

Le evidenze scientifiche suggeriscono di attivare subito la terapia con somministrazione controllata di eroina (HAT) in Italia e negli altri paesi afflitti dal traffico, spaccio e uso di oppioidi

Premessa

Con il presente documento si richiede l'attivazione della terapia con somministrazione controllata di eroina, denominata internazionalmente HAT (*Heroin Assisted Treatment*), per quei soggetti, utilizzatori della sostanza illegale, che non rispondono alle terapie standard disponibili in Italia per il trattamento della loro sindrome. Una precedente proposta sperimentale, risalente al 2007, non fu purtroppo presa in considerazione e oggi si possono verificare gli esiti gravi di quella infelice (non) decisione.

Con abbondanza di dati si inquadra la situazione italiana e internazionale del consumo dell'eroina e degli oppioidi, tornato in grande crescita, da alcuni anni, nei paesi occidentali (cosiddetta "seconda ondata" epidemica di eroina e anche di oppioidi); si valutano le conseguenze (decessi, soprattutto per overdose; indicatori di consumo; indicatori di inefficacia delle norme e dell'attività di repressione; ecc.). Si mostra poi come in Svizzera, invece, la situazione risulti completamente diversa e molto meno problematica proprio a seguito dell'utilizzo della terapia HAT. E' stato dimostrato, anche con sperimentazioni cliniche su larga scala (di "fase III") condotte in vari paesi su richiesta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che HAT integra efficacemente, per i soggetti eroinomani particolarmente gravi, la terapia standard con metadone, buprenorfina ecc. L'applicazione di HAT è ormai consolidata in Svizzera, dalla fine degli anni '90; recentemente è stata introdotta a livello nazionale in Danimarca; altre applicazioni, per lo più sperimentali o locali, sono state e sono condotte in altri paesi.

Come esito principale dell'applicazione della terapia si è avuto il miglioramento della salute dei soggetti trattati, con riduzione dei decessi.

Fondamentali anche gli esiti secondari, a partire dalla riduzione dell'incidenza di nuovi utilizzatori di eroina: infatti, i soggetti molto problematici, che per motivi finanziari "adescano" possibili nuovi utilizzatori, con HAT in gran parte rimangono più a lungo in trattamento, senza abbandoni prematuri, e quindi non hanno più bisogno di acquistare e spacciare eroina al mercato nero.

Altra conseguenza importante: è diminuita la propensione ai reati di tali soggetti e con essa le spese per polizia, tribunali e carceri (oltre agli enormi benefici per la tranquillità della collettività); questo ha prodotto risparmi molto maggiori che non la spesa necessaria per attuare la terapia HAT. Dunque, benefici nello stato di salute dei soggetti in trattamento, miglioramento della Salute pubblica e risparmi nella spesa pubblica; oltre alla diminuzione degli introiti delle Organizzazioni Criminali e del riciclaggio.

Nel presente documento si mettono in luce questi aspetti e i danni economici e sociali prodotti dall'attuale "seconda ondata" di oppiacei negli altri paesi occidentali, dove la terapia HAT non è stata introdotta, spesso solo per ragioni ideologiche.

HAT, è bene precisarlo, non è “legalizzazione” dell’uso di eroina, ma solo intervento terapeutico efficace, mirato a soggetti tossicodipendenti in gravissima sofferenza fisica e psichica e a forte rischio di morte, individuati e seguiti con rigorose procedure mediche.

L’introduzione di HAT, ovunque nel mondo, è necessaria ed urgente; anzi, visti gli esiti scientifici (accessibili per chiunque voglia documentarsi sulla letteratura¹), può dirsi "eticamente doverosa", come lo è qualsiasi pratica medica dimostratasi superiore alle altre esistenti.

Il presente documento è piuttosto sintetico, ma è corredato da 5 ricche appendici:

- l’appendice 0 che, sulla base di dati italiani di varia fonte, delinea l’andamento del mercato e dell’uso di eroina in Italia negli ultimi tre decenni, con dimostrazione dell’impennata più recente e degli effetti particolarmente deleteri della legge del 2006;

- l’appendice 1, forse quella fondamentale, che si basa su un articolo scientifico del 2017 del prof. Ambros A. Uchtenhagen (per lunghi anni responsabile del programma svizzero di HAT), sulla terapia HAT e i vari risultati osservati nelle sperimentazioni cliniche nei vari paesi e nell’applicazione della terapia a livello nazionale in Svizzera.

- l’appendice 2 che ha valenza storica e politica, riportando la richiesta di attivazione di una sperimentazione di HAT in Italia, che il Partito Radicale presentò addirittura nel 2007, ben prima che la "seconda ondata epidemica di eroina" si palesasse.

- l’appendice 3, dove si riporta, in estrema sintesi, quanto sostenuto in un ben articolato studio della RAND Corp. del 2018, prodotto da noti e qualificati ricercatori di varia affiliazione. Viene discussa l’opportunità di attivare HAT negli Stati Uniti per affrontare efficacemente la crescita esponenziale dei decessi per eroina e oppioidi, osservati nell’ultimo decennio.

- l’appendice 4, che riporta, in modo assai semplificato, la struttura, la logica d’uso ed i risultati di un modello epidemiologico dinamico dell’epidemia di eroina, riportato in pubblicazioni scientifiche uscite tra il 2001 e il 2019. Esso dimostra, con la forza della matematica, l’efficacia di HAT nel prevenire la seconda ondata epidemica di uso di eroina e oppioidi.

Ulteriori approfondimenti, pressoché illimitati, sono possibili accedendo alle pubblicazioni riportate in bibliografia nelle appendici.

Non si riporta qui il protocollo svizzero della terapia HAT, perché chiunque può trovare ampi dettagli online o chiederne copia al prof. Uchtenhagen. Non riteniamo che sia questa la sede per discutere, in termini medici, dei dettagli del protocollo, bensì della sua efficacia dovunque sia stato applicato, almeno localmente e in forma più o meno estesa.

Sulla base della normativa italiana vigente, la decisione di attivare HAT anche in Italia è di esclusiva competenza dell’autorità di governo, ovvero del Ministero della Salute. E’ auspicabile che l’on. Ministro, e gli esperti che eventualmente riterrà di coinvolgere, esaminino il protocollo nella forma originale ed eventualmente lo adattino alla situazione italiana per inserirlo nei servizi sanitari. Riteniamo che ciò sia possibile con solo lievissime modifiche riguardanti gli aspetti giuridico-formali; le questioni sostanziali medico-sanitarie appaiono essere già ampiamente indagate.

¹ http://www.unicri.it/min.san.bollettino/rassegne/EROINA_IN_OLANDA.htm. Altra letteratura riportata in particolare nell’Appendice 3.

1. La terapia con somministrazione controllata di eroina: proposte "storiche" del Partito Radicale e loro accresciuta validità sulla base di evidenze scientifiche.

La Svizzera nel 1992 ha affrontato il problema dell'eroinomane non rispondente al trattamento con metadone² sperimentando la somministrazione controllata dell'eroina stessa. Sebbene inizialmente questa proposta terapeutica, come era da attendersi, ha generato posizioni contrastanti e ha sollevato anche critiche riguardo il disegno sperimentale del primo studio in oggetto (vedi, ad es., Bammer et al., 1999 e il successivo dibattito sulle pagine di Science: vol. 285, pagg. 532-533), i risultati hanno dato completamente ragione ai proponenti (Uchtenhagen³, 1998). In particolare alcuni studi condotti in Svizzera (vedi, ad es., Rehm et al., 2005) e in Olanda (Dijkgraaf et al., 2005) hanno dimostrato che il trattamento controllato con eroina in soggetti non rispondenti al trattamento con metadone a mantenimento si associa ad un miglioramento di una serie di indici concernenti la salute e l'integrazione sociale.

Questo scrivevamo nel 2007 proponendo la sperimentazione del metodo terapeutico con eroina controllata (denotato ora brevemente HAT a livello internazionale) in Italia⁴ in un documento ufficiale dove si diceva: *Si propone la realizzazione di uno studio⁵ pilota randomizzato controllato in doppio cieco aperto della durata prevista di due anni (per la strutturazione del campione e le considerazioni statistico-metodologiche si rimanda all'appendice)⁶.*

La numerosità del campione proposto, stratificato per sesso e per età⁷ (circa 1000 soggetti), in realtà faceva dello studio uno studio clinico di "fase II/III" e non solo "pilota", ma la proposta della sperimentazione, con somministrazione orale e non iniettiva, protocollo in doppio cieco (impossibile con terapia iniettiva) e studio "ufficialmente" pilota ci lasciava sperare in un'attenzione maggiormente disponibile dei soggetti al governo; ma non fu così e, inoltre, poco dopo la presentazione ufficiale del protocollo in una conferenza stampa a Villa Maraini, nel corso di un Congresso internazionale di Croce Rossa e Mezza Luna Rossa, il governo Prodi cadde e tornarono Berlusconi e, soprattutto, Carlo Giovanardi come sottosegretario con delega alla "Droga" al posto di Paolo Ferrero, che almeno era stato presente e attento alla nostra conferenza stampa.

