

Rapporto di maggioranza

numero	data	Dipartimento
5618 R1	15 febbraio 2007	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

**della Commissione speciale sanitaria
sulla mozione 18 settembre 2000 presentata da Marina Carobbio
Guscetti e cofirmatari "Per l'introduzione di un programma cantonale
per il trattamento a base di eroina"**

(v. messaggio 11 gennaio 2005 n. 5618)

1. INTRODUZIONE

Benché l'uso d'oppio risalga alla notte dei tempi, i suoi effetti e soprattutto il fenomeno della tolleranza furono sempre contenuti dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza naturale, dalla bassa concentrazione dei principi attivi, dalle modalità d'assunzione e dall'accesso alla sostanza spesso iscritto entro regole sociali e culturali ben precise. La tossicodipendenza da oppiacei non fu mai un problema di massa sino all'inizio dell'800 quando l'abuso di oppio, legalizzato anche in seguito ad imperdonabili ingerenze dell'Inghilterra, divenne una vera e propria epidemia in Cina. Nei paesi occidentali, alla metà dello stesso secolo, la morfina, isolata dall'oppio nel 1803, molto più potente, s'impone come sostitutivo dell'oppio stesso: usata in larga scala come analgesico nella guerra di secessione americana, ne emerge drammaticamente la dipendenza allorché i militari ritornano a casa. E fu proprio la ricerca di un farmaco capace di curare la dipendenza da morfina che spinse i farmacologi nella ricerca di sostanze adatte.

Così nel 1898 l'eroina, sintetizzata nel 1874 dal ricercatore inglese C.R.Wright, è introdotta sul mercato dalla casa farmaceutica Bayer. L'eroina, prende il nome dal tedesco heroisch (eroico) per enfatizzarne le presunte virtù: è una sostanza semisintetica da due a tre volte più potente della morfina, la diacetilmorfina, e come la morfina era stata usata a suo tempo per curare la dipendenza da oppio, così l'eroina viene ora prescritta per la dipendenza da morfina. La società civile riponeva grandi speranze in questo nuovo farmaco. Purtroppo accanto alla sua estrema potenza si manifestò subito anche la maggiorata induzione di dipendenza. L'eroina rimase facilmente ed economicamente accessibile per 16 anni. Dapprima nel 1912 la convenzione dell'Aia, poi nel 1914 l'Harrison Narcotic Act vietano l'uso di narcotici senza prescrizione e nel giro d'altri cinquant'anni anche la produzione e la detenzione di eroina vengono progressivamente vietate nelle principali nazioni.

Purtroppo il commercio di eroina clandestina, prodotta in sempre più agguerriti laboratori si diffonde rapidamente e, parallelamente al dibattito tra proibizionismo e antiproibizionismo raggiunge tutte le nazioni civilizzate. Veri e propri metodi di marketing sono utilizzati nella sua introduzione, come quello conosciuto in Italia negli anni '70, quando la droga apparve a prezzi ridottissimi per poi progressivamente aumentare durante il "consolidamento" del mercato.

2. LA SOMMINISTRAZIONE CONTROLLATA DI EROINA IN SVIZZERA

a. Gli antefatti

Il consumo e la detenzione di eroina in Svizzera sono proibiti, come ogni altra sostanza stupefacente, dalla Legge sugli stupefacenti del 1975. Tuttavia il consumo illegale si diffonde con maggiore intensità, parallelamente agli altri stati europei, dagli anni '70.

Nel corso degli anni '80 l'opinione sull'inefficacia dei regimi proibizionisti, che negli altri paesi europei rimane confinata ad alcune minoranze culturali e politiche, nel nostro paese viene sostenuta progressivamente da persone con responsabilità nei governi dei cantoni e delle maggiori città svizzere. Questo fa sì che le iniziative volte alla depenalizzazione degli stupefacenti, dapprima extraparlamentari (nel 1983 il progetto per una nuova politica in materia di droga del gruppo Neustart) poi parlamentari (gli atti parlamentari di Janneret e Fetz nel 1984) vengono subito sostenute da molte autorità deposte alla politica della droga. Per esempio nel 1988 il Consiglio di Stato del canton di Berna si fa latore di un messaggio al Consiglio Federale per ridurre la punibilità degli atti legati al consumo delle droghe, e per la depenalizzazione del consumo verso una legalizzazione della Cannabis.

