Evidenze scientifiche sulla seconda epidemia di eroina e su come controllarla: perché non si attuano in Italia politiche sulla droga e trattamenti efficaci con riduzione dei danni umani, dei costi sociali e dei guadagni delle organizzazioni criminali?

Carla Rossi

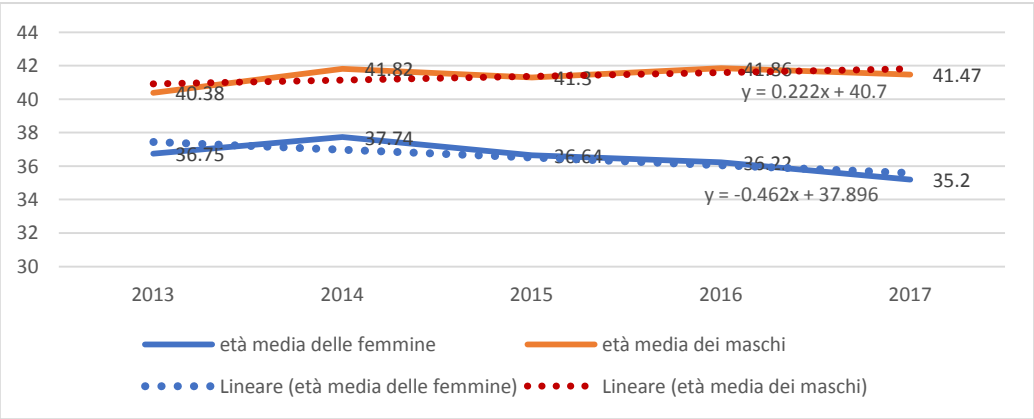
Premessa.

Nella presentazione della Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze 2018[1], il Ministro Fontana scrive: *"Nonostante negli ultimi 15 anni si sia assistito ad una riduzione complessiva del numero dei decessi per overdose, dal 2016 notiamo un leggero aumento dei decessi droga correlati, soprattutto per eroina.*
Prendiamo atto che il trend dell'uso, del traffico e dello spaccio di cannabis è in aumento con percentuali di principio attivo sempre più elevate rispetto agli anni precedenti, così come assistiamo ad un aumento dei soggetti che usano più sostanze."[2]
Consideriamo innazitutto che "Prendiamo atto" è un'espressione alquanto passiva e analizziamo prima il fenomeno relativo alle overdose, principalmente da eroina, e poi, in futuri interventi, le altre considerazioni del ministro.

1. Introduzione.

Definire "leggero" l'aumento dei decessi per overdose di eroina non è scientifico, dato che in un solo anno (dal 2016 al 2017) tale incremento è stato del 9,7%, che non si può certo definire "leggero".
Analizzando in dettaglio tutti i decessi per overdose, che sono per la maggior parte legati a eroina (o oppiodi sintetici), da un'analisi semplicissima, ma scientifica, si capisce che le donne decedute sono molto più giovani degli uomini, almeno negli ultimi 5 anni, in base ai dati della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA) elaborati e mostrati nella Figura 1. Inoltre, mentre l'età media delle donne decresce dal 2013 al 2017 (-4,2%), quella degli uomini cresce (+2,7%), come mostrano anche i coefficienti angolari delle rette di regressione.

Figura 1. Età media al decesso per maschi e femmine.



[1] http://www.politicheantidroga.gov.it/it/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2018-dati-2017/.
[2] http://www.politicheantidroga.gov.it/media/2438/presentazione-del-ministro.pdf.

Inoltre la proporzione di donne decedute passa dal 10% al 14% nell'ultimo anno (dal 2016 al 2017), ovvero quello che mostra l'aumento globale del 9,7%, ma è del 52% per le donne e solo del 5% per gli uomini. E c'è un altro aspetto critico per le donne che, oltre ad essere più giovani in media, hanno anche una crescita notevole di decessi nella classe di età 15-19 dove si passa, dal 2013 al 2017, dal 2,78% al 9,76% (+251%) al contrario degli uomini che mostrano un andamento circa costante (2,24 nel 2013; 2,37 nel 2017: aumento del 6%).

Bisognerebbe allora chiedersi se il tempo medio di attesa dall'inizio di uso di eroina o oppiodi sintetici all'overdose sia maggiore per gli uomini che per le donne, e perché; o se l'età in cui si inizia ad utilizzare l'eroina (o oppiodi sintetici) sia minore per le donne che per gli uomini; o se le donne utilizzino più degli uomini delle sostanze sintetiche con effetti analoghi all'eroina, ma molto più pericolose come, per esempio, il fentanyl[3].

Vediamo che informazioni si possono utilizzare per capire meglio e prima un fenomeno grave in corso su cui sarebbe bene intervenire in modo efficace e non solo parlarne **ascientificamente.**

2. Situazione internazionale dell'uso di oppioidi.

Gli Stati Uniti e il Canada mostrano, in genere, andamenti nell'uso di droghe che approdano poco dopo in Europa, pertanto è utile approfondire che cosa è successo negli ultimi anni nel Nord America e, per quanto riguarda l'Europa, nel Regno Unito e in altri paesi del Nord Europa.

a. Flash su utilizzo di "oppioidi" e conseguenze in USA e Canada.

Quando gli oppioidi da prescrizione hanno iniziato a diventare troppo difficili o troppo costosi da procurarsi, le persone dipendenti hanno iniziato a rivolgersi all'eroina, un cambiamento che ha creato **un'epidemia di uso di eroina in interi gruppi di persone**. Ora, un nuovo oppiaceo sta aumentando nell'uso e sovradosaggio: il fentanyl, un oppiaceo sintetico, che è 50-100 volte più potente della morfina, secondo una recente dichiarazione sul fentanyl da parte della Drug Enforcement Administration (DEA)[4], e 25-50 volte di più potente dell'eroina. La sua diffusione sembra aumentare drasticamente, il che significa che, data la sua potenza, stanno anche aumentando le morti per oppiacei in generale (Figura 2).

…*La differenza nella potenza del fentanyl è fondamentale: basta pochissimo per avere lo stesso effetto degli altri oppioidi. La ragione per cui molti stanno morendo è perché la dose è relativamente incontrollata con il fentanyl di strada, e piccoli eccessi possono portare a overdose. Non c'è nulla di intrinsecamente più pericoloso riguardo fentanyl rispetto ad altri oppioidi, ad eccezione del modo in cui viene dosato e venduto.*

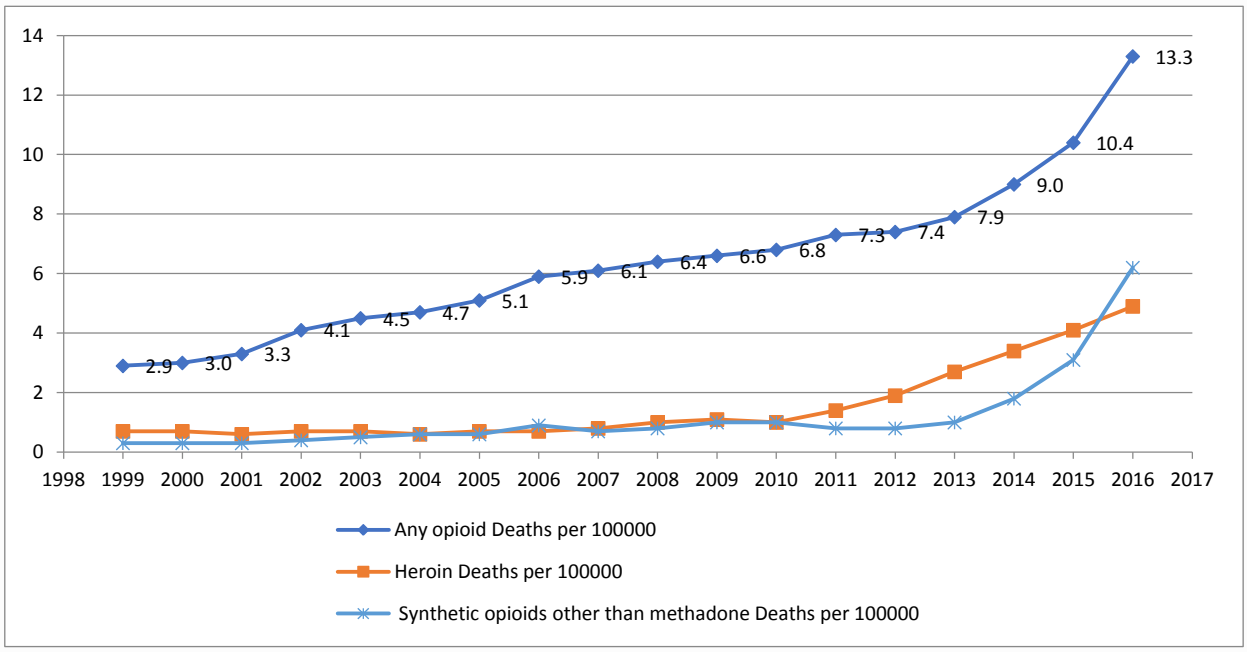
---

[3] Il fentanyl è un analgesico oppioide sintetico, più potente della morfina, utilizzato da ormai 20 anni soprattutto per le cure palliative oncologiche. La principale caratteristica è il rapido assorbimento e gli effetti narcotici in pochissimi minuti. I cerotti-farmaco al fentanyl, venduti nel mercato nero, oltre a un effetto maggiore hanno anche un prezzo basso rispetto all'eroina, per esempio il cerotto intero 50 euro, una striscia singola 10 euro. Il prezzo medio di un grammo di eroina è di circa 40 euro (DCSA). Un cerotto inoltre è più semplice da usare anche se il fentanyl si usa anche per via iniettiva sia in medicina che sulla strada. Si stima che la sempre più diffusa vendita illegale di farmaci oppioidi abbia prodotto un netto incremento delle morti per overdose: nel 2016, per esempio, sono stati accertati oltre 42000 casi di decessi negli Stati Uniti e circa 8000 in Europa e, dato che in Europa nel 2015 erano circa 7500, c'è anche un andamento crescente[3] a livello europeo. In Europa la maggior parte dei decessi è legato agli oppioidi (79%) e l'età media al decesso è di 38 anni.