² Bisogna ricordare che in Italia nello stesso periodo si combatteva per consentire trattamenti adeguati con metadone, dato che i soggetti in trattamento sostitutivo erano solo il 26% nel 1992. Bisogna anche aggiungere che tale percentuale era stata in forte decremento dopo l'approvazione della legge Jervolino-Vassalli (DPR 309/90) dato che, per esempio, nel 1984 superava il 60% (<https://www.ibs.it/osservatorio-dell-leggi-sulla-droga-libro-carla-rossi/e/9788832931204>).

³ <http://www.ce3s.eu/wp-content/uploads/2019/04/Seconda-epidemia-eroina-Appendice-1.pdf>.

⁴ <http://www.ce3s.eu/wp-content/uploads/2019/04/Seconda-epidemia-eroina-Appendice-2.pdf>

⁵ In realtà il "doppio-cieco" è poco applicabile nello studio standard con eroina iniettata infatti nello studio del 2007 si proponeva l'eroina per via orale, che ormai è dimostrato da tanti studi non sempre è efficace per la situazione psicologica dei soggetti.

⁶ Documentazione completa disponibile in Appendice 2 e <http://www.ce3s.eu/2019/04/18/seconda-epidemia-di-eroina/>.

⁷ La stratificazione per sesso ed età si basava sull'informazione di un grande campione di oltre 10000 soggetti dipendenti da eroina e assistiti presso i SerT, rilevato per un grande studio in corso, come spiegato in appendice.

Sono ormai passati 12 anni e tante sperimentazioni, anche “randomized clinical trials” (RCT) di Fase III. Esse sono state condotte in diversi paesi, su richiesta dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con risultati molto significativi (statisticamente) riguardo all’efficacia maggiore della terapia HAT rispetto alla terapia standard con metadone per i soggetti eroinomani, che non rispondevano positivamente alla terapia standard. Ora è necessario pertanto procedere non più a una sperimentazione, ma all’adozione “standard” della terapia per i soggetti a cui essa sola può portare beneficio; motivi etici⁸, dunque, ma anche epidemiologici data la seconda ondata epidemica di uso di eroina in corso in molti paesi, Italia compresa; tale ondata non si riscontra in Svizzera, proprio per l’influenza, dimostratasi anche preventiva, della terapia HAT applicata a livello nazionale dalla fine degli anni ‘90.

C’è un esempio importante di comportamento etico attuato da un paese europeo, da imitare subito: la Danimarca ha introdotto la terapia HAT tra le terapie standard per soggetti eroinomani di specificata gravità, senza alcuna ulteriore sperimentazione, come è normale fare sempre quando sperimentazioni cliniche randomizzate di fase III hanno verificato (significativamente) che una terapia è migliore di un’altra già utilizzata per specifici soggetti affetti da qualunque tipo di malattia.

E’ stato anche dimostrato, con evidenze scientifiche, che, se si applica correttamente la terapia HAT a livello nazionale, ci sono risultati positivi rispetto alla salute dei singoli pazienti, ma anche rispetto alla salute pubblica, alla criminalità e alla spesa pubblica; soprattutto si riduce moltissimo l’incidenza di nuovi utilizzatori della sostanza, prevenendo anche lo sviluppo della seconda ondata epidemica e mantenendone il livello di uso nell’ambito della fase endemica (Uchtenhagen, 2017; intervento riportato in sintesi nell’Appendice 1).

Mostriamo nel seguito che è proprio l’applicazione a livello nazionale di HAT in Svizzera, in corso ormai da più di 20 anni, a prevenire la seconda ondata epidemica di traffico, spaccio e uso di eroina, che è invece in corso negli altri paesi occidentali con tutte le conseguenze gravissime: morbilità, mortalità, criminalità... e relativi costi sociali.

2. Anni recenti: la "Seconda ondata" di traffico, spaccio e uso di eroina in Occidente; misurata da OCSE attraverso i decessi per overdose.

2.1 La crescita del mercato di eroina nell'Occidente.

Negli ultimi 10-15 anni si è sviluppata, ovunque nei paesi occidentali, la seconda ondata di traffico, spaccio e di uso di eroina, come riportato in un recentissimo (giugno 2019) volume dell’OCSE⁹ (Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo), dove si dice che in 25 paesi OCSE, per i quali sono disponibili i dati, la media delle morti per overdose da oppioidi, e in particolare da eroina, è aumentata di oltre il 20% nel periodo 2011-2016, con l’aumento più alto negli Stati Uniti, in Canada, Svezia, Norvegia, Irlanda e Inghilterra e Galles.

⁸ Non è etico non applicare una terapia con risultati positivi, verificati da molti trial clinici randomizzati controllati anche di fase III, a soggetti che ne hanno bisogno.

⁹ <https://www.oecd.org/health/addressing-problematic-opioid-use-in-oecd-countries-a18286f0-en.htm>

Gli oppioidi illegali costituiscono un prodotto significativo del commercio illecito internazionale. L'eroina è un prodotto oppiaceo semi-sintetico estratto dalla morfina ed è l'oppioide illecito più diffuso in tutto il mondo; circa due volte più potente della morfina, l'eroina ha un alto potenziale di utilizzo problematico¹⁰.

Naturalmente non in tutti i paesi si osserva una uguale crescita del mercato e dell'uso e delle loro conseguenze, ma, comunque, i decessi per overdose da eroina e oppioidi, unico dato importante considerato da OCSE, aumentano dal 2011 al 2016 in generale:

- Media Paesi OCSE +21%
- e
- Turchia +225%
- Svezia +134%
- Norvegia +11%
- Repubblica Ceca +133%
- Slovacchia + 41%
- Lituania + 85%
- Portogallo + 25%...in altri paesi mancano i dati e solo in alcuni le overdosi sono in diminuzione.

I dati, non completi, ma impressionanti, riportati nel volume OCSE, riguardano i decessi per oppioidi, in particolare i decessi acuti (overdosi). Si possono consultare sul sito per alcuni paesi. Nella Figura 1a e 1b si riportano i dati relativi alla Inghilterra e Galles¹¹ e agli Stati Uniti perché sono tra i paesi più colpiti dalla seconda ondata epidemica e gli andamenti sono molto interessanti per comprendere l'andamento epidemico, endemico e poi epidemico di nuovo in corso ormai da circa un decennio.

Questa seconda ondata epidemica di eroina poteva essere prevista e prevenuta, con interventi adeguati (HAT), soprattutto a partire degli anni '90, da governanti non completamente ideologizzati e/o troppo fondamentalmente ascientifici per principio, e quindi ignoranti conseguentemente, come Jervolino, Turco e Giovanardi in Italia, come i due Bush e Clinton negli Stati Uniti e altri in tutti i paesi dove si sta verificando la seconda ondata epidemica, anche nei paesi recentemente meno punizionisti come il Portogallo (dal 2000) e la Repubblica Ceca (dal 2010).

La previsione di tale fenomeno (seconda ondata epidemica dopo periodo endemico) si può ottenere matematicamente con modelli epidemiologici adeguati, come mostrato in Appendice 4. Tali modelli si possono utilizzare anche per valutare l'impatto di HAT nel prevenirlo (Rossi¹², 2001, 2004 e 2019).

¹⁰ http://www.emcdda.europa.eu/publications/posters/2016/problem-drug-use-poster_en

¹¹ Nella Figura 1 compaiono anche rette aggiunte per mostrare gli andamenti in diversi periodi e le considerazioni epidemiologiche.

¹² https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/bulletin/bulletin_2001-01-01_1_page006.html
https://www.academia.edu/13150470/Operational_models_for_epidemics_of_problematic_drug_use_the_Mover_S_tayer_approach_to_heterogeneity

Figura 1a. Andamento dei decessi per overdose da eroina e oppioidi in Inghilterra e Galles (Fonte OCSE).

