemia urbana da oppioidi (l'eroina negli anni '60 e '70). All'epoca non esiste un protocollo clinico: i neonati in astinenza vengono sedati alla rinfusa con barbiturici, separati dalle madri e trattati con dosi empiriche di farmaci che spesso ne causano l'arresto respiratorio o il decesso.
Finnegan intuisce che il problema principale non è solo la sostanza, ma l'assenza di un linguaggio clinico oggettivo per misurare cosa stia accadendo al sistema nervoso del neonato.
Nel 1975 codifica la Finnegan Neonatal Abstinence Scoring System (FNASS). Invece di basarsi sull'impressione visiva del medico, la scala assegna un punteggio numerico a 21 sintomi fisici e neurologici ben definiti. Nella sua scala inserisce i segni del sistema nervoso centrale, - dai tremori a riposo, iperriflessia, pianto inconsolabile, contrazioni miocloniche -, i segni metabolici e respiratori, - la frequenza respiratoria elevata, la febbre, la sudorazione profusa, gli starnuti frequenti - e i segni gastrointestinali: - la suzione inefficiente, il vomito, la diarrea -.
Se il punteggio totale supera la soglia di 8 per tre valutazioni consecutive, il protocollo prevede l'avvio della terapia farmacologica sostitutiva a base di morfina o paregorico; al sotto di quella soglia, il neonato viene gestito con tecniche ambientali e di contenimento. Per la prima volta nella storia della neonatologia, l'astinenza da sostanze esce dalla sfera del pregiudizio morale e diventa una sindrome clinica misurabile e curabile.
La rottura con la medicina dell'epoca consiste nello stabilire un'alleanza con la madre, una innovazione culturale e radicale per i tempi. Negli anni '70, la prassi standard prevedeva la separazione immediata tra la madre tossicodipendente e il neonato, con l'avvio automatico delle procedure d'adottamento e la colpevolizzazione della donna. Finnegan ribalta la logica.
Fonda a Philadelphia uno dei primi centri negli USA dove le donne in gravidanza con dipendenza da oppioidi ricevono contemporaneamente la terapia con metadone, le visite ostetriche e il supporto psicologico, senza rischiare la prigione o la perdita della patria potestà al momento del parto. Dimostra scientificamente che la presenza della madre al letto del bambino riduce i punteggi della scala d'astinenza e abbassa il fabbisogno di farmaci, ponendo le basi per quello che quarant'anni dopo diventerà il protocollo Rooming-in e la metodologia Eat, Sleep, Console (ESC).
Il lavoro svolto da Finnegan al Philadelphia General Hospital la porta ai vertici della sanità pubblica americana. Negli anni '90 viene nominata direttrice del Women's Health Initiative presso i National Institutes of Health (NIH) e successivamente guida il Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) a Washington.
La sua scala clinica viene tradotta in oltre venti lingue e adottata dai reparti di neonatologia di tutto il mondo per mezzo secolo. Quando ad Huntington le infermiere di Lily's Place e il Dottor Sean Loudin iniziano a misurare l'efficacia del loro modello a basso stimolo sensoriale, il parametro di riferimento utilizzato per validare la guarigione dei neonati è ancora la griglia di numeri inventata quarant'anni prima da Loretta Finnegan tra i corridoi del Philadelphia General Hospital.

L'ECOMIA DEL DOLORE



Welfare “event driven”

Il paradosso di Huntington è aver generato un micro-Stato sociale integrato nel cuore del sistema sanitario più privatizzato al mondo. E non è stata una scelta ideologica, ma una necessità di ordine pubblico e di tenuta del sistema sanitario a fronte delle risorse esistenti.
Il collasso delle strutture tradizionali ha letteralmente forzato la creazione di un welfare di prossimità per evitare il tracollo dell'intera comunità, con una trasformazione che si è retta su tre passaggi strutturali.
I costi delle terapie intensive neonatali (3.000 dollari al giorno) non sono sostenibili nel caso di una epidemia di nascite con crisi d’astinenza, tanto che il sistema ospedaliero ha seriamente rischiavato il default. Il centro residenziale ha abbattuto i costi (800 dollari al giorno) dimostrando che la medicina clinica "a prestazione" era insostenibile rispetto a un approccio ambientale e sociale.
Per fare fronte all’epidemia è servito forzare la spesa pubblica: i ricercatori della Marshall University hanno costretto il governo federale a modificare le regole di Medicaid, il programma di assistenza sanitaria pubblica per le fasce a basso reddito ed hanno ottenuto deroghe per far coprire con fondi pubblici non solo le cure mediche, ma anche i servizi di supporto psicologico, l'assistenza legale per l'affido e il monitoraggio domiciliare.
Infine è servito superare la frammentazione burocratica del sistema americano classico, in cui sanità, tribunali e servizi sociali solitamente non dialogano. Ad Huntington, anziché a Dayton o a Philadelphia l'emergenza ha obbligato le istituzioni a operare in blocco. Il ginecologo, lo psichiatra, il giudice minorile e l'assistente sociale, in questo modo sono “costretti” ad intervenire in contemporanea sullo stesso nucleo familiare.
In questo senso il super welfare costruito ad Huntington resta un anomalia ed è l'esito di un tracollo. Di fronte a uno shock sociale totale, le regole ordinarie del sistema privato si sono sgretolate, costringendo un territorio dell'Appalachia a inventarsi dal basso un'infrastruttura di cura universale.
C ‘è poi un ulteriore aspetto paradossale eppure decisivo. Molte delle spese per la cura sono coperte con fondi istituiti con le risorse ricavate nei tribunali, cioè dalla cause vinte contro le Big Pharma e i risarcimenti. In questo l’attività degli avvocati e dei procuratori è stata decisiva. E questo spiega come mai la maggior parte delle amministrazioni pubbliche dove il fenomeno ha colpito piu duramente hanno avviato cause legali.