In questo contesto matura l'istituzione delle cosiddette "stazioni per tossicomani" (Fixerräume o Gassenzimmer) a Berna e a Zurigo che, di fatto, introducevano il principio della non punibilità del consumo delle sostanze stupefacenti: evidentemente contro la legge ma subito sostenute da pareri di emeriti giuristi. La comparsa della terribile epidemia di AIDS accelera le misure che tendono a far uscire dalla clandestinità il fenomeno della tossicodipendenza, inizialmente soprattutto attraverso la messa a disposizione gratuita del materiale per iniettarsi la sostanza.

Ma l'atto destinato ad innescare una rapida accelerazione della drammaticità del fenomeno, della sua visibilità sociale, delle reazioni preoccupate dell'opinione pubblica e dell'innescare d'ulteriori iniziative, fu l'esperienza del "Platzspitz" dove, per cercare di togliere alla vista della gente "per bene" i tossicomani sempre più degradati e, d'altra parte, per non confinarli nella clandestinità, la città permise spaccio e consumo di tutte le droghe possibili. Questa concentrazione avrebbe dovuto permettere di tenere il problema sotto controllo e venne proposta come condizione favorevole per tentare un intervento terapeutico sui tossicodipendenti. L'intervento consisteva nel fornire assistenza medica, gruppi di rianimazione, bombole d'ossigeno, preservativi e siringhe, cucine da campo, docce e servizi igienici. Più di venti organizzazioni umanitarie, pubbliche e private, si alternarono in questo compito. Le catastrofiche conseguenze di questa decisione si manifestarono rapidamente nel giro di pochi mesi. Solo due cifre: nel marzo 1989 vennero distribuite 2150 siringhe. Solo tre mesi dopo furono 234.000 in un solo mese. Platzspitz divenne rapidamente un richiamo per tossicomani di molti paesi europei e per spacciatori d'ogni provenienza, sollevando una energica reazione della popolazione, tanto che le autorità furono costrette a chiuderlo nell'ottobre 1991. Come se non bastasse, il tentativo si ripeté al Letten, con analoga, drammatica sorte. Ormai il fenomeno era esploso, la reazione emotiva e sostanziale della popolazione era al massimo livello. Bisognava togliere dalla strada i 2000 - 5000 tossicodipendenti che erano ormai stati abituati a ricevere protezione e prestazioni. Il passaggio ad una distribuzione controllata dell'eroina stessa fu una logica conseguenza.

Nel 1990 il Governo Federale commissiona un primo studio sui programmi di somministrazione di stupefacenti in Europa (piccoli gruppi di soggetti trattati con eroina in Gran Bretagna e con morfina in Olanda). Nel 1991 la Confederazione adotta un pacchetto di misure (ProMeDro 1990-1996) volte a contenere il fenomeno droga basato sui famosi quattro pilastri: prevenzione, terapia, riduzione del danno e repressione. Per la prima volta si esprime ufficialmente, da parte dell'Autorità Federale, l'idea di prescrivere sostanze stupefacenti, inclusa l'eroina, a tossicodipendenti, nella speranza, inizialmente espressa

chiaramente, di indurli all'astinenza, cioè di guarirli. Lo svolgimento dell'esperienza di somministrazione controllata di eroina in Svizzera è storia recente.

b. L'esperienza

La determinazione politica a mettere in atto il progetto è stata tale da sovvertire in parte le condizioni stabilite per l'arruolamento dei tossicomani, dal momento che se si fosse ottemperato ciò che era prescritto dalla legge non si sarebbero trovati candidati sufficienti. In effetti all'inizio il 46% dei soggetti non aveva mai seguito un trattamento stazionario e ben l'11% non avevano mai tentato nemmeno una disintossicazione fisica. (Il Messaggio del consiglio federale prevedeva almeno due tentativi falliti di trattamento con un metodo riconosciuto, ambulatoriale o stazionario). Sono stati quindi arruolati in questa pratica inizialmente 1035 tossicodipendenti, suddivisi nei centri di Berna e Zurigo.