[4] https://www.dea.gov/press-releases/2016/04/01/public-safety-alert-drug-enforcement-administration-counterfeit.

Questo non dovrebbe suggerire che gli altri oppioidi non siano pericolosi; lo sono tutti. **(Alice G. Walton, 2016, Why Fentanyl Is So Much More Deadly Than Heroin[5]).**

Figura 2. Andamento dei decessi per overdose da eroina, e oppioidi sintetici negli Stati Uniti dal 1999 al 2016.



Molto simile è la situazione in Canada; in un articolo di Lancet si dice:

"A chief coroner investigation in British Columbia, Canada, identify an "inordinately high number" of drug-related deaths related to a "very real and very serious" drug problem, and recommended unconventional measures to reduce mortality. This occurred 25 years ago, in 1993, the number of drug-related deaths in British Columbia peaked at 330. Today, the epidemic of primarily opioid- related deaths in Canada is far worse than it was a quarter of a century ago. In 2017, there were 1473 drug-related deaths in British Columbia and 3996 in Canada in total—an increase of more than 400% from 1993—and these deaths now account for substantially greater mortality than motor-vehicle accidents and other leading causes of premature deaths."[6]

(traduzione: Un' importante indagine di un coroner nella Columbia Britannica, in Canada, osserva un "numero eccessivamente alto" di decessi correlati a uso problematico di droga "molto reale e molto serio" e raccomanda misure non convenzionali per ridurre la mortalità. Questo risale a 25 anni fa, nel 1993, il numero di decessi per droga nella Columbia Britannica raggiunse il picco di 330. Oggi l'epidemia di decessi, principalmente correlati agli oppiacei, in Canada è molto peggiore di un quarto di secolo fa. Nel 2017 ci sono stati 1473 decessi per droga nella Columbia Britannica e 3996 in Canada in totale - un aumento di

[5] https://www.forbes.com/sites/alicegwalton/2016/04/09/why-fentanyl-is-so-much-more-deadly-than-heroin/#415cbae37f6a.
[6] https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30232-9/fulltext?utm_campaign=update-lanpub&utm_source=hs_email&utm_medium=email&utm_content=70207065&_hsenc=p2ANqtz-z6L6XUEEY1Q68lg3imOecoAFxE3aDdXEPRL7S3bZJn49xDwQKz2V8Puzc0H7yVmlrh9Qr9zsCvnfWtiGCpgXrz-Pz6Q&_hsmi=70207065

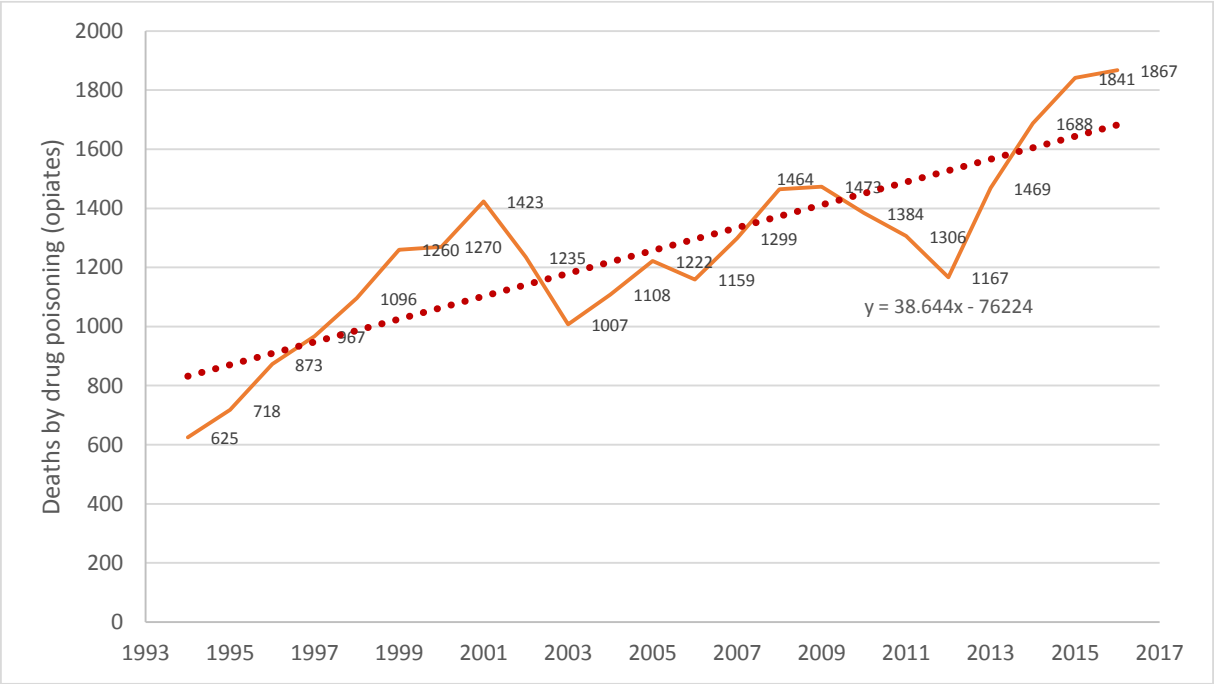
oltre il 400% dal 1993 - e questi decessi attualmente rappresentano una mortalità sostanzialmente maggiore rispetto a quella relativa agli incidenti automobilistici e ad altre cause di morti premature.)

b. Flash su utilizzo di oppioidi e decessi nel regno Unito.

In un'area nel Nord Est dell'Inghilterra, nel 2017 si è registrato un aumento significativo dei decessi per overdose da oppioidi, tra cui una serie di overdose multiple in un ostello per senzatetto nel corso di un fine settimana. I test tossicologici erano inconcludenti e, poiché vi era il sospetto di eroina a bassa intensità nella zona, il modello di sovradosaggio sembrava "insolito" ai servizi droga locali. Inoltre il naloxone che fu somministrato "non funzionava, anche con somministrazioni multiple somministrate in diversi casi"…… I rapporti tossicologici non hanno inizialmente rilevato fentanyl. Su richiesta della polizia per ulteriori test è stata evidenziata la presenza di fentanyl, in particolare una gamma di analoghi al fentanyl più recenti e carfentanyl….Change Grow Live ha riconosciuto l'aumento del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti nel Regno Unito e che gli oppioidi sintetici, inclusi i fentanyl, sono implicati come fattori[7].

L'andamento delle morti per oppiacei in Inghilterra e Galles è riportato nella Figura 3 e l'andamento nell'Irlanda del Nord nella Figura 4.

Figura 3. Decessi per overdosi in Inghilterra e Galles dal 1994 al 2016.