Il caso dell’Appalachia e della West Virginia è un ulteriore specifico nel contesto della Rust Bell. In quelle aree la deindustrializzazione parte dalla miniera, un lavoro fra i piu faticosi pericolosi e logoranti. Un tempo, la sanità di Huntington, delle contee minerarie e della Rust Belt era strutturata per rispondere ai danni fisici del lavoro manuale: c’era la traumatologia e l’ortopedia per gli infortuni nelle miniere di carbone, nelle acciaierie e nei cantieri della grande industria pesante, esistevano protocolli precisi per la silicosi, ma non per il mesotelioma o i NAS. Quando arriva l’emergenza amianto il sistema impreparato all’oncologia rischia un primo collasso, e anche in quel caso viene sostenuto di fatto dai soldi ottenuti come risarcimento dalle grandi compagnie minerarie.

Il dolore

Il punto di saldatura tra il vecchio e il nuovo mondo è stato proprio il dolore fisico. Per mantenere nei cantieri e nelle miniere una forza lavoro usurata da decenni di fatica, il sistema medico americano dagli anni '90 ha iniziato a prescrivere in modo massiccio gli antidolorifici oppioidi di sintesi (a partire dall'OxyContin). E quando sono incominciate le prime delocalizzazioni gli operai resistevano ai dolci e continuavano a lavorare perché temevano di rientrare negli esuberi. Per loro l'ossicodone e il fentanyl erano due "salvavita".
Così la patologia del lavoro si è così convertita in patologia da sostanza.
E così dalla lesione biomeccanica si è passati alla dipendenza neurobiologica: Il lavoratore curato per una discopatia o un'artrite si è ritrovato con un disturbo da uso di oppioidi. Rispetto all'amianto o alla nicotina però nel caso degli oppioidi di passa dalla patologia individuale ad una crisi che impatta sulle generazioni dopo. Ed in. Questo la NAS è il vero upgrade del "dolore" che crea economia e ricostruisce le citta non solo gli ospedali. Quando le sostanze legali da prescrizione sono state strette dalle normative, il mercato è stato sommerso da eroina e fentanyl, spostando la patologia dai reparti di ortopedia ai reparti di neonatologia, fino ai centri per la salute mentale.
In questo senso è Huntington il paradigma per comprendere il fenomeno: i luoghi dove per un secolo si sono trattate le usure dei corpi dei padri sono diventati le cliniche dove si trattano le crisi d'astinenza dei figli e le alterazioni neurobiologiche dei nipoti. È la dimostrazione di come il mutamento dei processi produttivi e sociali riplasmi la mappa stessa delle malattie di una comunità.
Ed in questo senso la crisi sanitaria americana conferma che ogni epoca ha le sue patologie ed ogni transizione i suoi effetti collaterali. L'epoca industriale usura i corpi nelle fabbriche e nelle miniere, la contemporaneità usura la mente, le identità e i legami sociali, trasferendo la ferita sui minori, esattamente come il debito pubblico o l'inquinamento o il surriscaldamento globale.
Huntington da questo punto di vista è un termometro perfetto che mostra cosa accade quando i punti di rottura di una società diventano "sistemici" e "neurobiologici".
I sintomi che incontriamo oggi negli adolescenti e nei bambini, dai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione alla dismorfia e all'autolesionismo, sono le nuove malattie del contesto.
I minori sono i "punti di rottura" per eccellenza perché sono i più fragili e sono la spugna del disagio degli adulti: I bambini e gli adolescenti non metabolizzano il disagio sociale in modo astratto; lo somatizzano. Quando una comunità perde le sue strutture di sostegno, il lavoro, la stabilità familiare, i punti di riferimento comunitari, i primi a mostrare la crepa sono i soggetti più recettivi. Nel caso della SAN si nasce già con disturbi", senza sapere come evolveranno: un'eredità che consiste nella fragilità o peggio nella patologia psichica per i minori NAS.
Huntington è una città che ha dovuto smettere di curare le conseguenze del lavoro ed è stata costretta a costruire un'infrastruttura per curare le conseguenze della vita contemporanea. Un cambio di paradigma che riguarda ormai le istituzioni sanitarie ed educative a ogni latitudine.
La NAS non riguarda solo la Rust Bell profonda degli Appalachia e delle grandi fabbriche. L'altra città simbolo è Philadelphia, un altro caso di studio centrale, ma con una storia, una scala e una geografia molto diversa rispetto a quelle di Huntington.
Se Huntington rappresenta il modello di "laboratorio clinico e comunitario" nato in una piccola città rurale dell'Appalachia, Philadelphia è la metropoli urbana travolta dal fentanyl, dove la risposta per i bambini e i tossicodipendenti ha preso due strade ben precise.