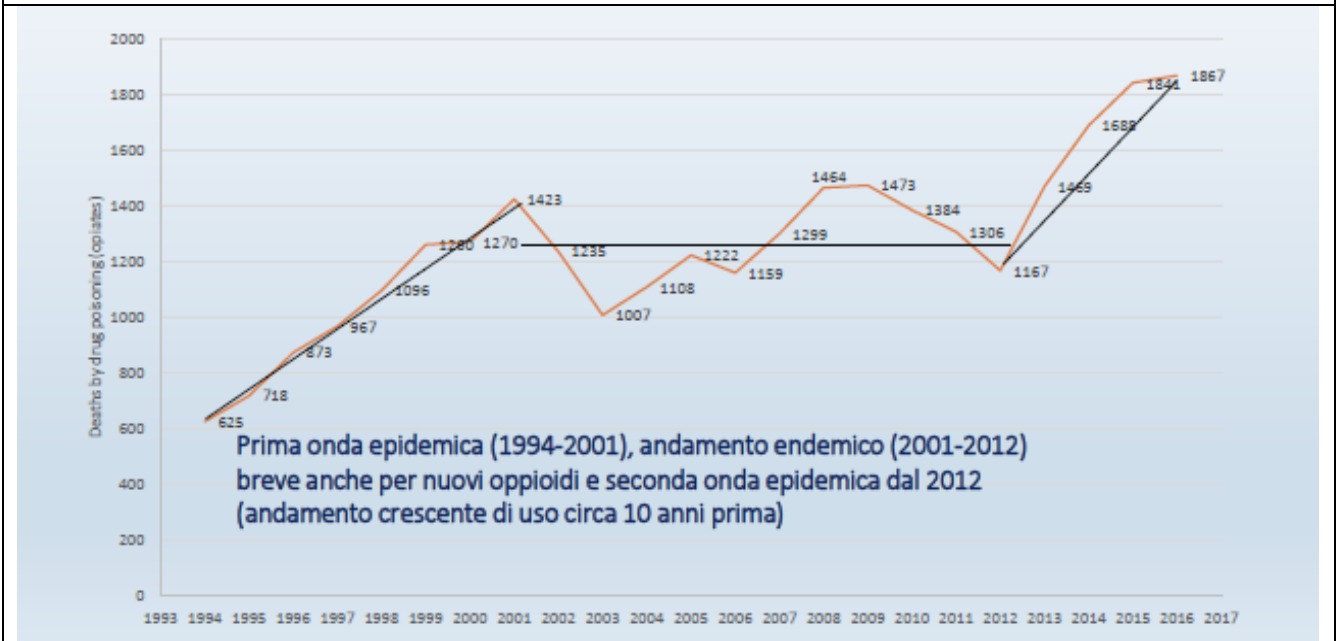
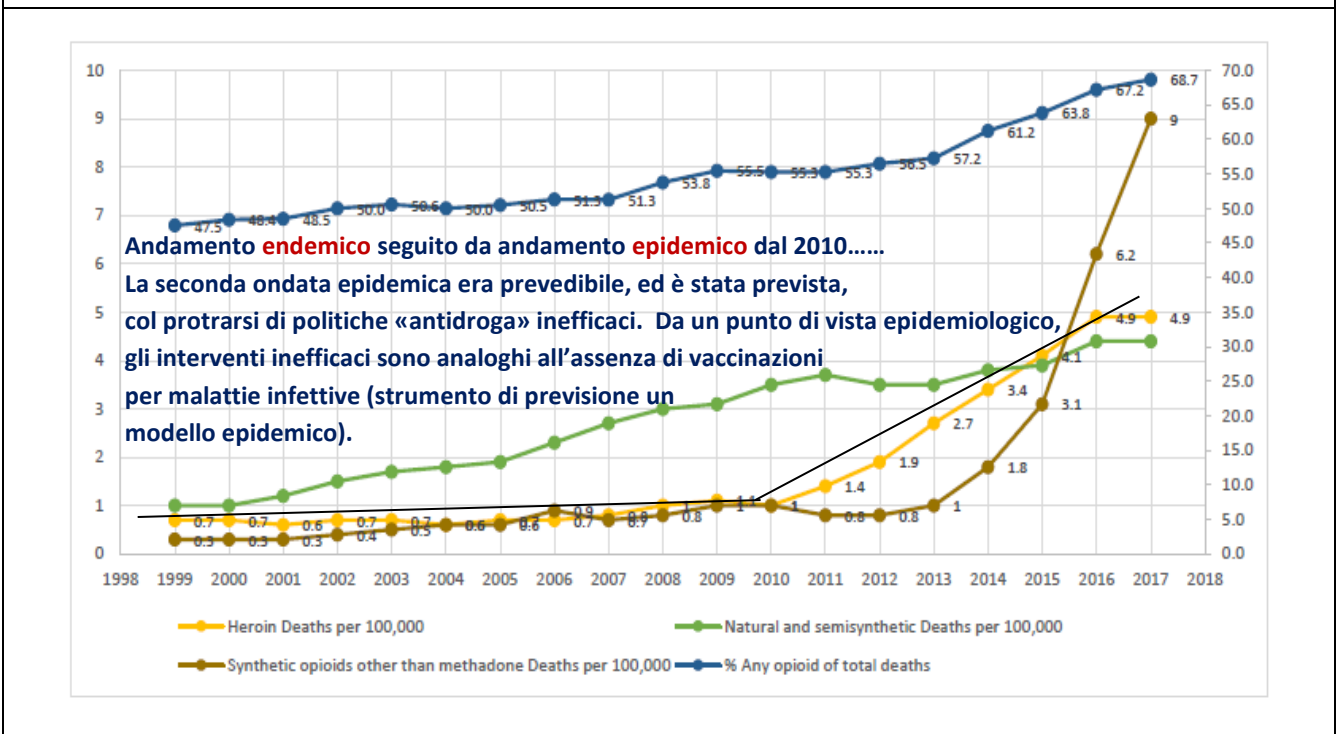


Figura 1b. Andamento dei decessi per overdose da eroina e oppioidi negli Stati Uniti (Fonte OCSE).



<http://www.issdp.org/wp-content/uploads/2019/04/Epidemiological-models-of-heroin-epidemics-and-social-outcomes-to-evaluate-illicit-drug-policy-in-various-countries.pdf>

2.2 La crescita dei decessi per eroina in Italia.

L'Italia mostra un aumento più recente dei decessi per overdose, non riportato nel volume OCSE con dati fino al 2016. I decessi per overdose rilevati dalla Direzione Centrale di Servizi Antidroga (DCSA) aumentano in Italia, infatti, di nuovo dopo il 2016: del 9,7% nel 2017 e del 12,84% nel 2018 (+24% sui due anni dal 2016 al 2018¹³).

In l'Italia, però, un aumento rilevante dei decessi, non solo per overdose ma specificamente per eroina (+157% dal 2006 al 2007), si verifica anche a seguito dell'entrata in vigore della legge Fini-Giovanardi nel 2006, la legge più ascientifica mai proposta e applicata in Italia. I dati sui decessi per eroina, forniti dall'Istat (Istituto Nazionale di Statistica) per l'indicatore DRD (Drug-Related Deaths) secondo il protocollo EMCDDA¹⁴ (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), sono riportati in Figura 2¹⁵.

Gli anni 2004 e 2005 non sono stati resi pubblici per rispetto della scadenza di 24 mesi dopo la fine dell'anno di riferimento, come richiesto da Eurostat, pertanto l'Istat ha diffuso direttamente il 2006, il 2007 e il 2008 negli anni successivi.

Come si vede dai dati, c'è una crescita evidente delle morti per eroina dal 2006 (anno di entrata in vigore della legge antidroga Fini-Giovanardi).

Si può assumere che anche questa improvvisa crescita delle overdosi nel 2007, mantenuta nel 2008 rispetto al 2006, derivi dalla carenza di accessi in terapia, anche di tipo standard, legata alle modifiche introdotte dalla Fini-Giovanardi nell'art.75 del DPR 309/90 con le conseguenze mostrate in Figura 3 dai dati amministrativi.