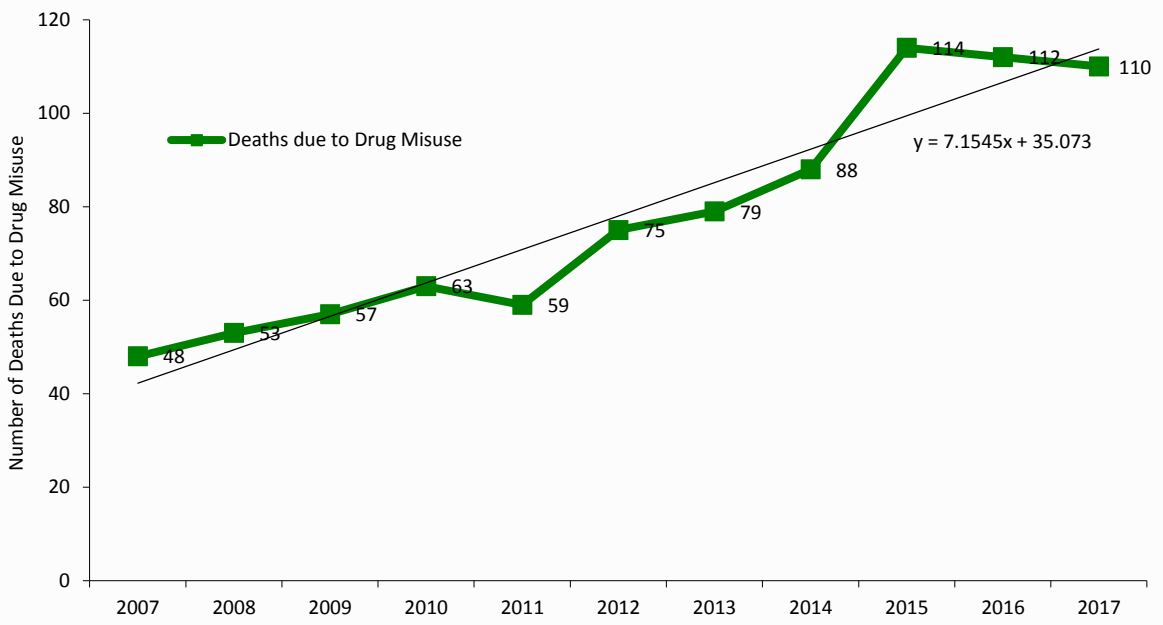


L'andamento della Figura 3 è mediamente crescente e, in particolare, dal 2013, dopo un periodo di andamento oscillante compreso tra 1000 e 1500 tra il 2001 e il 2013 successivo all'andamento crescente dal 1995 al 2001[8].

L'andamento dei decessi nell'Irlanda del Nord è analogo e crescente soprattutto dal 2012 al 2015 con lieve diminuzione nei due anni successivi[9].

[7] https://www.changegrowlive.org/what-we-do/evidence-impact/reports/fentanyl-report-action-plan.
[8] http://bit.ly/2k9rerK.

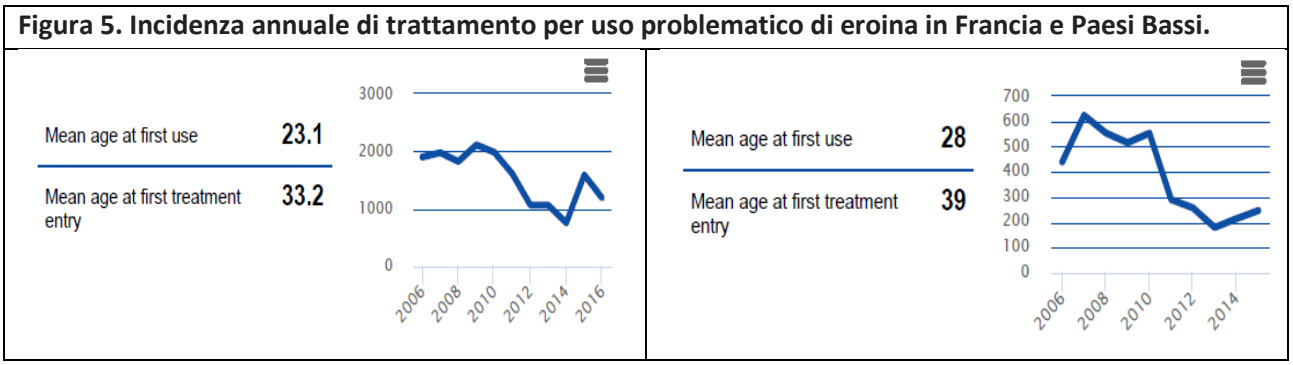
Figura 4. Andamento delle morti per uso di droga nell'Irlanda del Nord dal 2007 al 2017.



c. Flash su Francia e Paesi Bassi.

Si riportano i grafici inseriti nei country reports dell'Osservatorio europeo di Lisbona, che parlano della ripresa del consumo problematico di eroina (Figura 5)[10]. Tenendo conto che il ritardo di ingresso in trattamento è di circa 10 anni, si può dire che l'andamento crescente dell'incidenza di uso di eroina è iniziato nel 2006/2007.

Figura 5. Incidenza annuale di trattamento per uso problematico di eroina in Francia e Paesi Bassi.



d. Situazione in Italia.

Il Ministro Fontana è rimasto colpito dalla notizia del decesso per overdose a 16 anni della ragazza Alice a Udine[11], cioè dall'informazione che una giovane donna aveva utilizzato "droga gialla" a base di eroina, e

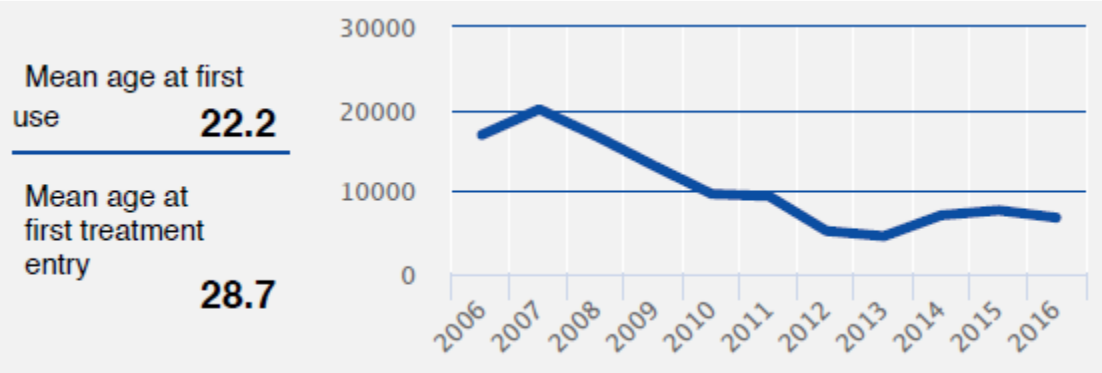
[9] https://www.gov.uk/government/statistics/drug-related-deaths-and-deaths-due-to-drug-misuse-in-northern-ireland-2007-2017.
[10] http://www.emcdda.europa.eu/countries_en.
[11] La droga fa vittime dirette e indirette. Nel nome di un amico che è caduto in questo tunnel non potrò mai accettare di vedere altre vite distrutte. La droga fa schifo e dobbiamo dirlo ai ragazzi (dichiarazione di Fontana http://www.politicheantidroga.gov.it/it/).

spesso contenente fentanyl, ed era morta[12]. Questa notizia "eclatante" si sarebbe potuta prevedere se l'Osservatorio del DPA fosse funzionante con personale adeguato e se la conseguente Relazione annuale al Parlamento non fosse solo una messa insieme di notizie varie provenienti da diverse fonti senza coordinamento adeguato e, soprattutto, senza analisi di serie storiche presente sistematicamente. Non c'è nessun approfondimento e collegamento dei dati relativi ai diversi aspetti (approccio ascientifico); in questo modo non c'è comprensione "vera" del fenomeno[13] che si dovrebbe monitorare e, soprattutto, non si valutano le politiche di "controllo", né gli interventi di riduzione della domanda e di riduzione dell'offerta, come risulta evidente anche dalla dichiarazione del Ministro e dalla sua presentazione della Relazione.

Utilizzando coerentemente e scientificamente tutti i dati disponibili, e pubblici, e i contributi scientifici pubblicati, quindi disponibili, è possibile effettuare delle previsioni e delle valutazioni.

Per iniziare consideriamo il grafico per l'Italia analogo a quelli riportati nella Figura 5 (Figura 6).

Figura 6. Incidenza di trattamento per uso problematico di eroina in Italia dal 2006 al 2016.



Come si vede anche in Italia c'è un aumento dell'incidenza di trattamento per eroina dal 2013 e, essendo il ritardo di solo 6,5 anni, si può stimare che la crescita di incidenza di uso di eroina risale al 2006/2007 come in Francia e Paesi Bassi. Queste prime considerazioni suggeriscono, se legate ai dati di overdose commentati dal ministro Fontana, che il ritardo medio per overdose è di circa 10 anni. In realtà è anche maggiore in media, dato che l'età di inizio di uso è di 22 anni (in media) e l'età di overdose superiore a 35 sia per femmine che per maschi (>40). Naturalmente si parla di media soltanto; è verosimile che la variabilità sia alta[14]. Analizzando accuratamente i dati DCSA relativi alle overdosi dei giovani (Tabella 1), si vede che fin dal 2015 la probabilità di morire di overdose prima dei 20 anni era molto più alta per le donne che per gli uomini (più che doppia).

Per quanto riguarda la diffusione della sostanza illegale eroina (e oppioidi sintetici), si possono utilizzare le stime ufficiali dell'Istat sulla spesa annuale delle famiglie per acquisto di sostanze illegali, riportata

[12] https://www.le-ultime-notizie.eu/articulo/alice-morta-per-overdose-di-eroina-gialla-caccia-al-nigeriano-che-gliel-39-ha-fornita/4370365.

[13] Il fenomeno riguarda l'utilizzo e la vendita (e traffico) di sostanze illegali con relative conseguenze volute e non volute (unintended consequences).