Kensington Avenue: Quando si parla di Philadelphia e oppioidi, il punto zero è il quartiere di Kensington, la capitale dell'open-air drug market. Kensington, ormai noto come Zombieland" è diventato celebre in tutto il mondo per essere il più grande mercato di droga all'aperto della Costa Orientale, una zona dove la crisi si è manifestata nella sua forma più visibile e cruda, negli ultimi anni ulteriormente complicata dalla presenza della Xilazina o "tranq", un sedativo veterinario tagliato con il fentanyl che causa gravissime lesioni cutanee e porta alle amputazioni degli arti.
La droga degli Zombie si chiama così perché letteralmente riduce le persone a barcollare e camminare piegati in due, afflitti da piaghe e in perenne rischio di arresto respiratorio.
La "Scala Finnegan" rappresenta la rivoluzione medica nella cura da astinenza neonatale di Philadelphia, che ha un legame storico fondamentale con questo tipo di patologie. Dagli anni '70 in avanti praticamente ogni protocollo medico per neonati sviluppato negli ultimi cinquant'anni, compresi i lavori poi perfezionati alla Marshall University ad Huntington, è partito dalla griglia clinica ideata a Philadelphia.
Fino ad arrivare ancora a Philadelphia al modello integrato di oggi, sperimentato al CHOP e durante le attivita del protocollo del "Philly LIFTS"
A differenza della struttura unica di Huntington, il Lily's Place, a Philadelphia la risposta si è distribuita su una rete di grande scala che fa capo al Children's Hospital of Philadelphia, uno degli ospedali pediatrici più importanti e avanzati al mondo. Il CHOP ha sviluppato programmi di follow-up e cliniche neuro-comportamentali per seguire i bambini nati da madri che usavano oppioidi, guidando la ricerca scientifica sulle conseguenze cognitive a lungo termine durante l'infanzia e l'adolescenza. A questo si affiancano i progetti territoriali (Philly LIFTS & Philadelphia Coalition on Children and Opioids), iniziative pubbliche che uniscono il Dipartimento di Salute Pubblica e una rete di associazioni per intervenire direttamente nelle case. Invece di togliere automaticamente la custodia ai genitori (cosa che spingeva le madri a nascondersi), inviano squadre composte da infermieri di sanità pubblica, assistenti sociali ed esperti di riduzione del danno per portare supporto medico, forniture per l'infanzia e percorsi di recupero directly a domicilio.
Al Children's Hospital of Philadelphia (CHOP), il percorso per l'infanzia e l'adolescenza affronta la seconda fase della crisi: il momento in cui l'esposizione alle sostanze non è più un'emergenza acuta da astinenza, ma si trasforma in neurobiologia, deficit di apprendimento e traumi comportamentali. Se nella prima infanzia l'intervento è puramente clinico e diagnostico, con il passare degli anni la presa in carico si sposta sulle neuroscienze applicate e sul welfare scolastico e sociale.
1. Prima Infanzia (0-5 anni): Il Neonatal Follow-up Program
Nei primi anni di vita, l'ospedale monitora la traiettoria dello sviluppo neuropsicologico per intercettare subito le spie di ritardo causate dall'esposizione intrauterina a oppioidi, fentanyl o xilazina.
Mappatura delle milestone neuro-evolutive: Visite cadenzate a 6, 12, 18, 24 e 36 mesi per valutare lo sviluppo del linguaggio, la coordinazione motoria fine e la capacità di regolazione dello sguardo e dell'attenzione.
Terapia occupazionale per l'integrazione sensoriale: Come ad Huntington, i terapisti del CHOP lavorano sull'ipersensibilità agli stimoli ambientali. I bambini esposti a sostanze sviluppano spesso un sistema nervoso con una soglia di allarme alterata; le sedute servono a rieducare il cervello a elaborare rumori, luci e contatti senza scatenare risposte di panico o aggressività.

I numeri della diffusione del Fentanyl negli Stati Uniti e i costi umani e sociali del fenomeno hanno proporzioni straordinarie. Negli Stati Uniti negli ultimi anni sono morte per overdose da Fentanyl e "synthetic opioids" simili in generale, circa 70 mila persone ogni anno, il 70% di tutte le morti per overdose nel Paese. Nel 2023 il record di decessi, 74.700, le previsioni dell'ultimo anno secondo le stime fornite dal CDC (Centers for Disease Control and Prevention) lasciano sperare in una prima inversione di tendenza. La causa del calo recente dell'ultimo anno viene attribuita alla diffusione capillare del Naloxone, l'antidoto distribuito come farmaco da banco senza ricetta, che coincide con il potenziamento dei programmi di riduzione del danno e un'azione più aggressiva contro le reti del narcotraffico gestite dai cartelli.
Il Fentanyl tra l'altro non è l'unico Killer, c'è ad esempio il "Tranq", una miscela di Xilazina, un sedativo usato in veterinaria, che combinato al Fentanyl ne aumenta la pericolosità e rende il Naloxone meno efficace, poiché la Xilazina non è un oppioide.
L'overdose da Fentanyl rimane la prima causa di morte accidentale negli Stati Uniti nella fascia d'età tra i 18 e i 45 anni, superando sia gli incidenti stradali sia i suicidi. Per dare un idea delle dimensioni del fenomeno, la guerra del Vietnam in 10 anni fece meno morti tra i soldati americani, circa 58 mila, rispetto alle morti di overdose degli oppioidi in uno solo anno degli ultimi 15.
Gli americani morti durante la seconda guerra mondiale furono 405.399, secondo i dati ufficiali del Dipartimento della Difesa degli Stati Uniti (US Department of Veterans Affairs), gli americani morti negli ultimi 10 anni per gli oppioidi si feticci e tradizionali sono stati 600.000, di questi si stima che oltre 450.000 siano imputabili al Fentanyl, che equivale anche al totale delle vittime morte di HIV/AIDS dagli anni ad oggi nel mondo.
Il confronto storico è impressionante.
L'effetto devastante del Fentanyl e in questo caso specifico dell'Ossicodone va poi oltre il numero dei morti. Negli Stati Uniti, la Sindrome da Astinenza Neonatale (rinominata negli States "NOWS", Neonatal Opioid Withdrawal Syndrome) rappresenta un'emergenza sanitaria nazionale di proporzioni bibliche. Il fenomeno della "crisi degli oppioidi" è caratterizzato prima dalla diffusione massiccia di farmaci antidolorifici da prescrizione, come l'ossicodone e i Fentanyl, e successivamente dall'esplosione del mercato clandestino del Fentanyln "da strada" e dei suoi composti con altre sostanze sintetiche. Legato al fentanykl e alla crisi degli oppioidi c'è il fenomeno dei NAS, i neonati in astinenza, con numeri altrettanto biblici che descrivono uno scenario impressionante per dimensioni e gravità. Negli Stati Uniti l'incidenza media nazionale si attesta tra i 5,3 e i 7 casi ogni 1.000 nati vivi, ma questo dato nasconde profonde disomogeneità geografiche e sociali. Negli stati della "Rust Belt" e dell'Appalchia, storicamente colpiti prima dal declino industriale e poi dalla povertà, si registrano tassi record di NAS: nel West Virginia l'incidenza raggiunge i 68 casi ogni 1.000 nati vivi. Il fenomeno inoltre colpisce in modo spietato le fasce deboli della popolazione: i nati coperti dal programma di assistenza sanitaria pubblica Medicaid registrano tassi più che tripli rispetto a quelli coperti da assicurazioni private.