Non è questo il luogo per una dettagliata analisi del progetto e dei suoi risultati, ma sono necessarie comunque alcune considerazioni. Le statistiche hanno permesso di documentare un indubbio miglioramento delle condizioni di salute generali di questa popolazione e una netta riduzione della piccola criminalità. Va sottolineato che grande è stato l'impegno sociale nei confronti di questo gruppo: è stata fornita non solo assistenza sanitaria ma un ampio ventaglio di prestazioni, da un'abitazione decorosa sino a occasioni di lavoro in programmi occupazionali. Negativo purtroppo il riscontro sul raggiungimento dell'indipendenza. Appena il 5,2% (molto meno quindi del 10% che corrisponde ad uno standard di un gruppo "normale" di tossicodipendenti) tentano l'astinenza; un numero crescente ottiene prestazioni d'invalidità. Ciò significa che per ottenere una riduzione del danno (a sé stessi ed agli altri) si è costituito un gruppo di dipendenti piuttosto stabile a carico della collettività. Il merito dell'offerta di eroina è stato fondamentalmente poter agganciare persone che altrimenti, con i metodi tradizionali, forse non si sarebbero potute avvicinare e toglierle dalla strada.

c. Il rapporto OMS

Nel 1994 è stato chiesto all'OMS di costituire un gruppo di esperti internazionali per valutare il programma di prescrizione.

Il giudizio uscito da questo gruppo di 23 esperti proveniente da 10 paesi è globalmente positivo. Si precisa però che la prescrizione medica di eroina può essere effettuata in maniera sicura ed accettabile per la collettività solo in un quadro strettamente controllato dove il paziente s'inietta la sua dose all'interno dei locali di un centro terapeutico e che questo contesto ha prodotto un miglioramento della persona dipendente per quanto riguarda la sua salute ed il suo inserimento sociale.

Le critiche che vengono rivolte al programma sono soprattutto legate alla mancanza di un vero e proprio gruppo di controllo che consentisse di attribuire in maniera certa i miglioramenti prodottisi nelle persone all'uso dell'eroina piuttosto che alle misure d'accompagnamento messe in atto. Si fanno inoltre alcune obiezioni sulla mancata diminuzione del consumo di sostanze: per quanto riguarda l'eroina illecita e le benzodiazepine supplementari esse sono soltanto presupposte sulla base di interviste; per le altre, la presunta diminuzione non è stata avvalorata da un riscontro sistematico attraverso l'analisi delle urine.

La raccomandazione è che vengano studiati ulteriormente tutti i medicinali sostitutivi e la loro potenzialità in una situazione d'effettiva confrontabilità con l'esperimento messo in atto per l'eroina. Inoltre si osserva che *"les possibilités de transposition des résultats des essais à d'autres pays sont faibles du fait de la situation politique et sociale très particulière de la Suisse"*. (dal piano cantonale interventi 2001-2004).

La Confederazione, come è noto, non mette in atto le raccomandazioni dell'OMS e prosegue nei programmi senza un confronto.

L'evoluzione dei trattamenti in Ticino può, paradossalmente, fornire alcuni elementi per un confronto.

3. IL CANTONE TICINO CONFRONTATO COL PROBLEMA DROGA

Il Canton Ticino ha avuto, nel tempo, una visione più proibizionista dettata con tutta probabilità da una posizione culturale meno disposta ad accettare un discorso di tolleranza verso le sostanze illecite, posizione che divide con i cantoni romandi. Questa visione ha trovato espressione nella votazione sull'iniziativa popolare *Gioventù senza droga*, bocciata sonoramente a livello svizzero nel 1997 con un 83% di NO, che in Ticino ottenne un insperato 42% di Si (Lugano sino a 47%), malgrado tutti i partiti politici sostenessero ufficialmente la posizione negativa del Governo Federale.