[14] In realtà da studi scientifici adeguati (survey su Comunità e Bassa Soglia) si sa che l'età di inizio di uso di eroina è inferiore di un paio di anni rispetto a quella riportata in Figura 6 (Alessia Mammone, Gian Paolo Scalia Tomba, Carla Rossi, Length of stay in different drug using states: lifestyles of problem and recreational drug consumers, *Drug Abuse Rev. 2013 Jun;6(2)).*

.

regolarmente nella Relazione annuale DPA dal 2015, ma non utilizzata adeguatamente come serie storica, per conoscere l'andamento del mercato al dettaglio dell'eroina (e degli oppioidi), come anche della cocaina, della cannabis e delle Nuove Sostanze (NPS) denominate "Altro", come si vede dalla Tabella 2 e Figura 7[15].

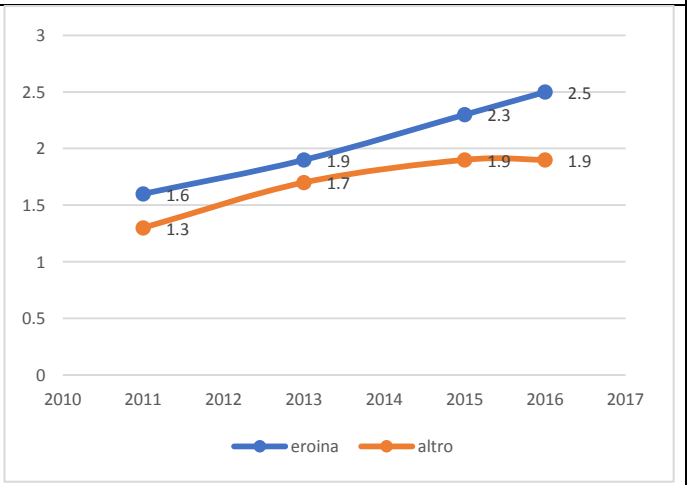
Tabella 1. Percentuali osservate di overdose per maschi e femmine di età minore di 20 anni.

	Età minore di 20 anni (% overdosi))	
Anno	Femmine	Maschi
2013	2,78	2,24
2014	0	1,36
2015	4,76	1,88
2016	3,7	1,66
2017	9,76	2,37

Tabella 2. Stime Istat della spesa finale delle famiglie per l'acquisto di eroina e "Altro" nei diversi anni.

	mercato eroina e oppioidi sintetici in miliardi di euro			
anno	Eroina	Altro[16]	incremento eroina tra anni consecutivi	incremento altro tra anni consecutivi
2011	1,6	1,3		
2013	1,9	1,7	18,8	30,8
2015	2,3	1,9	21,1	11,8
2016	2,5	1,9	8,7	0

Figura 7. Stime Istat della spesa finale delle famiglie per l'acquisto di eroina e "Altro" nei diversi anni.



La spesa per acquisto al dettaglio di eroina cresce di più dal 2013 al 2016 che dal 2011 al 2013, mentre Altro ha un trend apparentemente contrario cioè cresce di più dal 2011 al 2013 che dal 2013 al 2016[17]. Dal 2011 al 2016 l'aumento della spesa per eroina risulta del 56,25% e per Altro del 46,15%.

Altri dati utilizzabili per comprendere la crescita del consumo di eroina, e riportati annualmente nella Relazione del DPA, sono i dati relativi all'entità dei sequestri annuali della sostanza, che hanno permesso la

[15] Naturalmente l'Osservatorio DPA dovrebbe essere a conoscenza di tutte le Relazioni al Parlamento per studiare i trend e non considerare sempre solo l'ultima come un unico contributo.
[16] In parte Altro riguarda oppioidi sintetici.
[17] Oggi l'Istat ha divulgato le stime relative al 2016, ma purtroppo senza dettaglio sulle singole sostanze (https://www.istat.it/it/files//2018/10/Economia-non-osservata_2018.pdf). Globalmente la crescita è circa del 7%. La Relazione al Parlamento del DPA 2018, uscita solo 15 giorni fa, presenta i dati del 2015.

stima del mercato dal 2004 al 2015, riportata in Farina Coscioni e Rossi (2016)[18] e rappresentata nella Figura 8.

Il mercato di eroina, stimato in Kg, mostra un regolare decremento dal 2005 fino al 2011, ma un regolare incremento negli anni successivi: +11,4% nel 2012, +21,9% nel 2013, +3,6% nel 2014 e +6,6% nel 2015; globalmente del 49,9% dal 2011 al 2015, un valore analogo alla crescita della spesa delle famiglie stimata dall'Istat (che non usa gli stessi dati dei sequestri per la stima, ma i dati relativi alla domanda) e, tenendo conto che il costo al dettaglio è circa costante nel periodo considerato (rapporti DCSA) conferma una nuova epidemia di eroina anche in Italia con inizio attorno al 2010.

La nuova crescita del mercato mostra che gli interventi di riduzione dell'offerta non sono stati efficaci come si può anche dimostrare quantitativamente e neppure gli interventi d riduzione della domanda.

Da specifici dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria (DAP), si può stimare la numerosità della mano d'opera di basso-medio livello del mercato al dettaglio delle sostanze illegali a rischio di entrare in carcere per art.73 del DPR 309/90 (o Fini-Giovanardi) riportato in Farina Coscioni e Rossi (2016). In base ai dati aggiornati si ottengono le stime della Tabella 3 che mostrano chiaramente un andamento crescente dal 2009 al 2013, un calo nel 2014 a seguito della sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale, che, come conseguenza, ha ridotto il rischio di carcerazione per art.73, e, successivamente, un nuovo andamento crescente sia per gli italiani che per gli stranieri. Purtroppo i dati del DAP non distinguono i soggetti entrati in carcere per le diverse sostanze, quindi non si possono stimare facilmente gli spacciatori di eroina, ma si vede chiaramente che globalmente aumenta la mano d'opera del mercato delle sostanze illegali, quindi anche dell'eroina, dato che il suo mercato cresce.

L'aumento della mano d'opera dal 2009 al 2013 è del 7,2% e dal 2014 al 2017 del 20,5%, confermando che aumenta l'offerta, quindi gli interventi mirati alla sua riduzione non sono stati efficaci.

Naturalmente quando aumenta l'offerta, in particolare di eroina, ma i prezzi rimangono costanti aumenta necessariamente anche la domanda e mostra andamento "epidemico", cioè analogo a quello di una malattia infettiva, che è tipico della diffusione dell'uso di una sostanza illegale, soprattutto "pesante", come sostenuto e dimostrato da ricercatori internazionali[19].

Una malattia che si diffonde per epidemia, se non si interviene con vaccinazione, si ripresenta con successive ondate quando la proporzione si soggetti suscettibili aumenta sufficientemente, attraverso le nascite e le immigrazioni. Le recenti discussioni sull'obbligatorietà dei vaccini e le audizioni degli esperti chiariscono bene il tipico fenomeno epidemico.

---

[18] Maria Antonietta Farina Coscioni e Carla Rossi editors, *Proibizionismo, criminalità, corruzione*, Universitalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-886507-932-4, 2016.

[19] Drug use is often described as being "contagious". The metaphor is appropriate, even though there is not a physical, pathogenic infection vector as with malaria because initiation rates are significantly influenced by the current prevalence, or level, of use. In particular, most people who start using drugs do so through contact with a friend or sibling who is already using them. Indeed, the metaphor of a drug "epidemic" is commonly used precisely because of that tendency for current users to "recruit" new users (Caulkins 2000).
Traduzione:
(L'uso di droga viene descritto spesso come "contagioso". La metafora è appropriata, anche se non c'è un vettore di infezione fisico e patogeno, come nella malaria, perché l'incidenza di nuove infezioni è significativamente influenzata dalla prevalenza in corso, o livello, di uso. In particolare, molti soggetti che iniziano a utilizzare droga lo fanno per un contatto con un amico (o amica) o un fratello (o sorella) che già la usa. In realtà, la metafora di "epidemia" di droga si usa di solito proprio per la tendenza degli utilizzatori in corso a "reclutare" nuovi utilizzatori.)