Sistemi a confronto

Il cambio di prospettiva di Huntington e di Philadelphia è notevole nel contesto statunitense, l'infrastruttura di cura ha smesso di considerare la dipendenza come una colpa individuale o una semplice emergenza medica isolata. L'ha trattata per quello che è realmente diventata, cioè un trauma ambientale e intergenerazionale.
Questo ribaltamento offre la possibilità di riflettere su come funziona davvero il sistema di cura e di welfare negli USA.
Negli Stati Uniti il fenomeno ha assunto proporzioni belliche a causa della saldatura tra due anomalie tipicamente americane:
L'epidemia da prescrizione di OxyContin prima, e l'invasione di fentanyl e xilazina poi, hanno generato volumi di nascite con astinenza che nessun sistema ospedaliero privato avrebbe potuto reggere con le Terapie Intensive classiche (a 3.000 dollari al giorno per assicurato o per lo Stato).
In America non esiste una sanità di base universale, per cui molte madri americane non hanno accesso alle cure prenatali per mancanza di copertura assicurativa o per il terrore di criminalizzazione immediata e perdita della custodia. Arrivano in ospedale al momento del parto senza alcuna preparazione medica.
Negli Stati Uniti, tranne rare eccezioni a livello locale, il Welfare si attiva spesso in seguito ad uno shock acuto. Il sistema è "Event-driven", non prevede una rete di protezione di base universale costante pronta ad arginare e dare risposte. IN presenza di una crisi che esplode o di un'emergenza comunitaria e finanziaria non più sostenibile, il modello reagisce per "rottura". Si creano deroghe normative, si mobilitano fondi filantropici e federali straordinari e si attiva la capacità d'innovazione clinica e tecnologica delle grandi università private e dei centri di ricerca (nel nostro caso la Marshall o il CHOP. In sostanza è un modello ad altissima intensità di risorse e competenze, che si attiva dopo che l'emergenza ha preso forma. E che si concentra su "isole d'eccellenza" dove convergono le risorse.
In Europa invece il Welfare è strutturale e tendenialmte generalista "Infrastructure-driven", cioè basato su reti diffuse e sulle comunità.
L'infrastruttura è pubblica e permanente, da noi è il Servizio Sanitario Nazionale, con i soggetti specialistici, nel caso della NAS il SerD, i consultori, i reparti ospedalieri territoriali, la tutela dei minori. Questa rete è progettata per assorbire le oscillazioni dei bisogni sociali senza dover reinventare le istituzioni ogni volta. Di fronte all'insorgere di una nuova patologia o dipendenza, la rete pubblica si adatta e rimodula i propri protocolli interni.
Il punto di forza del modello continentale europeo è la copertura universale e la prevenzione d'ingresso, il suo limite è la rigidità burocratica di fronte a mutamenti sociali improvvisi, e ultimamente la carenza delle risorse che servirebbero a fronteggiare i n nuovi bisogni generati dalle trasformazioni demografiche e sociali.
In sintesi, gli USA rispondono alle rotture sociali costruendo straordinari centri cliniche e di ricerca focalizzate sul trauma già avvenuto, l'Europa utilizza la maglia stretta della propria burocrazia sanitaria per evitare che il trauma sfoci nell'emergenza visibile di strada.
Nel caso del Servizio Sanitario Nazionale, le strozzature maggiori risiedono nella frammentazione regionale e nella mancanza di un sistema di raccolta e analisi dei dati che consenta appropriatezza ed efficacia.