La scena aperta, timida nei principali centri del Cantone, appare progressivamente con maggior visibilità a Lugano nel parco Ciani negli anni 1992-93. Il Municipio reagisce però con risolutezza e mentre da una parte sostiene finanziariamente le istituzioni d'assistenza e di ricupero poste sul suo territorio, dall'altra reprime decisamente, con interventi dissuasivi della polizia, i tentativi di "istituzionalizzazione" del consumo e dello spaccio a cielo aperto, con il sostegno della grande maggioranza della leadership politica e della stampa.

A differenza di ciò che avvenne nei cantoni germanofoni, restarono isolati gli interventi degli oppositori sia a livello politico che sociale: la gran parte dell'opinione pubblica è a fianco dell'autorità. Il consumo e lo spaccio restano confinati quindi nella semiclandestinità, nelle abitazioni private od in piccoli assembramenti in varie ubicazioni della città, sempre sotto la sorveglianza degli agenti "specialisti" che la Città istituisce a questo scopo. Questo "pugno di ferro" ha come risultato di contenere il fenomeno, pur permettendo un'accoglienza sempre sostenuta a chi chiede aiuto, attraverso, per esempio, l'istituzione di una struttura a "bassa soglia" che, fino a tutt'oggi, offre in vari modi aiuto negando però materiale d'iniezione (reperibile del resto negli ospedali e nelle farmacie).

Il Consiglio di Stato affida al *Gruppo operativo droga (GOD)* prima, al *Gruppo esperti in materia di tossicomanie (GE)* poi, dapprima la coordinazione degli interventi relativi ai pilastri della terapia e della riduzione del danno e infine, al *Gruppo esperti*, la consulenza relativa a tutti e quattro pilastri nel campo delle tossicomanie.

4. IL PIANO CANTONALE D'INTERVENTI

Mentre il GOD ebbe un ruolo più operativo sul territorio, al GE venne dato un compito più pianificatorio: ciò ebbe il pregio di fruttare l'allestimento di un *Piano cantonale d'interventi in materia di tossicomanie*, allestito per gli anni 2000-2004 (PCI I) e aggiornato per il periodo 2005-2008 (PCI II). Fatto proprio dal Consiglio di Stato, il documento fissa gli orientamenti e gli obiettivi generali nei settori della prevenzione, della presa a carico, della riduzione del danno e della repressione.

a. Il Gruppo esperti affronta il problema della distribuzione di eroina

Il GE non ha preclusioni ad entrare in materia su questo aspetto particolare di trattamenti. Come già dopo aver sentito il GOD, il Consiglio di Stato si esprimeva nell'occasione della votazione sul decreto federale urgente (giugno 1999) pur preavvisando favorevolmente il progetto, affermando: "si ritiene che per il momento il nostro Cantone non è ancora

confrontato con un'emergenza tale da indurci a proporre misure particolari sotto forma di progetti pilota" (PCI I p.43), così il gruppo in ambedue i Piani cantonali insiste e diventa propositivo sull'urgenza di migliorare la qualità dell'intervento, abbassando la soglia d'accesso alla terapia, perfezionando la coordinazione tra gli operatori sul campo (medici, farmacisti, antenne, servizi sociali, istanze penali e correttive) per un intervento sempre più multidisciplinare.

b. Il Rapporto Rehm

Per poter avere indicazioni maggiori sulla realtà della tossicomania da eroina in Ticino, attraverso l'Ufficio federale della sanità pubblica (che se n'è assunto totalmente i costi), nel 2002 è stato dato mandato al prof. Jurg Rehm dell'Istituto svizzero di ricerca sulle dipendenze di Zurigo (ISF) di svolgere un'indagine sul terreno per valutare l'entità del numero di persone tossicomani adatte, da scegliersi in un programma di distribuzione di eroina e verificare l'esistenza di una competenza adeguata per svolgere questa mansione. Il lavoro si fonda su interviste a 55 tossicodipendenti, su di un colloquio approfondito con 12 esperti e su un questionario sottoposto a 99 esperti.