Figura 8. Stima del mercato di eroina in Kg (puntuale e intervallare) nel periodo 2004-2015

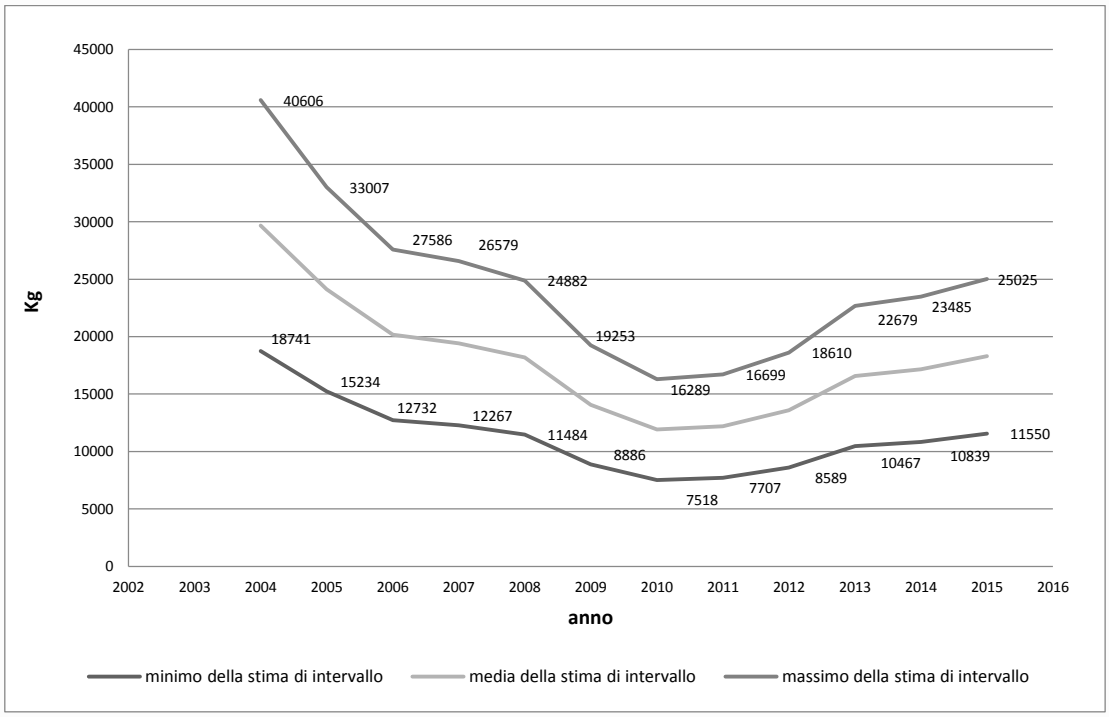


Tabella 3. Stima delle popolazioni a rischio di entrare i n carcere in relazione all'art.73 del DPR 309/90.

Anno	Italiani	Stranieri	Totale
2009	375735	177744	553479
2010	425583	187207	612790
2011	400632	191096	591728
2012	399517	198937	598454
2013	399160	194337	593497
2014	322533	114781	437314
2015	351724	99649	451373
2016	356965	121015	477980
2017	401165	126076	527241

3. Osservazioni generali conclusive su alcune conseguenze delle leggi e politiche antidroga in Italia.

Per la ripresa del mercato e dell'uso di eroina, si tratta di un fenomeno osservato e riportato anche nella presentazione dell'European Drug Report 2016, dove si dice:

"Il problema degli oppiacei in Europa resta una questione centrale nell'analisi del 2016, che riflette il notevole impatto che queste droghe continuano ad avere in termini di mortalità e morbilità. Attualmente assistiamo a una relazione sempre più complessa tra il consumo di eroina e di oppiacei sintetici, accompagnata da un preoccupante aumento delle stime globali dei decessi correlati agli oppiacei. In Europa, i servizi di trattamento devono ora rispondere anche alla maggiore complessità delle esigenze sanitarie di una coorte di consumatori di eroina che sta invecchiando; a tale proposito, i responsabili a livello

politico devono dirimere la difficile questione di quali siano gli obiettivi terapeutici a lungo termine più appropriati per questo gruppo. Al contempo, ***le nuove epidemie di eroina*** *segnalate in altre parti del mondo ci ricordano che questo è un ambito che richiede vigilanza e in cui resta fondamentale esercitare una sorveglianza costante.*

….

La quantità di eroina sequestrata nell'UE è calata nel lungo periodo, passando da 10 tonnellate nel 2002 a 5 tonnellate nel 2012, prima di aumentare notevolmente fino ad arrivare a 8,9 tonnellate nel 2014.

…

Presso quei paesi che segnalano regolarmente i dati, le tendenze indicizzate suggeriscono che nel 2014 la purezza dell'eroina in Europa è aumentata. Questo dato, contestualmente alle maggiori quantità sequestrate e ad altri sviluppi, potrebbe indicare che esiste il potenziale per un aumento della disponibilità di tale sostanza."

In pratica, assistiamo all'inizio di una seconda ondata epidemica di uso di eroina, a una generazione di distanza dalla precedente, come osservato anche nell'articolo sul Canada (25 anni). Come accennato, questo fenomeno è ben noto e ben descritto dai modelli epidemiologici con popolazioni aperte, che tengano conto dei fenomeni demografici (nascite, morti, emigrazioni e immigrazioni)[20] che ricostituiscono il gruppo dei suscettibili e che sono sinteticamente descritti in Farina Coscioni e Rossi 2016, fornendo un altro strumento metodologico per la valutazione delle politiche "antidroga".

Inoltre questa seconda ondata epidemica di eroina in Italia mostra che, nel periodo intermedio endemico, nessun intervento di prevenzione generale ha avuto successo e che le politiche di prevenzione non sono state efficaci. In realtà, gli interventi di prevenzione in Italia sono stati occasionali e mal calibrati, anche se molto costosi; soprattutto sono stati indifferenziati, cioè non mirati e adeguati alle popolazioni realmente a rischio, come si dovrebbe fare con prevenzione secondaria e indicata, diretta a soggetti con fattori di vulnerabilità, come, mostrato da indicatori in lavori recenti[21].

L'inefficacia delle politiche attuate in Italia, sia per la prevenzione che per la repressione, si evidenzia anche studiando il coinvolgimento dei minori nel mercato illegale sia come spacciatori che come utilizzatori, come riportato nella Relazione al Parlamento DPA 2017.

In sintesi si ha inoltre che:

le percentuali di segnalazioni di utilizzatori minori (art. 75 del DPR 309/90) aumentano dal 2006 al 2015 del 150% per i minori di 15 anni e del 51% per quelli con età da 15 a 17 anni.

L'andamento della percentuale dei pazienti entrati nei SerD che dichiarano età al primo uso di eroina al di sotto di 20 anni aumenta dal 2014 al 2016 del 12%, mentre è circa invariata per le altre sostanze.

---

[20] Per esempio Rossi C. "A Mover-Stayer type model for epidemics of problematic drug use", *UN Bulletin on Narcotics*, Vol. LIII, Nos 1-2, 2001, 39-64. https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_2001-01-01_1_page006.html.

[21] Colasante E., Fabi F., Molinaro S., Rossi C. e Scalia Tomba G. (2019), Updated indicators to evaluate harmful drug use, in particular poly-drug use**,** *Current Drug Research Reviews*, 11, 51-57.

I ricoveri ospedalieri legati all'uso di sostanze illegali di minori aumentano dal 2010 al 2015 del 58%. In particolare è del 133% l'aumento dei ricoveri correlati agli oppiacei per i minori di 15 anni.

La percentuale di denunce (DCSA) di minori per 100 operazioni di polizia effettuate aumenta del 16% dal 2006 al 2016.

Il numero di imputati minori in procedimenti per art. 73 DPR 309/90 aumenta del 62,6% dal 2008 al 2014.

Si potrebbe ancora andare avanti considerando, per esempio, le rilevazioni dell'uso di droghe in genere e di eroina in particolare nella scuola superiore (ESPAD Italia) e la diffusione del poli-uso di sostanze, ma si farà in futuro.

Comunque quello che già fin qui si può affermare con certezza è che le politiche "antidroga" seguite e le leggi in vigore in Italia, sono state un completo fallimento, molto costoso e con conseguenze socio-sanitarie molto pesanti, ma che i vari governi e organismi creati per il monitoraggio hanno completamente ignorato il fenomeno globale, per incapacità di analisi e di valutazione di evidenze scientifiche, ovvero ascientificità del loro approccio

Tornando al problema della nuova epidemia di eroina, che si poteva scientificamente prevedere e con adeguate politiche limitare molto, occorre verificare se ci sono paesi dove il fenomeno non si presenta e quali interventi tali paesi hanno applicato come controllo globale dell'uso di eroina.

4. Efficacia della politica antidroga in Svizzera per il controllo dell'uso di eroina.

Si riporterà l'impostazione delle leggi e politiche dagli anni '90 a oggi e le conseguenze, utili per la valutazione, sempre scientificamente effettuata, della politica applicata nel paese, da imitare urgentemente.