Nel caso del Servizio Sanitario Nazionale, le strozzature maggiori risiedono nella frammentazione regionale e nella mancanza di un sistema di raccolta e analisi dei dati che consenta appropriatezza ed efficacia. La carenza di monitoraggio predittivo è probabile il problema più grosso. Mentre i centri di ricerca americani utilizzano i registri clinici per tracciare coorti di pazienti lungo decenni e identificare i correlati neurobiologici e sociali di una patologia, in Italia la raccolta dati risponde prevalentemente a esigenze di rendicontazione amministrativa o di controllo della spesa (flussi LEA), meno all'analisi epidemiologica di secondo livello. Questo genera una minore capacità di pianificazione basata sull'evidenza dei dati, la cosiddetta "Evidence-based policy". Senza una banca unica del dato sociale e sanitario, la programmazione dei servizi pubblici avviene per inerzia storica o per correzione di bilancio, invece di rimodularsi sui mutamenti reali delle patologie. Un esempio: l'aumento dei disturbi neuropsichiatrici e alimentari tra i minori o la diffusione delle nuove sostanze sintetiche.
Il paradosso del sistema predittivo e coadiuvato dalla potenza del digitale nel sistema regionalizzato è che senza la centralizzazione della raccolta e l'analisi avanzata del dato, la rete del welfare universale rischia di continuare a erogare prestazioni concepite per i bisogni del secolo scorso, perdendo la capacità di intercettare i punti di rottura della contemporaneità. Quando si sostiene che il Titolo V ha generato una frammentazione del sistema nazionale, ci si riferisce alla riforma costituzionale del 2001, che ha trasformato la sanità in una materia regionale. Con il digitale e la centralità del dato nella programmazione a medio periodo e senza un sistema di Servizio di raccolta dei dati Nazionale i sistemi sanitari regionali sono diventati sempre più indipendenti che faticano a condividere informazioni tra loro.
É fondamentale invece centralizzare il dato per centralizzare la misurazione della spesa e della valutazione delle prestazioni o garantire Sun livello di assistenza universale in tutto il paese.
C'è poi un secondo tema, che coincide con un erdita tutta europea del secolo scorso che oggi è del tutto superata. In Italia, la salute fisica e la vulnerabilità sociale viaggiano su due binari giuridici ed economici distinti: la sanità è gestita dalle Regioni e finanziata dal Fondo Sanitario Nazionale, I servizi sociali sono gestiti dai Comuni e dagli Ambiti Territoriali. Questa frattura amministrativa rende difficile la creazione di una cartella unica della persona e una regia della presa in carico efficace: Nel caso delle SAN ad esempio le informazioni sanitarie di un SerD o di una neuropsichiatria infantile non si integrano per forza con i dati dei servizi sociali comunali che seguono lo stesso nucleo familiare. La dimensione clinica deve essere unita a quella sociale. La raccolta dei dati non va impostata solo per adempiere agli obblighi di bilancio o per i controlli formali sui LEA ma come strumento di epidemiologia predittiva o di progettazione delle politiche pubbliche.
Il paradosso italiano sta nell'aver costruito una rete di tutela pubblica teoricamente universale e di altissimo livello clinico, lasciandola però priva di un "sistema nervoso informativo" capace di far parlare la periferia con il centro e il sanitario con il sociale. La regionalizzazione della sanità ha garantito flessibilità a virtuosismi locali, ma ha spezzato l'architettura logica del Servizio Sanitario Nazionale, privandolo del suo strumento strategico più importante: la capacità di leggere, analizzare e governare il dato su scala Paese.

PS Il dato in sanità non è neutrale: misura l'efficacia delle prestazioni, le liste d'attesa, l'appropriatezza della spesa e la capacità di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza. La centralizzazione del dato in un'unica regia nazionale da trasparenza al sistema e consente di individuare le discrepanze reali tra i diversi sistemi regionali. Senza un flusso informativo omogeneo, allo Stato centrale manca lo strumento essenziale per esercitare la sua funzione primaria, cioè la pianificazione. Di fronte alle nuove patologie della contemporaneità, compresi i disturbi neuropsichiatrici dei minori e le nuove forme di dipendenza, il Paese non dispone di una mappa nazionale in tempo reale su cui calibrare gli investimenti.

ZOMBIELAND

I neonati in astinenza a Philadelphia
Kensington Avenue, Filadelfia
Kensington blues



I neonati in astinenza a Philadelphia

A Philadelphia nascono in media circa 250 neonati all'anno affetti da Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) seconod i dati ufficiali del Dipartimento di Salute Pubblica della città sui casi annui registrati negli ospedali cittadini. La mappa delle madri colpite ricalca fedelmente le zone a più alto tasso di overdose da oppioidi e tranq, rendendo l'area di Kensington e i quartieri limitrofi il fulcro invisibile di questo fenomeno.
Il tasso di incidenza dei neonati in NAS a Philadelphia ha registrato un'impennata drammatica dall'inizio della crisi degli oppioidi, con un tasso più che quadruplicato tra il 2002 e il 2016, l'incidenza della NAS negli ospedali della città e picchi sui dati annui di oltre 13 neonati con NAS ogni 1.000 nati vivi nella città. La media nazionale statunitense si aggira invece intorno ai 7 casi ogni 1.000 nati. Una fetta significativa di questi 250 bambini nasce in astinenza perché le madri sono entrate in cura durante la gravidanza secondo un protocollo che prevede la terapia con metadone o buprenorfina, che evitano l'aborto ma causano comunque crisi di astinenza alla nascita, gestite poi in ambiente protetto. Il tipo di sostanze diffuso a Philadelphia e soprattutto la Xilazina, rende la cura ancora piu difficile.
Per fare fronte a questa emergenza specifica, la città ha dovuto creare programmi sanitari dedicati come il Philly LIFTS (Philly Linking Infants and Families to Service), un servizio pubblico che si occupa di monitorare i neonati segnalati dagli ospedali e supportare le madri nel percorso di disintossicazione, cercando di evitare dove possibile la separazione traumatica del nucleo familiare.
I medici curano i neonati con la Sindrome da Astinenza Neonatale (NAS) unendo farmaci specifici a una tecnica basata sul contatto umano, chiamata "Modello Eat, Sleep, Console" (Mangia, Dormi, Consola). Negli ospedali di Philadelphia, l'obiettivo principale non è solo bloccare l'astinenza, ma ridurre al minimo lo stress del neonato e l'uso eccessivo di medicinali forti.
Esiste l'altro pezzo del fenomeno, cioè i neonati da madri non prese in carico dai servizi, di cui non si hanno stime precise.
Rispetto ai nas di eroina metadone e fentanyl, la dipendenza da Tranq presenta ulteriori complicazione sulle ferite cordonali. Nei casi legati al tranq, i medici di Philadelphia monitorano con estrema attenzione anche il cordone ombelicale e la pelle del neonato: la xilazina riduce l'ossigenazione dei tessuti della madre, e può generare nel neonato problemi di circolazione o lesioni cutanee alla nascita, complicanze che non si riscontravano con la sola astinenza da eroina o fentanyl.
La durata del ricovero varia molto: i neonati trattati solo con il metodo "Eat, Sleep, Console" possono essere dimessi in 7-10 giorni, mentre quelli che necessitano di morfina o metadone devono restare in ospedale dalle 3 alle 6 settimane per completare lo svezzamento in sicurezza.
Le conseguenze sulla salute sono a lungo termine. Anche se guariti dall'astinenza acuta dei primi giorni, questi bambini portano con sé un bagaglio di fragilità che richiede cure per anni.
Molti bambini mostrano ritardi nel camminare, nel parlare o nel coordinarsi. A Philadelphia vengono inseriti automaticamente in programmi pubblici di "Intervento Precoce" (Early Intervention) che offrono fisioterapia e logopedia gratuite fino ai 3 anni.
Durante l'infanzia, i bambini nati con NAS hanno un rischio maggiore di soffrire di deficit di attenzione e iperattività (ADHD), aggressività o disturbi del sonno.
È frequente lo strabismo o il nistagmo (movimenti incontrollati dell'occhio), che richiede controlli oculistici costanti nei primi anni di vita.