Il Professore non entra in materia su di un particolare numero di persone adatte ad un simile trattamento, ma, pur riconoscendo la qualità del lavoro svolto in Ticino in questo campo, segnala una certa frammentazione negli interventi, con molte sovrapposizioni ed un grande rischio di dispersione delle energie. Intelligentemente si pone sulla strada imboccata nel Cantone, quella di migliorare l'offerta, consigliando lo sviluppo di due centri di competenza al nord e al sud del Ceneri, veri luoghi d'interazione per l'affronto comune dei casi problematici. Lo specialista segnala come l'eroina, alla pari d'altri farmaci sostitutivi, possa per specifiche indicazioni rappresentare una scelta terapeutica adeguata; ma attualmente non riconosce la presenza dei presupposti necessari (PCI II p.32).

c. L'orientamento attuale

L'evoluzione delle tossicomanie in Ticino, simile a tutto il centro Europa, vede una parziale regressione della eroinomania classica a scapito di dipendenze più complesse (politossicomanie) tra le quali sono apparse con irruenza la cocaina e le designers drugs accanto alle mai abbandonate benzodiazepine. Il gruppo dei tossicodipendenti sotto metadone, dopo alcuni anni di sostanziale stabilità, aumenta nell'età media e si assottiglia leggermente (a parte il 2005 che sembra in leggera controtendenza), segnale di una riduzione di casi nuovi (PCI II p.29). Evolvendo molto più lentamente verso un degrado, le politossicomanie restano lungamente celate e camuffate entro un'apparente attività "normale". Ciò crea non pochi problemi d'identificazione per una prevenzione perlomeno secondaria e per un intervento precoce. Difficile anche il seguito non avendo strumenti d'aggancio quali il Metadone. Superfluo dire che per queste devianze è pure inutile un trattamento con eroina. Questo scenario richiede un orientamento nuovo di tutti gli approcci terapeutici ed un'impostazione pragmatica dell'intera questione.

Attraverso i due progetti MeTiTox prima, AmTiTox poi si sono identificate le lacune nel nostro sistema, lacune formative, di coordinazione e d'intervento sui casi problematici. Si è poi identificata la strada da percorrere soprattutto nella direzione dell'intervento sui casi più gravi. La progressiva istituzione di due centri di competenza, come auspicato dal prof. Rehm, è in grado già attualmente di offrire un luogo di condivisione dei problemi e di costruzione di risposte articolate tra medici, specialisti psichiatri, operatori delle antenne ed operatori sociali ed ha permesso importanti miglioramenti.

Il GE ha più volte ripetuto che, prima di entrare in materia di un nuovo trattamento va dimostrata la sua effettiva necessità, basandosi su indicazioni precise e tenendo conto del

fatto che, già ora, è possibile migliorare ulteriormente i trattamenti a disposizione (PCI II p.31).

In questo contesto sembrano presenti tutti i presupposti per applicare con positiva volontà e con molto più rigore le condizioni previste nel Messaggio del CF del 1998 (cfr. 2.b del presente Rapporto)