4.1. La politica antidroga in Svizzera e la terapia di somministrazione controllata di eroina.

Negli anni '90, il Platzspitz e il Letten, a Zurigo, avevano dimostrato l'inutilità di un approccio meramente repressivo nei confronti degli stupefacenti con ghetti per libero uso non protetto o controllato[22]. I Comuni, i Cantoni e la Confederazione, dopo la Conferenza nazionale del 1995, decisero di unirsi e di realizzare concretamente la Politica dei Quattro Pilastri lanciata a Berna nel 1994. I quattro "Pilastri" socio-giuridici della politica di controllo dell'uso e dell'offerta di "droga" sono: **la prevenzione, la terapia, la riduzione del danno e la repressione**. Un esperimento fondamentale, le cui condizioni generali di realizzazione sono riportate nel piano globale della ricerca del 1 novembre 1993, basato sull'Ordinanza del Consiglio federale del 21 ottobre 1992, fu la prescrizione sperimentale di eroina sotto controllo medico riservata ai tossicodipendenti che non rispondevano ad altre terapie "classiche". Trattandosi di un esperimento era prevista la valutazione scientifica delle conseguenze positive e negative. Il cosiddetto programma PROVE, la

[22] Agli inizi degli anni '90 la Svizzera scoprì di avere al suo interno un profondo malessere. A Zurigo in pieno centro la droga, in particolare l'eroina era molto diffusa. Per un periodo furono consentite le cosiddette scene aperte per l'uso di erona. Prima il Platzspitz per 10 anni, fino al suo sgombero nel 1992, è stato il "Needlepark", il parco delle siringhe per i tossicomani non solo svizzeri. Immagini drammatiche, difficili da dimenticare. Poi si sono aggiunte quelle dell'ex stazione ferroviaria del Letten, che è stato chiuso nel febbraio del 1995.

cui descrizione completa di valutazione è riportata nel documento in Appendice 1, che riporta il rapporto di sintesi, a cura del Prof. Ambros Uchtenhagen, del rapporto completo di valutazione a cura del gruppo di ricerca costituito da Uchtenhagen, Gtzwiller e Dobler – Mikola.

"*All'inizio non eravamo sicuri di ottenere risultati positivi, ma l'offerta ha riguardato un gruppo di tossicomani particolarmente problematici, molto dipendenti. La distribuzione controllata* -secondo Ambros Uchtenhagen, responsabile dell'aspetto scientifico del programma- *ha consentito di migliorare in modo netto le loro condizioni sanitarie e sociali".*

I risultati più importanti sono stati conseguiti sul fronte della criminalità e hanno costituito "*una delle misure più efficaci mai adottate nel settore della prevenzione di atti criminali*", secondo quanto sostenuto da Martin Killias in un rapporto ufficiale. Dopo 18 mesi di 'terapia', il tasso di criminalita' tra i tossicomani scendeva dal 70% al 10%.

La terapia con somministrazione controllata di eroina (HAT) è solo uno dei tanti interventi messi in atto in Svizzera per ridurre le conseguenze dell'uso di droga. La strategia complessiva punta innanzi tutto sulla repressione del traffico e sulla prevenzione, per ridurre il numero di utilizzatori, soprattutto problematici (prevenzione secondaria). Per chi diventa dipendente gli obiettivi sono quelli di aiutarlo a uscirne, ma anche (o nel frattempo) di ridurre al minimo i danni per la sua salute e per la società. A questo scopo, per chi non riesce a liberarsi della dipendenza, si ricorre alla somministrazione controllata di metadone, che evita tutti i pericoli legati all'uso della droga comprata per strada. Ma c'è un ulteriore sottogruppo che non trae giovamento nemmeno dal metadone. A costoro è destinato il programma di somministrazione di eroina, la cui validità è stata evidenziata con la sperimentazione (Appendice 1).

Dopo la sperimentazione e la valutazione dei risultati, la somministrazione controllata dell'eroina, o meglio degli oppiacei, per finalità curative, consentita soltanto se non esistono altre cure praticabili e, soprattutto, se la terapia si svolge sotto il costante e ininterrotto controllo di un Medico specialista, è entrata a far parte del pilastro "terapia" in Svizzera. Alla fine del 1997, infatti, il governo federale ha approvato l'espansione su vasta scala della sperimentazione, volta ad accogliere il 15% dei 30.000 consumatori di eroina stimati nel paese.

Un'importante analisi dei programmi di somministrazione controllata di eroina attuati nel mondo è stata effettuata nell'ambito della collaborazione Cochrane[23] e pubblicata nel 2011[24].

Dall'articolo si ricavano importanti risultati come:

L'eroina iniettata con supervisione più dosaggi flessibili rispetto al metadone orale aiuta soprattutto i pazienti a rimanere in trattamento (4 studi, N = 1388 Risk Ratio 1,44 (IC 95% 1,19-1,75)) e aiuta i pazienti a ridurre l'uso di droghe illecite. Ha anche un effetto protettivo, non statisticamente significativo al 5%, sulla mortalità (4 studi, N = 1477 Risk Ratio 0,65 (IC 95% 0,25-1,69, p-value 38%). La fornitura di eroina può anche avere un effetto protettivo per l'attività criminale e l'incarcerazione / imprigionamento, come riportato già nello studio del 1997 in Appendice 1; anche la situazione sociale è migliorata in tutti i gruppi di intervento con somministrazione di eroina, sebbene sia difficile valutare statisticamente questo tipo di risultati nel lasso di tempo relativamente breve di uno studio sperimentale.

Quando si considerano gli studi che confrontano la somministrazione di eroina per qualsiasi via rispetto ad altri trattamenti, essi raggiungono gli stessi effetti di quelli in cui l'eroina è iniettata sotto controllo rispetto al metadone orale. In particolare si rileva un grande vantaggio nella ritenzione in trattamento che è un

---

[23] http://www.thecochranelibrary.com.

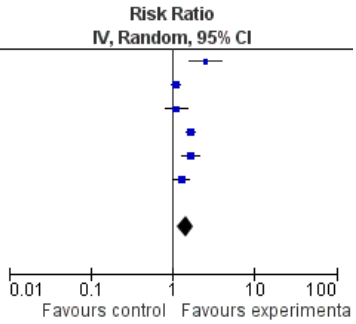
[24] Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD003410. DOI: 10.1002/14651858.CD003410.pub4.

aspetto fondamentale per ridurre la mortalità, migliorare lo stato socio-sanitario, ridurre i contatti con la criminalità e facilitare l'avvio di riduzione di uso (Figura 9).

Figura 9. Studi su terapia con eroina (qualsiasi via di somministrazione): ritenzione in trattamento rispetto a qualsiasi altro trattamento.

Study or Subgroup	Experimental Events	Experimental Total	Control Events	Control Total	Weight	Risk Ratio IV, Random, 95% CI	Year
Hartnoll 1980	32	44	15	52	11.0%	2.52 [1.59, 4.01]	1975
Perneger 1998	27	27	22	24	19.9%	1.09 [0.95, 1.26]	1996
PEPSA 2006	23	31	21	31	14.8%	1.10 [0.80, 1.51]	2003
Haasen 2007	346	515	200	500	20.3%	1.68 [1.48, 1.90]	2004
NAOMI 2009	77	115	45	111	16.6%	1.65 [1.27, 2.14]	2004
RIOTT 2010	38	43	29	42	17.5%	1.28 [1.02, 1.61]	2008
Total (95% CI)		**775**		**760**	**100.0%**	**1.44 [1.16, 1.79]**	
Total events	543		332				

Heterogeneity: Tau² = 0.06; Chi² = 31.18, df = 5 (P < 0.00001); I² = 84%
Test for overall effect: Z = 3.26 (P = 0.001)



Inoltre, in un articolo scientifico su Lancet di Carlos Nordt e Rudolf Stohler, che si sono avvalsi dei dati sui percorsi di settemila pazienti si dice che: attorno al 1975 nel cantone di Zurigo risultavano circa 80 nuovi tossicodipendenti all'anno, il picco - 890 - è stato raggiunto nel 1990. Poi la distribuzione di eroina sotto controllo medico e l'aiuto alla sopravvivenza (harm reduction) si sono rivelati strumenti efficaci. Nel 2002 il numero di persone che hanno iniziato a consumare eroina è sceso, secondo le stime, a 150[25].

"*In Svizzera l'uso di eroina è considerato alla stregua di una malattia che dev'essere trattata da un medico, e non è visto come un atto criminale e il problema non sono più i nuovi consumatori, ma i consumatori di lunga data*".

Purtroppo il numero di persone, tra i consumatori cronici, che si sono disintossicate è rimasto piuttosto basso. Nel cantone di Zurigo il numero di consumatori cronici di eroina è passato da 7100 nel 1996 a 6200 nel 2005.

4.2. Andamento della prevalenza di uso di eroina: confronto tra Zurigo e Italia e Australia.

I ricercatori Nordt e Stohler hanno pure confrontato i dati di Zurigo con quelli di paesi che hanno mantenuto una linea repressiva, come l'Italia e l'Australia, senza attivare l'efficace terapia sostitutiva per i consumatori di eroina, come la somministrazione controllata.

Se nel 1990 in questi altri due paesi il numero di consumatori di eroina era paragonabile a quello del cantone di Zurigo (tasso per residenti), nei dieci anni successivi la prevalenza di consumatori di eroina a Zurigo è scesa a un livello quattro volte inferiore a quello dei paesi considerati.

Per approfondire il confronto tra la situazione in Svizzera e quella italiana consideriamo i dati relativi a overdose da oppiacei, e, in particolare, le proporzioni riguardanti i casi di overodose relativi ai giovani (<20 anni) e quelli relativi a persone mature (>40 anni) dal 2013 al 2017 riportati nella Tabella 4 e Figura 10. Purtroppo non è possible confrontare i soggetti più anziani per carenza attuale di dati italiani, ma è possible confrontare l'andamento della percentuale di overdosi per i giovani (<20) e per i maturi (>40) dall'inizio della terapia con somministrazione controllata di eroina in Svizzera (Figura 11).