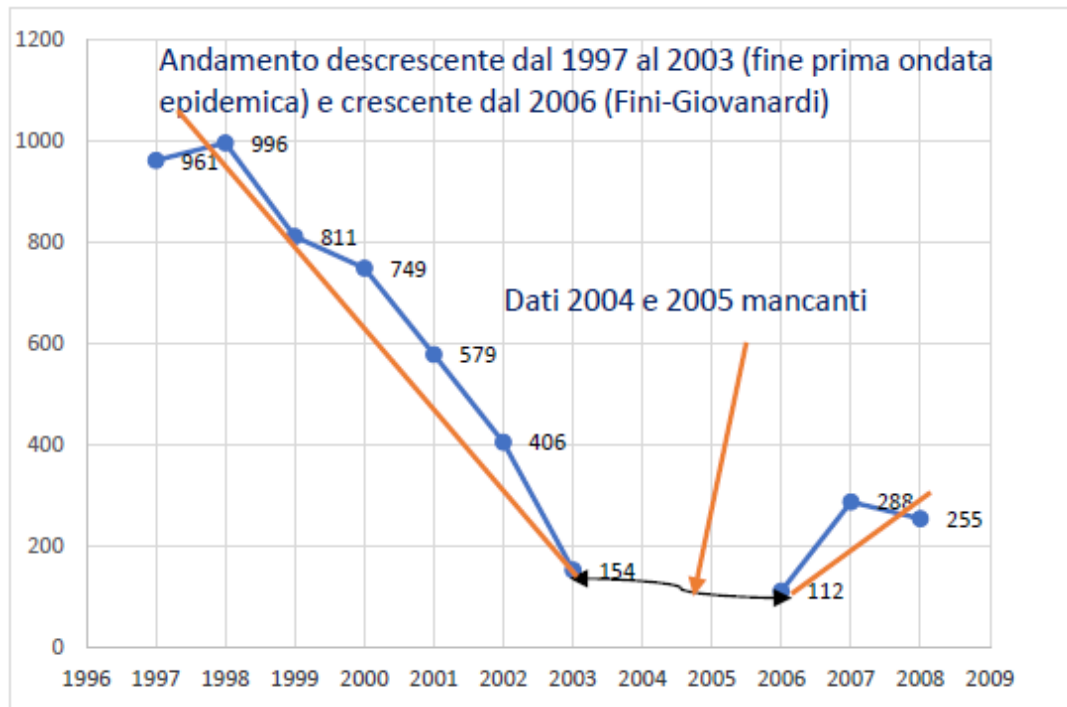
¹³ Rapporti annuali 2018 e 2019 della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga (DCSA <https://antidroga.interno.gov.it/temi/report/relazioni-annuali-dcsa/>). I decessi per assunzione di stupefacenti di fonte DCSA sono riferiti ai casi accertati di morte per assunzione di droga dei quali le Forze di Polizia sono venute a conoscenza. Si precisa che alle Forze di Polizia pervengono solo le segnalazioni riguardanti i casi in cui la morte è stata attribuita in via diretta all'assunzione di droga mentre sfuggono tutti i casi in cui la droga rappresenta una causa indiretta, seppure determinante, della morte: ad es. malattie conseguenti all'uso di droga o morti accidentali di soggetti sotto l'effetto di sostanze psicotrope (cause indirette, indotte o connesse). E' inoltre da precisare che si tratta di dati non sempre supportati da esiti peritali o da esami autoptici e/o tossicologici disposti eventualmente dall'Autorità Giudiziaria. Per quelli controllati risulta che l'eroina riguarda tra 80% e 90% dei casi. che è un risultato abbastanza generale. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/content/faq-drug-overdose-deaths-in-europe_en

¹⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index58091EN.html>.

¹⁵ I dati forniti dall'Istat sono di altra fonte rispetto a quelli della DCSA. Sono infatti rilevati dal registro di mortalità nazionale, accessibile da Istat e Istituto Superiore di Sanità. Per rilevarli si ricorre a indicazioni che vengono inserite quando si inserisce un decesso con dei legami all'uso di sostanze specifiche (legali o illegali), possono essere decessi "acuti" o anche a seguito di situazioni morbose legate all'uso delle sostanze. Questo tipo di dati è completamente diverso da quello considerato prima di fonte DCSA, anche perché i dati del registro mortalità contengono l'informazione specifica relativa alla sostanza e non sono solo overdosi, controllate solo in parte. Quello che, da studi sia degli anni '90 che del 2012 si vede è che l'andamento qualitativo dei due tipi di dati è concorde e, quindi, utilizzabile per valutare le tendenze del mercato e dell'uso delle sostanze. Se si vuole studiare l'andamento qualitativo della mortalità relativa a una specifica sostanza, i dati Istat sono più affidabili e completi.

Risulta, infatti, evidente il blocco delle richieste di terapia da parte dei soggetti segnalati come consumatori dopo il 2006, dato che la scelta di usufruire di terapia non permetteva più, e non permette tuttora, come invece negli anni precedenti la Fini-Giovanardi, di limitare le sanzioni. Andamento simile, ma leggermente crescente dopo il 2014, hanno le archiviazioni mostrando che la sentenza 32/2014 della Corte Costituzionale¹⁶ ha avuto un'influenza su di loro, ma non sulle richieste di terapia, che rimangono irrilevanti in numero.

Figura 2. Andamento dei decessi per eroina in Italia (Fonte: Istat).



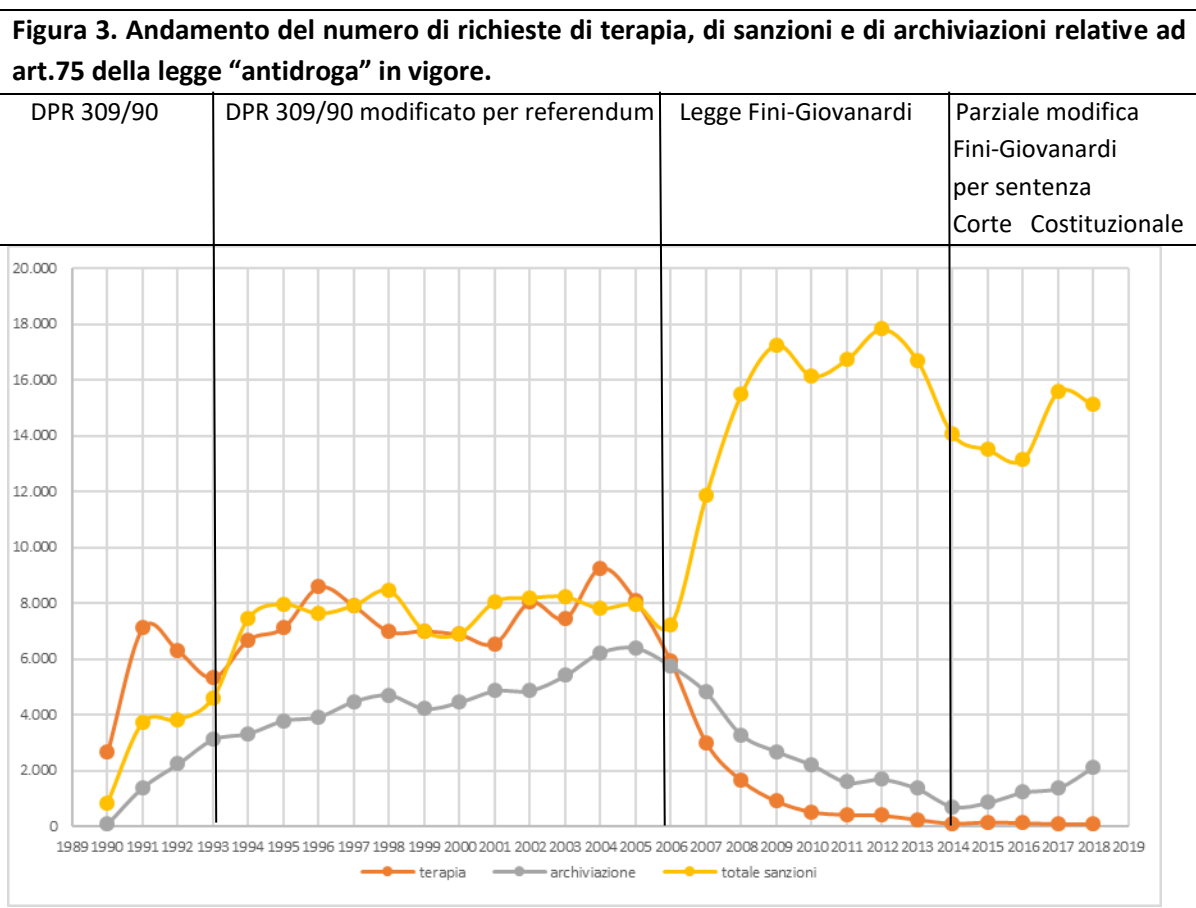
Sulla base dei risultati di uno studio molto importante¹⁷ sui soggetti consumatori problematici di eroina, con un campione di numerosità superiore a 10000 unità e dati rilevati presso i SerT, è risultato evidente un tasso di overdose molto minore nel periodo di terapia, anche quando non perfettamente seguita, rispetto al periodo di non terapia¹⁸. Se ne può concludere che anche l'aumento importante della mortalità per eroina nel 2007 è una conseguenza della legge Fini-Giovanardi, autori incapaci di prevedere le conseguenze drammatiche della loro legge per grossolana ignoranza ideologica. Le modifiche del 2006 hanno anche fatto venir meno la base dell'art.75, sostenuta da Jervolino, che identificava nei colloqui seguenti le segnalazioni per

¹⁶ <https://www.penalecontemporaneo.it/d/2871-depositata-la-sentenza-della-corte-costituzionale-sulla-disciplina-fini-giovanardi-in-materia-di-st.>

¹⁷ VEdette study, finanziato dal Ministero della Sanità con i fondi della legge sulla droga (DPR 309/90) e con risultati disponibili, pubblicati e presentati pubblicamente già nel 2005. Si possono ancora utilizzare i dati degli oltre 10000 soggetti e alcune elaborazioni condotte nell'ambito di altri progetti con analoghi finanziamenti.