Kensington Avenue, Filadelfia

Kensington Avenue è un rettilineo che va dal centro della città alla periferia Nord Est. È sormontato dalla struttura metallica della linea metropolitana sopraelevata (la Frankford El). Una infrastruttura d'acciaio che crea una galleria d'ombra permanente che copre decine di isolati. Sotto i pilastri della metropolitana si sviluppa uno dei mercati di strada a cielo aperto più grandi degli Stati Uniti, un non luogo di degrado e di disperazione fotografato e raccontato in tutti i modi possibili i questi anni.
Nella Kensington Avenue non ci sono vetrine ma grate di ferro. Il quartiere è stato ribattezzato ZOMBIELAND perche le persone sono in evidente stato di sedazione acuta o hanno ferite cutanee gravi causate dall'adulterazione delle sostanze con xilazina, Nelle vie si è diffuso un arredo urbano informale, con tende da campeggio, sedie a sdraio e carrelli della spesa accumulati a ridosso degli ingressi delle stazioni della metropolitana (in particolare Allegheny e Somerset).

Philadelphia nord è un laboratorio permanente di riduzione del danno e contenimento. McPherson Square, sede della biblioteca di quartiere, è diventata un punto di primo soccorso improvvisato per le overdose; il parco circostante è costantemente pattugliato e recintato per limitare gli accampamenti notturni. L'infrastruttura sanitaria di strada è affidata a furgoni bianchi volutamente sprovvisti di insegne ufficiali e gestiti da associazioni di riduzione del danno (harm reduction), ambulanze della città che stazionano o nel quartiere, camion compattatori della nettezza urbana impegnati in operazioni quotidiane di sgombero e pulizia dei marciapiedi.
A pochi isolati a est di Kensington Avenue, il paesaggio cambia bruscamente verso zone residenziali in fase di gentrificazione o lotti industriali riutilizzati. La crisi appare recintata e circoscritta entro un perimetro di circa dieci-dodici isolati lungo l'asse della ferrovia sopraelevata.

LA DROGA degli ZOMBIE
Il tranq è il nome di strada della xilazina, un forte sedativo e antidolorifico usato in veterinaria per animali grandi. Negli Stati Uniti viene spesso mescolato illegalmente con oppioidi come il fentanil. Questa combinazione aumenta molto il rischio di morte ed è nota come la "droga zombie".
È un farmaco per animali, non un oppioide. Spesso viene aggiunto al fentanil per allungare l'effetto della sostanza.
La Xilazina non è un oppioide ed i normali farmaci salvavita per le annulare le overdose (come il naloxone) hanno una efficacia molto ridotta.
Inoltre ha un effetto sedativo profondo, per cui chi la usa perde il controllo del corpo e resta immobile per ore, con gravi problemi di respirazione. Causa ulcere e necrosi, la pelle si rovina con piaghe profonde e infezioni gravi, in alcuni casi i tessuti muoiono del tutto e serve tagliare gli arti colpiti.
Il Fentanyl è potentissimo ma svanisce in fretta. I trafficanti nelle stesse zone storiche dello spaccio hanno iniziato a inserire la xilazina (il tranq) perché, essendo un potente sedativo, prolunga l'effetto narcotico del fentanil, imitando la durata della vecchia eroina. La xilazina inoltre costa pochissimo, è facile da reperire legalmente in ambito veterinario ed è usata come riempitivo per aumentare i profitti dei cartelli.
Gli spazi abbandonati sono migliaia, a Kensington ci sono circa 30.000 case a schiera e capannoni industriali vuoti e fatiscenti, spazi che offrono rifugio a spacciatori e consumatori, rendendo il quartiere difficilmente controllabile dalle forze dell'ordine.