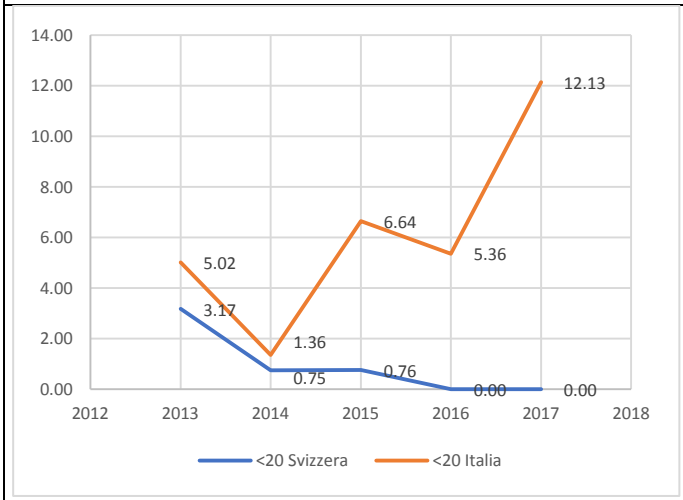
[25] https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68804-1/fulltext.

Tabella 4. Distribuzioni percentuali delle overdose per giovani (<20 anni) e maturi (>40 anni).

anno	<20 Svizzera	<20 Italia
2013	3.17	5.02
2014	0.75	1.36
2015	0.76	6.64
2016	0.00	5.36
2017	N.A	12.13

anno	>40 Svizzera	>40 Italia
2013	66.67	84.13
2014	71.64	98.57
2015	68.18	86.47
2016	72.79	84.40
2017	N.A.	84.60

Figura 10. Distribuzioni percentuali delle overdose per giovani (<20 anni) e maturi (>40 anni).



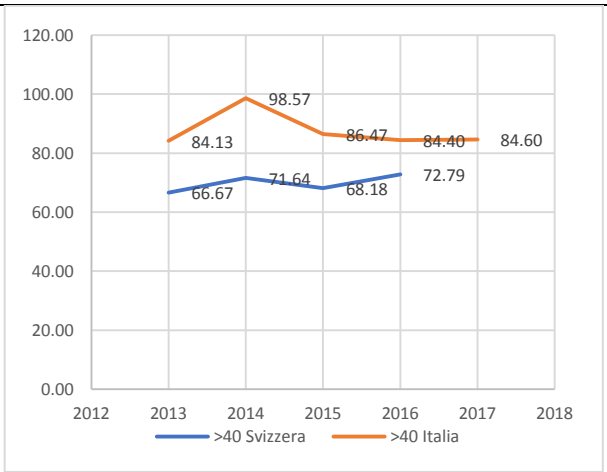
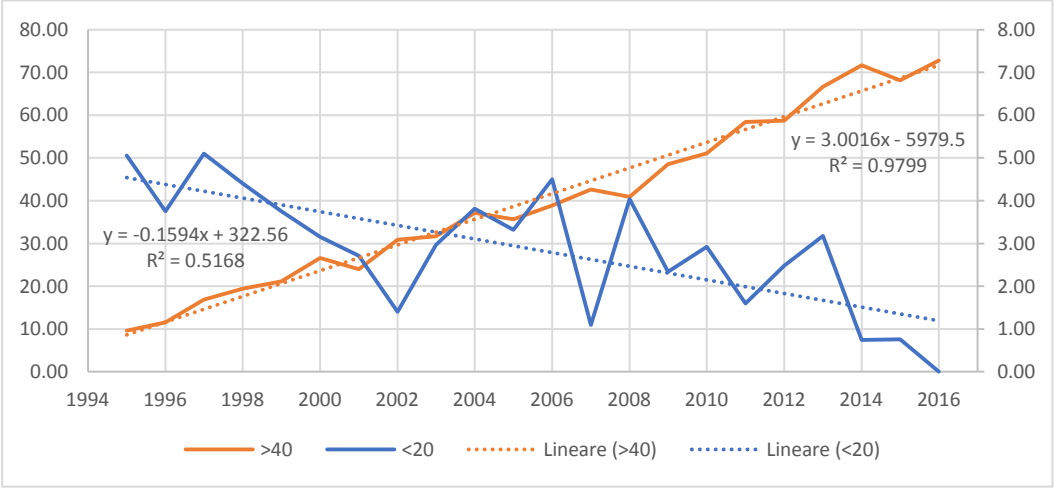


Figura 11. Andamento delle percentuali di overdose in Svizzera per soggetti giovani (<20 anni) su asse destro e per soggetti maturi (>40 anni) su asse sinistro.



Si può quindi affermare che In Svizzera la somministrazione controllata di eroina, ormai come terapia e non solo riduzione del danno, ha spinto molti tossicodipendenti, che non avevano risposto positivamente ad altri interventi, a tentare la via dell'astinenza, ma ha anche ridotto l'incidenza di uso di eroina, i decessi, l'infezione da HIV e la criminalità e ha anche portato

miglioramenti sociali e sanitari. Per sintetizzare:

- Il consumo di eroina illecita (e di cocaina illecita) è stato significativamente ridotto.
- Una grande riduzione dell'attività criminale legata alla raccolta di fondi tra i partecipanti al HAT. (Solo questo vantaggio ha superato il costo del trattamento).
- L'eroina della somministrazione non è stata deviata verso mercati illeciti.
- L'avvio del nuovo uso di eroina è diminuito (la medicalizzazione dell'eroina lo ha reso meno attraente) e, a sua volta, ci sono state riduzioni dello spaccio di strada e del reclutamento da parte degli utilizzatori-spacciatori (trasmissione epidemica).
- L'assunzione di trattamenti diversi da HAT, in particolare il metadone, è aumentato piuttosto che rifiutato (come alcuni avevano temuto).

Un certo numero di altri paesi, oltre la Svizzera, come Regno Unito, Germania, Paesi Bassi e Canada, solo però in alcune città e non a livello nazionale, prescrivono eroina sotto controllo medico, come programma terapeutico per il trattamento di consumatori da lungo tempo di oppioidi illeciti e non rispondenti ad altre terapie sostitutive. HAT anche nel numero relativamente piccolo di paesi in cui esiste è disponibile solo in base a criteri rigorosi, tra cui l'uso a lungo termine e la mancata risposta ad altri programmi di trattamento. È possibile che i benefici si possano estendere se le barriere all'accesso siano allargate, dato che è legalmente riconosciuto come intervento medico e quindi non vietato dalle convenzioni ONU sulle droghe.
Molte altre evidenze possono essere lette su documenti online, in particolare nel sito di EMCDDA (http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment_en) e di Transform (https://transformdrugs.org/heroin-assisted-treatment-in-switzerland-successfully-regulating-the-supply-and-use-of-a-high-risk-injectable-drug/), e su articoli scientifici cercando su internet con parole chiave adatte e nell'archivio di radio radicale, per esempio https://www.radioradicale.it/scheda/556099/svizzera-politica-delle-droghe-e-sommistrazione-controllata-di-eroina-intervista-a.

5. La presentazione di un progetto sperimentale in Italia senza ricevere attenzione nel 2008.

Nel 2007/2008 un Gruppo di lavoro, di cui facevano parte il Dott. Massimo Barra, Il Prof. Paolo Nencini, il Dott. Ignazio Marcozzi Rozzi, la Prof. Carla Rossi, il Dott. Sandro Libianchi, il Prof. Giorgio Bignami e il Prof. Paolo Crocchiolo elaborò e presentò nel 2008 alla Conferenza Internazionale della Croce Rossa e della Mezzaluna Rossa a Roma la proposta per un progetto sperimentale di somministrazione controllata di eroina, riportato in Appendice 2. La proposta fu abbandonata anche perchè il Governo Prodi cadde subito dopo e con il successivo Governo Berlusconi si tornò all'approccio ascientifico della politiche "antidroga", sospeso nei due anni di Prodi con nessuno spazio per le valutazioni scisntifiche dei politici al governo.
Ora si dovrebbe adottare la terapia, senza porgetto sperimentale, ormai superato da tutte le valutazioni scientiche riportate nelle varie pubblicazioni, come quelle citate sopra.

Si inserisce qui la lettera di richiesta al Governo inviata dal Gruppo di lavoro e i dettagli della proposta in appendice.

Al Ministro della Solidarietà Sociale

Paolo Ferrero

Al Ministro della Salute

Livia Turco

Al Presidente della Regione Lazio

Piero Marrazzo

All'Assessore alla Sanità della

Regione Lazio

Augusto Battaglia

Al Direttore Generale ASL RM D

Giusy Gabriele

e p. c. All'Assessore alle Politiche Sociali della

Regione Lazio

Alessandra Mandarelli

Al Sindaco di Roma

Walter Veltroni

All'Assessore alle Politiche Sociali del

Comune di Roma

Raffaela Milano

Sperimentazione con diacetilmorfina per uso orale in tossicodipendenti refrattari ad altre cure nella città di Roma.