¹⁸ <https://www.studio-vedette.it/Presentazioni.htm>.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1360-0443.2007.02025.x>.

art.75 e negli inviti alla terapia interventi di prevenzione (secondaria); tutti eliminati dalla Fini-Giovanardi e non ripristinati neanche dalla legge successiva alla sentenza della Corte Costituzionale del 2014.



A livello internazionale, si discute delle conseguenze "non volute" (unintended) delle politiche sulle "droghe"; si studiano già da almeno dieci anni e entrano nella valutazione delle politiche "antidroga", ma è un problema ignorato in Italia.¹⁹

La crescita notevole delle overdosi per eroina negli anni immediatamente successivi all'entrata in vigore della Fini-Giovanardi ha limitato i decessi per overdose negli anni successivi, anche di fonte DCSA, dato che per molti soggetti a rischio si è "anticipato" il decesso, facendo diminuire precocemente la prevalenza del gruppo a rischio. Si può dire anche che questo spiega il ritardo del periodo in cui aumentano le overdosi annue, osservato in Italia dopo il 2016 e non tra il 2011 e il 2016, come negli altri paesi analizzati da OCSE, dove nessuna legge antidroga è stata simile, negli aspetti peggiori, alla Fini-Giovanardi (Ventura e Rossi, 2013).

L'introduzione sempre maggiore, come intervento di riduzione del danno, dell'uso di naloxone ha comunque fortunatamente ridotto in anni recenti la mortalità per overdose²⁰ da oppioidi.

¹⁹ https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR706.html

Questo naturalmente implica che anche il dato “visibile” della crescita delle overdosi in Italia sia minore di quanto la seconda ondata di uso di eroina avrebbe prodotto in assenza di naloxone. L’ampiezza della crescita di uso di eroina in anni recenti in Italia è molto maggiore della crescita delle overdosi, come si vedrà nell’Appendice O.

Passando a un esame più dettagliato dei dati DCSA si vede che i soggetti deceduti diminuiscono (Figura 4a) alla fine della prima ondata epidemica di eroina, ma un aumento importante, anche per i dati DCSA, si ha nel 2008 (Fini-Giovanardi) e un altro minore, ma più costante mediamente, dal 2015 (seconda ondata, smussata nei dati di overdose dall’utilizzo crescente di naloxone). L’aumento è più evidente per le femmine, sia il picco dopo l’applicazione della legge Fini-Giovanardi, sia l’andamento crescentene di giovani (età<20 anni) dopo il 2014 (Figura 4b).

Nella Figura 4c si riporta la stima dell’incidenza (numero annuale di nuovi utilizzatori) di uso problematico di eroina, ottenuta con la metodologia sviluppata presso EMCDDA²¹, il picco risulta negli anni 1992/93 e una rapida diminuzione successivamente, ma bisogna tener presente che tale stima si basa sui dati dei soggetti entrati in terapia nei SerT per eroina come sostanza primaria, quindi è relativa solo all’incidenza dei soggetti che non escono dal consumo di eroina, per morte o per “guarigione”, prima del loro primo ingresso in terapia; è quindi una sottostima²², molto decrescente in effetti la curva dopo la Fini-Giovanardi che diminuisce gli ingressi in terapia.

Questo è tanto più rilevante perché i soggetti utilizzatori di eroina all’inizio degli anni ‘90 erano per lo più “iniettori” della sostanza e infetti di HIV (AIDS), che in quel periodo non era curabile come è adesso e in poco tempo portava allo sviluppo della malattia AIDS e alla morte conseguente. Erano quindi numerosi gli eroinomani che purtroppo l’AIDS sottraeva al possibile ingresso in terapia; quindi, tali soggetti sfuggivano all’inclusione nei dati utilizzati per la stima, come si vede nella Figura 5, dove appare anche che, quando con terapie iniziali per l’AIDS si riduce quel rischio di decesso, aumenta di nuovo la morte per overdose. Risulta che nel 1992 oltre il 70% dei soggetti HIV-positivi si era infettato per condivisione di aghi usati per somministrazione di eroina²³.

Si può concludere che la prima ondata epidemica di eroina in Italia è stata in realtà molto più ampia di quanto messo in luce dai dati sui decessi per overdose di fonte DCSA e in particolare la mortalità è stata molto maggiore, come mostrato dalla curva inserita nel grafico della Figura 4a tra il 1991 e il 1996.

²⁰ <http://www.cesda.net/?p=13374>. http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en

²¹ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65345EN.html>.

²² Dopo il 2006, è maggiormente sottostimata per l’influenza della Fini-Giovanardi sugli ingressi in terapia.

²³ <https://www.ibs.it/osservatorio-dell-leggi-sulla-droga-libro-carla-rossi/e/9788832931204>.

Figura 4a. Decessi per overdose da dati DCSA (Femmine asse destro). La curva inserita nei primi anni corregge, come andamento, la sottostima dovuta ai decessi per AIDS degli utilizzatori di eroina di Figura 7.

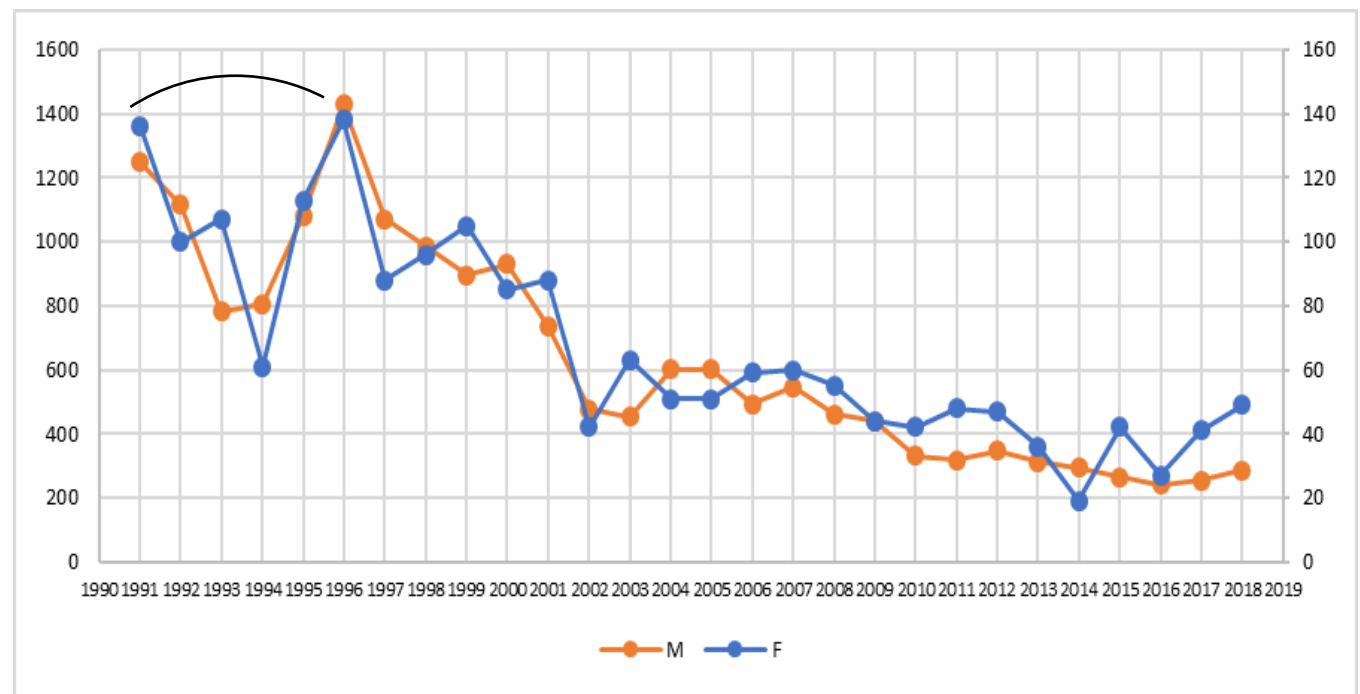


Figura 4b. Percentuali di maschi e femmine con età minore di 20 anni tra i deceduti (Fonte: DCSA).