5. LA MOZIONE

Due atti parlamentari precedono la Mozione in discussione, ambedue presentati dalle sinistre in forma interlocutoria. Sono le interpellanze di F. Beretta Piccoli (30.11.1998, *Distribuzione controllata di eroina*) e di W. Nussbaumer (26.06.2000 *Prescrizione terapeutica di eroina*). La risposta del C.d.S. è sostanzialmente analoga alla presa di posizione sulla Mozione in oggetto. Nessuna preclusione ma per ora non vi sono i presupposti. Di carattere ora nettamente più propositivo la Mozione di Marina Carobbio del 18.09.2000 che ha motivato l'attuale Rapporto. Con il titolo ***Per l'introduzione di un programma cantonale per il trattamento a base di eroina*** la Granconsigliera del PS, senza prendere in considerazione le precedenti prese di posizione del C.d.S. propone risolutamente di introdurre un programma di trattamento a base d'eroina, e questo... "vista la validità di questo approccio terapeutico, non solo in base a valutazioni serie dal punto di vista scientifico, anche recentemente pubblicate, ma anche in base alle sollecitazioni provenienti da operatori del settore".

6. IL MESSAGGIO DEL CONSIGLIO DI STATO

4 anni dopo il C.d.S. prende posizione sulla Mozione dopo aver atteso il Piano cantonale degli interventi e soprattutto la discussione nel plenum del Parlamento, avvenuta il 06. 10. 2001. Anche l'esecutivo cantonale riconosce l'assenza d'obiezioni ideologiche ma semmai piuttosto la mancanza di presupposti. Nel Messaggio si riprendono le considerazioni del GE più sopra espresse, così come i punti salienti del Rapporto Rehm.

In conclusione il C.d.S. ritiene evasa la Mozione confermando "*la strada fin qui percorsa*" e non precludendo "*la possibilità di usare anche l'eroina tra i farmaci sostitutivi quando ve ne saranno le premesse professionali, strutturali, finanziarie e soprattutto una sicura indicazione medica*". (sottolineatura della commissione).

7. I LAVORI COMMISSIONALI

La commissione prima di affrontare l'atto parlamentare, ha voluto ascoltare ben due volte la mozionante che, malgrado a conoscenza delle risposte del C.d.S. a precedenti atti parlamentari, ha ribadito la necessità della presenza dell'eroina nella paletta delle possibilità terapeutiche offerte dall'ente pubblico. I commissari hanno poi voluto attendere la conclusione e la pubblicazione del Piano Cantonale Interventi. In seguito, esaminato il documento del Governo, è stato dedicato relativamente poco tempo a questa trattanda dando da subito un segnale unanime d'accordo alla presa di posizione del C.d.S.

8. CONCLUSIONI

La Commissione speciale sanitaria ribadisce che non vi sono preclusioni ideologiche nell'affronto della possibilità di una distribuzione controllata di eroina. Piuttosto è necessaria un'attenta analisi della nostra situazione rispetto alle emergenze delle tossicomanie atte ad individuare le modalità d'affronto più concrete ed efficienti.

In particolare la Commissione vuole sottolineare:

- Priorità assoluta al ricupero soprattutto dei più giovani verso un'astinenza. Potenziare quindi le azioni di prevenzione primaria e secondaria.
- Intervento coordinato in favore dei casi gravi. In questo senso plaude all'attuale lavoro di rete AM TI TOX ed al progressivo mutamento di compiti richiesto alle Antenne, perché non si disperdano le energie e i tossicodipendenti più sfortunati possano disporre dell'aiuto non di singoli gangli che lavorino separatamente, ma di una rete di specialisti che sappia coordinarsi per reperire la modalità più adatta di sostegno.
- Quale misura di riduzione del danno, un trattamento di eroina non sembra al momento attuale indicato, mancando un numero critico sufficiente di soggetti che potrebbero beneficiare di tale trattamento, soprattutto per il cambiamento dello scenario generale delle tossicomanie. In questo senso la Commissione accoglie le motivazioni espresse anche nel messaggio del C.d.S.

Per la maggioranza della Commissione speciale sanitaria:

Giorgio Salvadè, relatore

Boneff - Butti - Caimi - Celio (per le conclusioni) -

Del Bufalo (con riserva) - Dominé (per le conclusioni) -

Gemnetti (per le conclusioni) - Gobbi R. - Isenburg -

Lotti (per le conclusioni) - Orsi - Ricciardi - Torriani