La preparazione farmacologica dell'eroina in compresse per uso orale, oggi possibile, è una novità che potrebbe dare grandi cambiamenti ai futuri consumi illegali ed alle prospettive di trattamenti sostitutivi nei dipendenti cronici da oppiacei refrattari ad altre cure.

Una nuova sperimentazione svizzera, seguente a quelle degli anni '90/2000 con DAM (diacetilmorfina) per uso endovenoso e inalatorio, dimostra una maggiore efficacia e sicurezza con la formulazione orale.

Il 23 marzo 2007, nel corso del Convegno Internazionale "Roma Consensus2" organizzato dalla Croce Rossa Italiana, è stato presentato un possibile protocollo di sperimentazione italiana della diacetilmorfina (eroina farmaco) per uso orale quale farmaco sostitutivo in tossicodipendenti da oppiacei cronici refrattari alle altre cure disponibili.

La tossicodipendenza da oppiacei è stata assimilata, prevalentemente, alle malattie croniche e recidivanti (O.M.S.), dove l'obiettivo terapeutico in una parte consistente dei coinvolti, più che l'interruzione della storia naturale della malattia, ne è il suo controllo. In questa ottica, di frequente riscontro è la somministrazione a tempo indefinito di un farmaco sostitutivo della droga primaria d'abuso. Tipico è l'esempio del metadone somministrato "a mantenimento" a tossicodipendenti da eroina. E' evidente che in questo caso l'obiettivo perseguito è quello di ridurre i rischi connessi alle modalità di acquisizione della droga e di autosomministrazione della stessa. In altre parole, ciò che è perseguito è la riduzione del danno.

Sfortunatamente, la terapia sostitutiva a mantenimento appare ben lungi dall'essere risolutiva nella totalità dei casi in termini di abbattimento dell'uso di sostanze illecite. A tal proposito basti citare un importante studio di alcuni ani fa (Strain et al., 1999) che mostra come in 30 settimane di trattamento con alte dosi di metadone (80-100 mg/die) le urine rimangano positive in oltre la metà (53%) dei pazienti. Parimenti incompleta appare la ritenzione dei pazienti nel trattamento metadonico. Situazione simile è quella riguardante l'uso del farmaco sostitutivo buprenorfina.

Coloro che non rispondono al trattamento metadonico/buprenorfinico e a trattamenti residenziali drug free, potrebbero trarre beneficio da altre terapie farmacologiche più idonee ad affrontare le problematiche specifiche del tipo di eroinomane non rispondente alle cure suddette. Queste terapie potrebbero addirittura consistere nella somministrazione controllata della droga primaria d'abuso e cioè dell'eroina stessa.

La spiegazione più semplice dell'efficacia terapeutica della somministrazione controllata di eroina è quella, per così dire opoterapica: è il reintegro dello stato di impregnazione farmacologica che permette di mantenere una condizione parafisiologica sufficientemente stabile da liberare il soggetto dall'assillo della ricerca della droga. Ne conseguirebbe una maggiore disponibilità ad essere reinserito in una più armonica e soddisfacente vita sociale. A ben vedere, questo è in realtà l'obiettivo che viene perseguito anche con la terapia sostitutiva, dove il farmaco è infatti chiamato a soddisfare la condizione di bisogno farmacologico dell'eroinomane. In questo caso l'uso della via orale e la più lenta evoluzione delle concentrazioni ematiche del farmaco di sostituzione, sono considerati elementi assai importanti nel processo terapeutico. La via orale, impedendo la rapida comparsa di effetti psicofarmacologici, attenua infatti quel processo associativo tra modalità di assunzione e stimolo farmacologico, che viene ritenuto cruciale nello stabilirsi del comportamento tossicomanico. Il somministrare al paziente la droga ricercata in un ambiente decente e

associarvi una offerta psicoterapica e socio-riabilitativa fornisce il massimo delle opportunità di miglioramento delle condizioni di salute e di integrazione sociale.

Alcuni studi assai recenti autorizzano a considerare seriamente la possibilità che l'efficacia della somministrazione controllata di eroina, in soggetti non responsivi al metadone/buprenorfina, poggi su motivazioni farmacodinamiche e farmacogenetiche, in altre parole, sul fatto che gli effetti farmacologici della eroina, almeno in alcuni soggetti, si differenziano da quelli del metadone.

Nel loro insieme, recenti studi suggeriscono che, nel soggetto dipendente, l'eroina assume un suo autonomo profilo farmacodinamico attraverso il convergere di meccanismi farmacogenetici e farmacocinetici. E' pertanto possibile che l'efficacia della somministrazione controllata di eroina nell'inibire il comportamento tossicomanico dipenda dal fatto che la sua autonomia farmacodinamica, in alcuni soggetti, assuma un rilievo tale da renderli selettivamente dipendenti dal farmaco e quindi refrattari ai trattamenti sostitutivi con altri oppiacei. A nostro avviso, queste premesse cliniche e sperimentali costituiscono una solida base razionale per uno studio di conferma dell'efficacia della somministrazione controllata dell'eroina per uso orale in soggetti resistenti al trattamento metadonico/buprenorfinico a mantenimento.

Nella città di Roma nel 2006 sono stati stimati un numero di 20/25.000 tossicodipendenti di cui n. 9.013 in carico ai servizi pubblici e n. 4.165 del privato sociale, per un totale di n. 13.178, il 50% circa dei coinvolti. Molto più alto è il numero degli assuntori non tossicodipendenti. Il numero di decessi per overdose a Roma e Pr. è di 80 nel 2006. Secondo i dati del Ministero dell'Interno nel 2006 su un totale di n. 517 decessi in Italia, riconducibili ad abuso di sostanze stupefacenti, in 269 casi è stato possibile risalire alla causa del decesso. Di questi 213 sono da eroina, 46 da cocaina e 10 da altre sostanze. Nei rimanenti 248 casi la sostanza non è stata indicata. L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa i maggiori decessi e il maggior numero di tossicodipendenze.

Una recente ricerca italiana, presentata nell'ottobre 2006, lo "Studio VEdeTTE Mortalità e trattamento" a cura dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte, del Ministero della Salute e del Dipartimento di Epidemiologia della ASL RM E, analizza la mortalità per overdose e trattamento. Su 41 decessi studiati 10 sono avvenuti in pazienti in trattamento, 31 decessi sono avvenuti in pazienti fuoriusciti da trattamenti. Di questi 31 più della metà (16) sono deceduti per overdose entro un periodo di 50 giorni dalla sospensione del trattamento (metadone a mantenimento, comunità terapeutica, metadone in disassuefazione rapida, altri trattamenti farmacologici, trattamenti solo psico-sociali) dimostrando che il periodo di massimo rischio di morte per overdose è costituito dai primi 50 giorni dall'abbandono dal trattamento. Notizie osservazionali dimostrano altresì che la fine detenzione per un tossicodipendente è un periodo di altissimo rischio per overdose.

È nell'ambito di questo considerevole numero di coinvolti, e di quanto suddetto, che si propone la realizzazione di uno studio pilota randomizzato, controllato in doppio cieco aperto, della durata prevista di due anni. Una sperimentazione riguardante 1.000 tossicodipendenti divisi in due gruppi, uno con terapia tradizionale sostitutiva (metadone) e l'altro con terapia sostitutiva utilizzante DAM (eroina farmaco) per uso orale. Gli arruolati riguarderanno persone che hanno alle spalle un lungo periodo di tossicodipendenza da oppiacei e che hanno fallito precedenti trattamenti farmacologici e residenziali drug free. Particolarmente importante appare anche il ruolo che questo tipo di cura può avere nei confronti delle morti di overdose da eroina di strada.

I promotori della sperimentazione, il dott. Massimo Barra, Presidente Nazionale della CRI, il prof. Paolo Nencini professore ordinario di farmacologia dell'Università La Sapienza di Roma, la prof.ssa Carla Rossi professore ordinario di Statistica Medica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Tor Vergata di Roma e membro dell'Osservatorio sulle Droghe dell'Unione Europea di Lisbona, il dott. Ignazio Marcozzi Rozzi, Presidente dell'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma, il dott. Sandro Libianchi,

Responsabile del Ser.T. del Carcere di Rebibbia, il prof. Giorgio Bignami, già ricercatore dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, il Prof. Paolo Crocchiolo, medico, già consulente WHO's programme on Substance Abuse, chiedono di incontrare la S.V. per la presentazione in dettaglio della sperimentazione proposta.

Si allega alla presente richiesta lo schema dell'iter scientifico-politico del possibile percorso.

Dott. Massimo Barra

Prof. Paolo Nencini

Prof.ssa Carla Rossi

Dott. Ignazio Marcozzi Rozzi

Dott. Sandro Libianchi

Prof. Giorgio Bignami

Prof. Paolo Crocchiolo