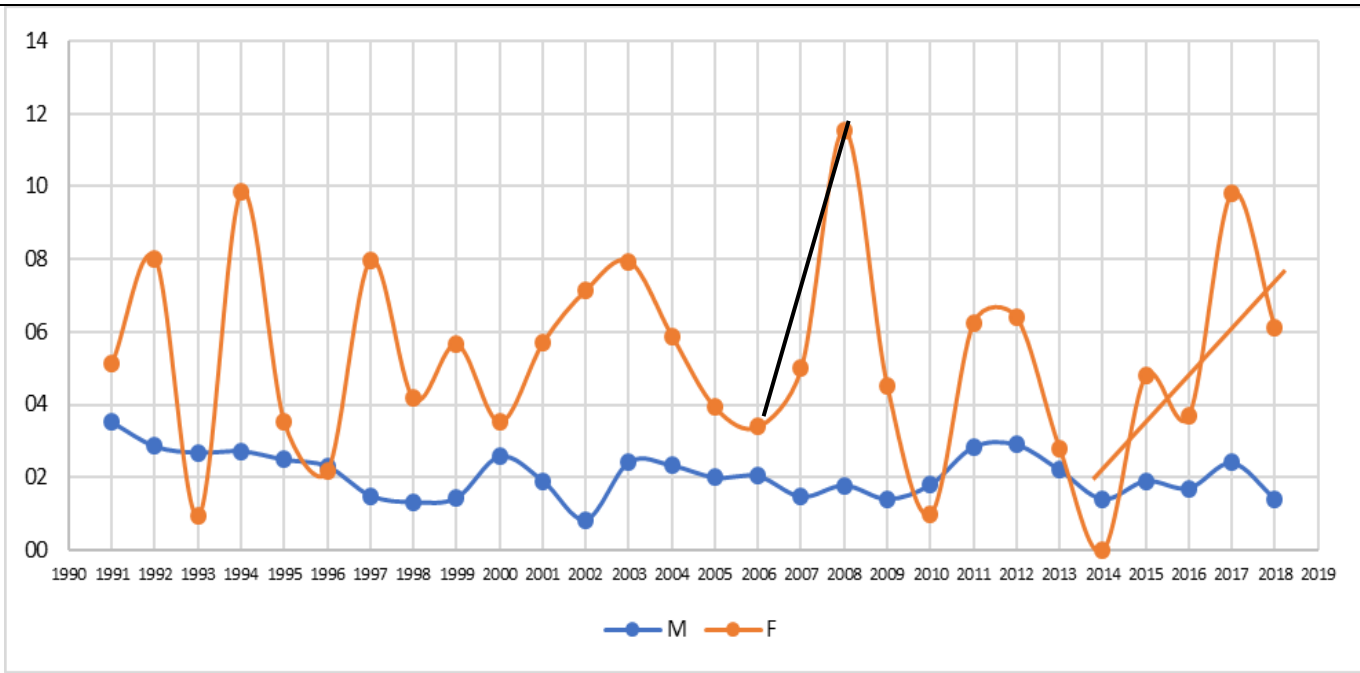
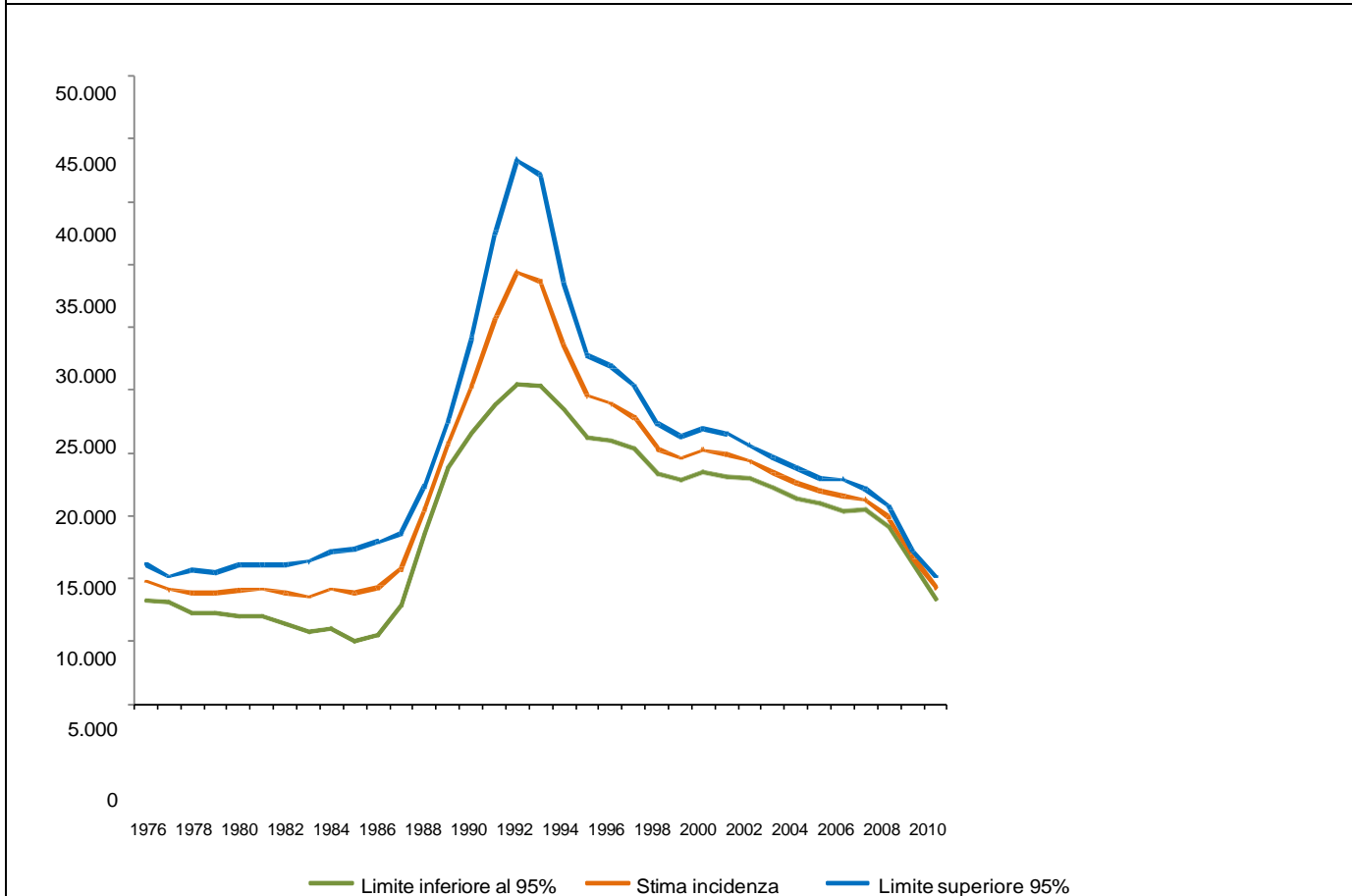


Figura 4c. Prima ondata epidemica di eroina in Italia incidenza stimata secondo la metodologia EMCDDA²⁴

(Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga: Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso delle sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Incidenza di soggetti con bisogno di trattamento per uso di eroina in Italia stime ed intervalli di confidenza al 95%)

<https://infoshocktorino.noblogs.org/files/2011/08/Relazione-al-Parlamento-2011.pdf>).



Le considerazioni che si ritrovano nelle prime *Relazioni Annuali al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia* del Ministro Jervolino, che parlavano di influenza positiva della legge Jervolino-Vassalli del 1990 (DPR 309/90) sulla base della diminuzione dei decessi per overdose (fonte DCSA), erano completamente “distorte”, come contestato nei rapporti dell’Osservatorio delle leggi sulla Droga (OLD)²⁵.