La città di Philadelphia (in particolare il quartiere di Kensington) è storicamente una delle zone più colpite dalle prime ondate di oppioidi, è diventata l'epicentro mondiale del tranq, A Philadelphia più del 90% dei campioni di fentanil analizzati dalle autorità contiene ormai xilazina. Da lì, la sostanza si è rapidamente mossa verso la Pennsylvania, il Maryland, il Connecticut e il resto degli Stati Uniti.
Il tranq è arrivato anche in Europoa, ma la situazione attuale non è minimamente paragonabile all'emergenza degli Stati Uniti. IN Italia è stato registrato un caso di decesso nel 2023 in Sardegna ma a differenza degli USA, dove il tranq viene mescolato quasi esclusivamente al fentanil, in Italia e nel resto d'Europa la xilazina è utilizzatta principalmente come sostanza da taglio per l'eroina da strada con lo scopo di potenziarne gli effetti a costi ridotti.
A Kensington c'è il più grande mercato di droga a cielo aperto di tutta la costa orientale degli Stati Uniti. Non si tratta di semplici piazze di spaccio nascoste, ma di un intero quartiere dove la vendita e il consumo di sostanze avvengono alla luce del sole, lungo i marciapiedi, sotto i binari della metropolitana sopraelevata (Kensington Avenue) e nei parchi pubblici. La trasformazione di Philadelphia, e in particolare di Kensington, nell'epicentro mondiale del tranq è il risultato di fattori storici, geografici e di una forte connessione culturale con Porto Rico. Fino alla metà del Novecento, Kensington era un fiorente distretto industriale tessile. Con la chiusura delle fabbriche, il quartiere è sprofondato nella povertà assoluta, lasciando centinaia di capannoni e case abbandonate. Dagli anni '70 la criminalità ha riempito questo vuoto economico. Negli anni '90 e 2000, la zona è stata ribattezzata il "Walmart dell'Eroina" perché i cartelli locali vendevano la droga più pura e più economica di tutta la nazione, attirando "turisti della droga" da ogni stato.
La xilazina non è nata a Philadelphia, ma è stata usata per la prima volta come droga da strada a Porto Rico nei primi anni 2000, chiamata in spagnolo anestesia de caballo. Poiché Kensington ospita una grandissima e storica comunità portoricana, i legami e i canali di rifornimento tra l'isola e il quartiere sono strettissimi. I trafficanti di Philadelphia sono stati i primi negli Stati Uniti a importare questa pratica di taglio dai loro contatti nell'isola caraibica.
Quando il fentanil ha sostituito quasi del tutto l'eroina a Philadelphia, intorno al 2018, i consumatori si lamentavano perché l'effetto svaniva troppo in fretta, in poche ore rispetto alle 6-8 ore dell'eroina. I chimici dei clan di Kensington hanno capito che aggiungendo la xilazina, facilmente reperibile e non regolata dalle leggi federali sul narcotraffico, potevano "allungare" artificialmente la durata dell'effetto del fentanil.

Per anni a Philadelphia le autorità cittadine hanno applicato una strategia non scritta di contenimento, hanno tollerato lo spaccio e il degrado a Kensington pur di confinarlo in quel perimetro e tenerlo lontano dalle zone turistiche, ricche o finanziarie del centro di Philadelphia (Center City). Questo ha permesso al mercato nero di radicarsi a un livello tale da rendere oggi la situazione quasi irreversibile se bon con misure drastiche e difficili da sostenere.
Il quartiere di Kensington a Philadelphia offre l'ambiente perfetto per un mercato della droga a cielo aperto a causa del suo passato industriale.
La linea metropolitana sopraelevata, la Market-Frankford, taglia Kensington Avenue nel centro e fornisce una copertura fisica sotto i binari per lo spaccio in strada, inoltre garantisce un collegamento rapido e continuo per i compratori in arrivo da fuori città.
Esiste un nefasto "Brand" di Philadelphia: la droga più potente ed economica di tutta l'America.

Philadelphia possiede da decenni una “reputazione” specifica nel mercato della droga statunitense, quello della “qualità”: storicamente, i cartelli che gestivano Philadelphia competevano tra loro non abbassando i prezzi, ma offrendo l'eroina più pura della Costa Est. Questo ha attratto consumatori da tutti gli Stati vicini in cerca della dose migliore. Quando è arrivato il fentanil, i chimici di Philadelphia sono stati i primi a sperimentare su larghissima scala l'aggiunta di xilazina per prolungare la durata dell'effetto ed emulare la vecchia eroina. Quando New York e Boston hanno iniziato a registrare la presenza di tranq, a Philadelphia la sostanza era già entrata in oltre il 90% delle dosi cittadine.
Le autorità di Philadelphia hanno a lungo applicato una "strategia di contenimento" non ufficiale, tollerando il degrado a Kensington per evitare che lo spaccio si spostasse verso il centro finanziario e turistico della città. Questo isolamento ha permesso al mercato di autogestirsi e crescere come un'enorme azienda criminale indisturbata e di metter radici profonde. Negli ultimi due anni la situazione è in parte cambiata, non si è risolta, ma è diventata meno visibile e brutale. Resta il radicamento che allarga le aree di spaccio, resta invariato il giro di affari del traffico delle droghe.
La situazione nella zone è diventata talmente estrema che ha creato uno strano “Tranq tourism” con streamer e utenti social che visitano l'area per filmare le persone ridotte in stato vegetativo dalla droga. Oggi in rete ci sono documentari in tutte le lingue, reportage fotografici, migliaia di scatti e video di utenti social.
Kensington Avenue e il quartiere che la circonda è un contesto di degrado estremo, una stratificazione senza soluzione di continuità fatta di baracche, fabbriche dismesse e situazioni al limite dell’umano, in cui si è sviluppata una gestione “industriale” della dipendenza e dell'emergenza. Il contrasto tra la monumentalità delle vecchia infrastruttura della ferrovia sopraelevata e delle fabbriche oggi abbandonate e la fragilità quotidiana di chi ci vive in mezzo o sotto, è una rappresentazione delle disuguaglianze violente di uno scenario distopico che normalizza ed esaspera le disuguaglianze di un sistema che assume spesso i tratti dell’abiezione più brutale.