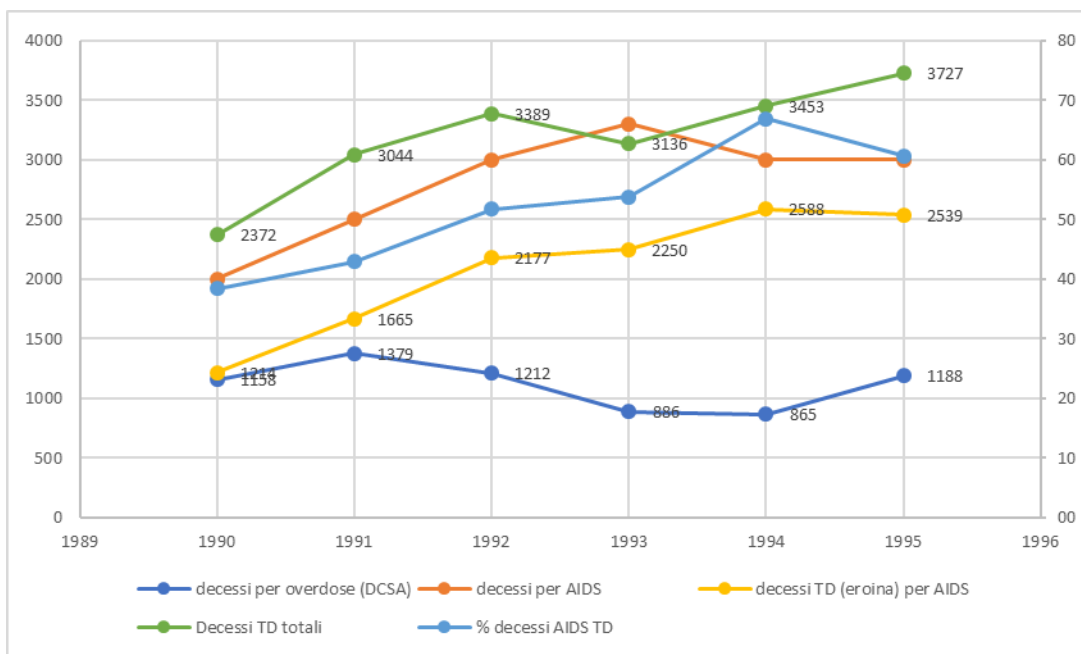
In ogni caso i dati relativi alla mortalità (fonte ISTAT) e alle overdosi (fonte DCSA), oltre ad essere abbastanza posteriori all’inizio dell’uso problematico di eroina²⁶, sono anche un po’ alterati da ritardi di notifica e sottonotifiche.

²⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index53604EN.html>.

²⁵ <https://www.ibs.it/osservatorio-dell-leggi-sulla-droga-libro-carla-rossi/e/9788832931204>.

²⁶ Dai dati dello studio VEdeTTe risulta che l’overdose avviene in media dopo 10 anni dal primo uso di eroina (analisi del tempo di attesa per overdose da eroina da uno studio dell’Università di Roma “Tor Vergata”).

Figura 5. Andamento dei decessi per rischi competitivi degli utilizzatori “problematici” di eroina nel corso della prima ondata epidemica.



I dati dell'Appendice 0 mostreranno che la seconda ondata epidemica di eroina in Italia inizia attorno al 2013, più di cinque anni fa.

3. La situazione è completamente diversa in Svizzera, dove è stata applicata la terapia con somministrazione controllata di eroina fin dagli anni '90.

La Svizzera è l'unico paese occidentale dove non si osservano quegli aumenti di overdose che evidenziano una seconda ondata epidemica di eroina. Tale paese è anche l'unico dove la HAT è stata applicata sin dalla fine degli anni '90, come terapia standard e gratuita, a livello nazionale, per tossicodipendenti refrattari ai trattamenti metadonici; ma già dal 1991 era applicata sperimentalmente in vari cantoni. In tutti gli altri paesi la terapia HAT non è stata applicata, come in Italia, oppure lo è stata solo molto sporadicamente, a livello locale (eccetto la Danimarca, di recente) e con circa un decennio di ritardo sulla Svizzera.

Si riassumono ora le caratteristiche e le risultanze basilari sulla terapia HAT, meglio illustrate nell'Appendice 1.

Nel 1991, il Governo Federale Svizzero ha lanciato una nuova politica sulla droga, che includeva misure ed approcci innovativi nella riduzione del danno, nella prevenzione, nel trattamento e nelle misure di repressione (i cosiddetti "4 pilastri", coesenziali, della politica svizzera sulle droghe).

Nell'ambito del "trattamento", una delle innovazioni è stato un progetto sperimentale nazionale di Trattamento Assistito da Eroina (Heroin Assisted Treatment, HAT), basato su un nuovo

modello di eroina iniettiva controllata, dispensata dalle strutture sanitarie a eroinomani gravi e riconosciuti come "refrattari" ai trattamenti metadonici standard, ben inquadrato in un programma terapeutico individualizzato e in una valutazione globale. Dal 1997, HAT è uscito dalla fase sperimentale ed è divenuto parte dei trattamenti ordinari. Un gruppo di esperti internazionali indipendenti, nominati dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), ha controllato l'attuazione, ha commentato in modo positivo gli esiti e ha fornito suggerimenti. Seguendo le loro raccomandazioni, il modello svizzero di HAT è stato successivamente sperimentato nei Paesi Bassi, Germania, Spagna, Canada e Inghilterra; le caratteristiche e l'esito positivo di tutte le prove sono stati pubblicati in grande dettaglio. La Danimarca ha adottato HAT come trattamento ordinario senza neppure una propria sperimentazione, considerata la ormai ampia evidenza empirica proveniente dall'esperienza di altri paesi.

HAT è più costoso dei trattamenti di mantenimento orale; infatti: il prodotto oppiaceo di base viene acquistato in Gran Bretagna e poi lavorato in Svizzera; le fasi di trasporto e stoccaggio richiedono l'impiego di furgoni blindati, casseforti, sistemi di sorveglianza; la somministrazione ai tossicodipendenti impone orari molto ampi per l'apertura delle strutture. Tuttavia HAT ha dimostrato, oltre a superiorità di risultati rispetto alle terapie classiche, anche benefici economici rispetto alla spesa affrontata; gli studi effettuati hanno evidenziato riduzione dei costi sanitari e di quelli delle forze dell'ordine e del sistema penitenziario, dimostrando così che HAT è anche un "buon investimento" del denaro pubblico.

Bisogna anche considerare che HAT può essere circoscritto anche solo ad una platea piuttosto ristretta di eroinomani, ottenendo già risultati visibili nel contrasto alla diffusione dell'uso e al mercato illegale: nell'esperienza svizzera, già il solo 10% più problematico fra i tossicodipendenti copre circa il 50% dell'intero consumo di sostanza illegale.

Tornando ora ai dati relativi ai decessi per overdose da oppioidi in Svizzera²⁷, essi sono riportati in Figura 6.

Come si vede, l'andamento è completamente diverso da quelli mostrati nelle Figure precedenti: dopo il primo periodo di discesa "ripido", c'è un periodo mediamente meno decrescente e con qualche piccolo incremento breve (solo 2 anni), poi un andamento mediamente costante, caratteristico dei periodi endemici di diffusione di una qualunque malattia infettiva.

Rispetto agli altri paesi, in Svizzera non si osserva la seconda ondata epidemica di uso di eroina sui dati relativi alle overdosi da oppioidi.

Se si analizza la Figura 7, dove sono riportati i decessi per soggetti giovani (età inferiore a 20 anni) e soggetti maturi (età superiore a 40 anni), si vede che la percentuale dei primi è decrescente e nel 2016 vale 0, mentre la seconda è crescente.

L'andamento dei decessi per overdose suggerisce che sia trascurabile l'ingresso nell'uso di eroina di nuovi soggetti, soprattutto giovani, dato che tendenzialmente si alza l'età degli utilizzatori deceduti.

²⁷ <https://www.suchtmonitoring.ch/de/3/7.html>.

Figura 6. Andamento dei decessi per overdosi da oppioidi in Svizzera.

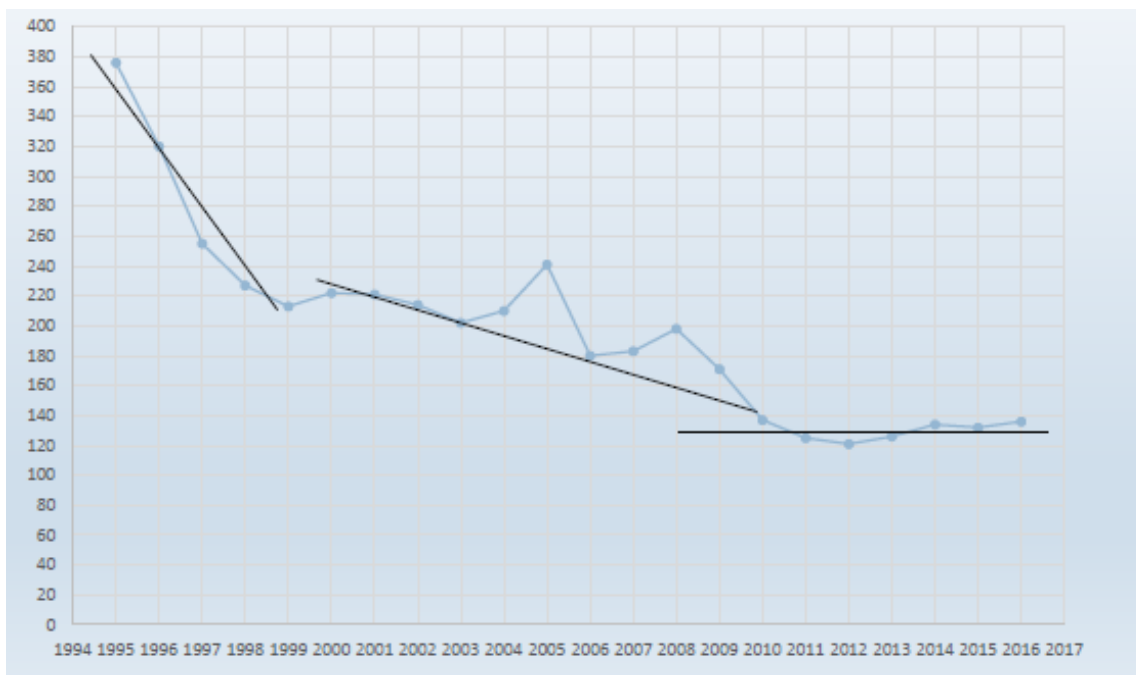
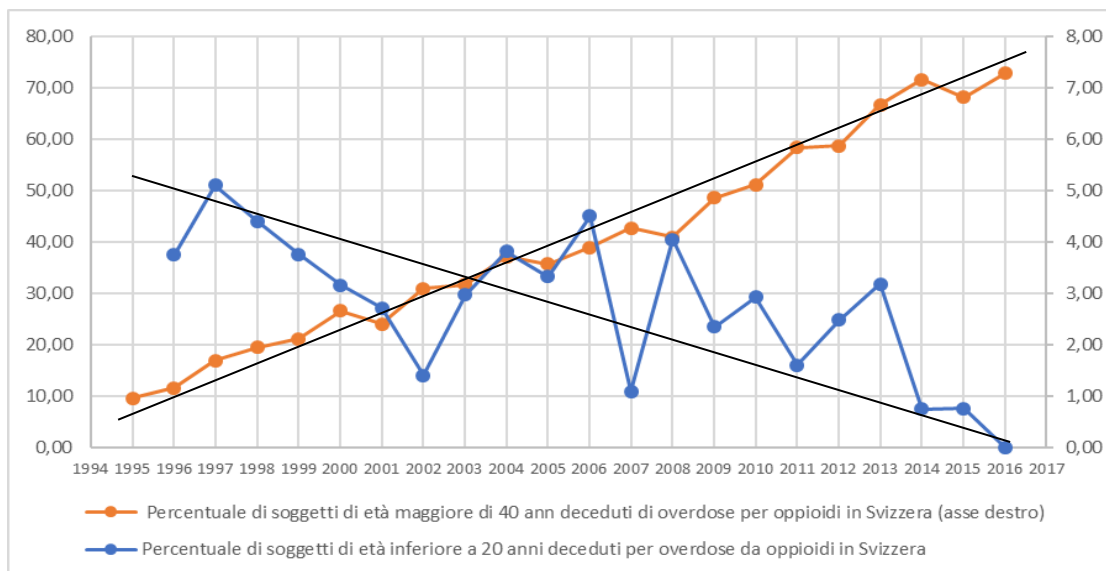


Figura 7. Andamento delle percentuali di soggetti deceduti per overdose da oppioidi in Svizzera di età inferiore a 20 anni (asse destro) e superiore a 40 anni.



La diminuzione di incidenza di uso di oppioidi è in atto in Svizzera da molti anni, come riportato in diversi lavori scientifici accessibili. In particolare, in un articolo scientifico su the Lancet di Carlos Nordt e Rudolf Stohler, che si sono avvalsi dei dati dei percorsi di settemila pazienti, si

dice che *attorno al 1975 nel cantone di Zurigo risultavano circa 80 nuovi tossicodipendenti all'anno, incidenza crescente successivamente con il picco di 890 raggiunto nel 1990. Poi è stata introdotta la distribuzione di eroina sotto controllo medico (HAT) che si è rivelata uno strumento efficace. Nel 2002 il numero di persone che hanno iniziato a consumare eroina è sceso, secondo le stime, a 150²⁸ (-83% in 10 anni).*

Nordt e Stohler hanno anche 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 (HAT).

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

L'approccio utilizzato per la politica "antidroga" in Svizzera è molto più efficace, nel limitare l'uso di eroina, di quelli utilizzati negli altri paesi; in particolare, sull'incidenza di uso (nuovi utilizzatori) e sul coinvolgimento dei giovani.

4. Valutazione di HAT

L'implementazione di HAT in Italia, e dovunque, è l'unico provvedimento già immediatamente disponibile per fronteggiare la seconda ondata di eroina.

A ulteriore conferma, i rapporti scientifici del 2018 di RAND Corporation²⁹ sull'ondata epidemica di eroina e oppioidi in USA suggeriscono l'implementazione di HAT a livello federale, illustrando anche il quadro legale da utilizzare (Appendice 3).

Infine, evidenze scientifiche dell'impatto positivo di HAT si ottengono anche con la verifica epidemiologica, mediante un modello matematico (Appendice 4).

In Svizzera la somministrazione controllata di eroina a molti tossicodipendenti, che non avevano risposto positivamente ad altri interventi, ha spinto molti di loro a tentare la via dell'astinenza o della terapia metadonica; ma ha anche ridotto l'incidenza di uso di eroina, i decessi per overdose, l'infezione da HIV e la criminalità, con grandissimi benefici sociali e sanitari. Per sintetizzare i vari risultati in presenza di terapia HAT:

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

²⁸ [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(06\)68804-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)68804-1/fulltext).

²⁹ L'associazione RAND è descritta nell'Appendice 3.

Nei paesi di nuova introduzione, naturalmente, il protocollo medico andrebbe adattato e tenuto costantemente aggiornato; ma, alla luce dei risultati, rispetto alla proposta sperimentale del 2007, basta assumere come base lo schema generale utilizzato per decenni in Svizzera e ora in Danimarca.

5. Conclusione

Quanto riportato nel testo e nelle Appendici dimostra ampiamente che una seconda ondata di eroina investe da alcuni anni i paesi occidentali, favorita da leggi proibizioniste ideologiche e produttive di conseguenze incongrue con gli obiettivi dichiarati. L'Italia, già penalizzata almeno dal 2006 da una legislazione particolarmente stolta, ne soffre anch'essa pesantemente e rischia ulteriori aggravii con il possibile arrivo di oppioidi sintetici come il Fentanyl.

La prevenzione, la riduzione del danno, la lotta alla criminalità sono doverose; ma è indispensabile anche riuscire a trattare tutti gli eroinomani, in modo efficace e realistico, introducendo tra le terapie HAT per i più gravi che non rispondono alle terapie standard, alleviandone le pene, che peraltro si riflettono anche sulla popolazione generale, come visto ampiamente sopra. E' dunque assolutamente **etico** applicare HAT immediatamente, in Italia come ovunque. Non farlo, significherebbe assumersi gravi responsabilità nei confronti della vita, della salute e del benessere sia di chi usa eroina sia dell'intera società.

Bibliografia

Ventura E e Rossi C. editors. *Drug laws in Europe: main features and comparisons*, UniversItalia di Onorati s.r.l., Roma, ISBN 978-88-6507-401-5, 2013.

Appendice 0: La Situazione della vendita illegale e dell'uso problematico di eroina in Italia: analisi trendspotter sulla base di dati di varie fonti.

Appendice 1: Sintesi dell'articolo "The role and function of heroin-assisted treatment at the treatment system level", di Ambros A. Uchtenhagen, dell'Istituto Svizzero di Ricerca per la Salute Pubblica e le Dipendenze presso l'Università di Zurigo

Appendice 2: Progetto per sperimentazione di somministrazione controllata di eroina presentato nel 2007 dal Partito Radicale

Appendice 3: Sintesi di un rapporto della RAND Corp. : perché e come introdurre HAT negli Stati Uniti per ridurre l'uso problematico di eroina e oppioidi e i conseguenti decessi.

Appendice 4: Un modello epidemiologico dell'uso problematico di eroina che permette la descrizione delle ondate epidemiche e la valutazione dell'efficacia della terapia HAT, se applicata a livello generale, come in Svizzera.