Secondo le stime della polizia, lungo Kensington Avenue, un area che si estende per circa 3 km, operano almeno 80 punti di spaccio a cielo aperto, ciascuno dei quali genera quotidianamente incassi di migliaia di euro dalla vendita di stupefacenti. Tuttavia, questa rappresenta solo una piccola parte di un sistema molto più ampio. Si calcola infatti che il traffico di droga a Kensington abbia un giro d'affari annuo superiore al miliardo di dollari, con un indotto di violenza, rapine e attività sessuale illegale presente nelle strade del quartiere, inevitabile conseguenza di una situazione di degrado e povertà derivata dal consumo di droghe. Un circolo vizioso dal quale, una volta dentro, è difficile uscire.
La difficoltà non sta nello sfrattare le persone dalle baraccopoli, ma nel tentare di introdurre un programma di recupero al fine di non far rimbalzare i senzatetto da un lato all’altro della città. Eliminare il mercato della droga senza intervenire sulle cause profonde significa semplicemente spostare il problema altrove, senza risolverlo davvero.
Ad oggi, la “riduzione del danno” si presenta come la soluzione più realistica, in quanto mira pragmaticamente a minimizzare gli effetti negativi e l’impatto sulle comunità e la vita delle persone.






KENSINGTON
PHILADELPHIA
K & A AUTO TAGS
INSURANCE - NOTARY
267-438-0333
CRIME
KENSIIG





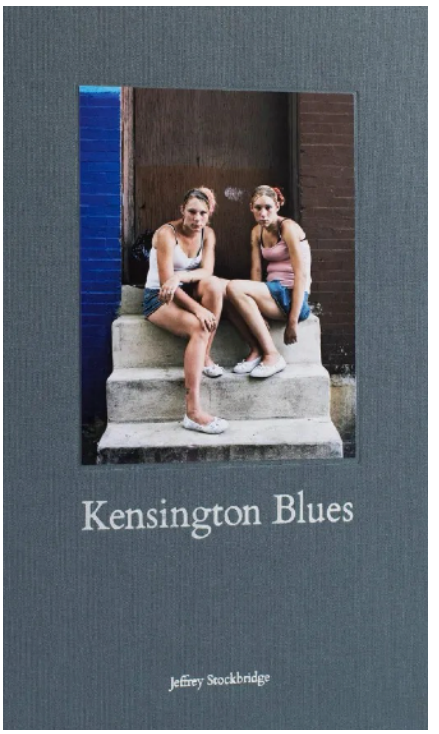


Kensington blues

Kensington Blues è un celebre e crudo progetto fotografico documentario incentrato sulla devastante epidemia di oppioidi e sulla povertà estrema nel quartiere di Kensington, a Filadelfia. Le foto sono state scattate dal fotografo statunitense Jeffrey Stockbridge.

Il progetto è nato inizialmente come blog per poi diventare un libro fotografico autopubblica nel 2017, Kensington Blues documenta la vita lungo Kensington Avenue, chiamata semplicemente "The Ave", epicentro del consumo di droga a cielo aperto e della prostituzione sulla costa orientale degli Stati Uniti.

Stockbridge ha lavorato al progetto per cinque anni (dal 2008 al 2013), stringendo forti legami di fiducia con le persone del posto. Ha scelto volutamente di utilizzare una fotocamera analogica di grande formato, uno strumento ingombrante e dai tempi di scatto molto lenti, per cui ogni sessione fotografica ha richiesto una collaborazione e un dialogo profondo con il soggetto, rallentando idealmente il ritmo frenetico e spietato della strada.
Le fotografie sono accompagnate da registrazioni audio, interviste trascritte e pagine di diario scritte a mano dagli stessi soggetti, con l'obiettivo di dare loro una voce diretta e preservarne la dignità umana. Non cerca di giudicare o trovare soluzioni politiche, ma costringe lo spettatore a guardare in faccia e a mostrare empatia verso una popolazione dimenticata ed emarginata



Stockbridge ha incontrato giovani prostitute, tossici nei vicoli, senzatetto, e ha raccontato le loro storie fotografando i loro volti attraverso ritratti importanti e profondi capaci di cogliere sfumature ed espressioni sottili. La strada è mostrata con consapevolezza, evitando gli stereotipi fotografici tipici del onor che racconta. Il suo lavoro mantiene un approccio documentaristico ed è visibile in dettaglio sul sito ufficiale del progetto Kensington Blues.
Tra i protagonisti del racconto ci sono Pat e Rachel, che hanno avuto dei bambini, dati ad un'agenzia di adozioni per proteggerli, e che dicono all'autore "Abbiamo dato via i ragazzi, la gente dice che è un atto egoistico, ma penso che era la cosa migliore che potevamo fare per il loro futuro".
Ci sono le gemelle tic Tac e Tootsie, che sono anche la copertina del volume.
"Siamo qui per i soldi, abbiamo bisogno di un posto dove riposare. Guardiamo le spalle l'una all'altra, se non riesco a guadagnare, lo fa lei, e qualunque entrata la condividiamo … Abbiamo bisogno di soldi per pagare un posto dove dormire tutti i giorni… Voglio dire, credimi, non vorremmo stare qui fuori a fare questo. È l'ultima cosa che voglio fare. Ma faccio quello che devo fare per prendermi cura di mia sorella, perché lei è tutto ciò che ho e io sono tutto ciò che ha". C'è Jamie, con il pancione, in cinta dopo essere stata stuprata e quasi uccisa"



Jamie. “sono stata stuprata, sai... e quasi uccisa”.
J. Stockbridge.
“Kensington Blues”

Storie



ilmondonuovo.club/ MILANO