

Senato della Repubblica  
Gruppo parlamentare  
Partito Democratico  
Ufficio Stampa



DATA 10/3/10  
DA/FROM MARCO PERDUCA  
A/TO Avv ALBERTO VENTRINI

TOTALE PAGINE N. 7 *sette*  
(compresa copertina)

Note: *per Giulio Mantadi*

*S. 2216*

Per contatti:

tel. 06-67062866-2848  
fax 06-67063872 - 06-68134630  
[www.senatoripd.it](http://www.senatoripd.it)



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Prot. n. 1287/SCG/2010

Roma 26 FEB. 2010

Sen. Marco Perduca  
Senato della Repubblica

E p.c.

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento per i rapporti con il Parlamento  
Ufficio del Sindacato ispettivo

Senato della Repubblica  
Segretariato generale

Camera dei Deputati  
- Segretariato generale  
- Biblioteca - Servizio Banche dati parlamentari

Loro sedi

**Oggetto:** atto di sindacato ispettivo n. 4-01987 del sen. Perduca concernente le narcosale e la distribuzione controllata di eroina.

Con l'atto di sindacato ispettivo in oggetto, gli interroganti chiedono di conoscere quali motivazioni sostengano la posizione contraria del Governo alla sperimentazione di narcosale, pill testing e distribuzione controllata di eroina nonché la possibilità di avere il quadro dettagliato della serie di decessi di cittadini tossicodipendenti che ha interessato la città di Torino. Viene lamentata inoltre, dagli interroganti, una scarsa comunicazione fra le diverse istituzioni presenti sul territorio ai fini di una conoscenza tempestiva dell'emergenza overdose.

Al riguardo si rappresenta quanto segue.

Poiché obiettivo imprescindibile degli interventi di prevenzione e contrasto delle tossicodipendenze è quello di trarre le persone tossicodipendenti fuori dalla propria condizione di dipendenza, qualsiasi altro tipo di intervento che si ponga in maniera alternativa e non complementare a quello della cura non può essere accettato.

In quest'ottica, si riconoscono talune misure di prevenzione secondaria delle patologie correlate alla tossicodipendenza (infezione da HIV, epatite, morti droga correlate etc), ma tali interventi devono essere indispensabili e irrinunciabilmente mirati, da un lato, a prevenire e ridurre i rischi e i danni per la salute delle persone tossicodipendenti derivanti da comportamenti



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

caratteristici delle dipendenze, dall'altro, a ridurre le condizioni sociali devianti, di discriminazione e stigmatizzazione o il rischio di criminalità, atteso che la finalità essenziale di ogni iniziativa è, come già sottolineato, un intervento globale sulla persona che preveda il completo recupero e non la sua cronicizzazione in condizioni eticamente inaccettabili.

Gli interventi di prevenzione delle patologie correlate devono, dunque, essere sempre considerati integrativi e non sostitutivi dell'intervento terapeutico e riabilitativo e tesi a recuperare totalmente la persona, affrancarla dall'uso di qualsiasi sostanza stupefacente e reinserirla nella società e nel mondo del lavoro.

Ancor più nettamente, il Governo italiano, nel riferirsi alle politiche di prevenzione secondaria correlata all'uso di droghe, in luogo di "riduzione del danno", ritiene più opportuno utilizzare il termine "prevenzione delle patologie e delle condizioni sociali devianti, correlate all'uso delle sostanze stupefacenti" ove la parola "prevenzione" deve conferire alla locuzione un'impostazione concettuale e, soprattutto, tecnica molto diversa rispetto al termine "riduzione".

In ordine alle singole sperimentazioni osservo che l'istituzione delle cosiddette "narcosale", cioè di luoghi dove sia ammesso l'uso di sostanze stupefacenti e psicoattive di provenienza illecita, autosomministrate dal paziente sotto la supervisione di personale medico o paramedico qualificato, non è supportata in Italia da alcuna previsione normativa che ne consenta l'attivazione.

Tale azione, oltreché impercorribile sotto il profilo giuridico, è totalmente in contrasto con le politiche per contenere il fenomeno della tossicodipendenza adottate dal Governo sulla base delle quali si considera prioritario privilegiare l'impiego delle risorse in direzioni diverse, con l'individuazione di attività di primo contatto mediante unità mobili, drop-in center, centri di pronta accoglienza e offerta di terapie farmacologiche a bassa soglia.

Più in particolare, è auspicata (e in molte regioni è già stata intrapresa) l'attivazione di accoglienze immediate e l'utilizzo di terapie farmacologiche come forma di incentivazione al contatto e al proseguimento di percorsi terapeutici e di affrancamento dall'uso di sostanze stupefacenti a più alta soglia e nel più lungo termine.

Attualmente, la maggior parte dei sistemi regionali sono in grado - se ben orientati - di creare efficaci condizioni di primo contatto e incentivazione all'entrata in trattamento (obiettivo primario), mentre l'apertura di tali "camere del buco" potrebbe comportare lo spostamento dell'attenzione e degli impieghi di risorse verso soluzioni meno impegnative che, invece di essere aggiuntive, potrebbero correre un forte rischio di diventare sostitutive, creando così sacche di pazienti solo controllati ma non gestiti correttamente da un punto di vista terapeutico e, soprattutto, riabilitativo.

Anche le pratiche di "pill testing" sono precluse dalla legislazione antidroga e dal codice di procedura penale. I passaggi delle sostanze provenienti dal mercato clandestino dai potenziali consumatori agli operatori incaricati di effettuare il test, prima e dopo lo svolgimento dello stesso esame, potrebbero, infatti, configurarsi, ai sensi della vigente normativa sugli stupefacenti, come condotte illecite di rilevanza penale non scriminate dalla particolare finalità cui sono dirette.



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Nell'assenza di una scriminante tipizzata, è quantomeno dubbio che possa evocarsi con assoluta certezza l'insussistenza dell'elemento soggettivo richiesto dalla normativa in materia di stupefacenti. Ulteriori complicazioni potrebbero emergere qualora gli operatori rivestano anche le specifiche qualifiche cui il codice di procedura penale ricollega l'obbligo di riferire l'eventuale notizia di reato.

Tra l'altro, tale misura è, nel merito, fortemente sconsigliata dal Dipartimento antidroga in quanto attualmente non esistono test di laboratorio "on site" (se non mediante apparecchiature costosissime e particolarmente complicate sotto il profilo tecnico) in grado di rilevare con la necessaria attendibilità le caratteristiche tossicologiche delle sostanze. Inoltre, una corretta valutazione sull'efficacia di queste pratiche non può prescindere dalle ulteriori considerazioni in ordine, da un lato, alla presenza nei circuiti di spaccio, soprattutto per quanto riguarda le sostanze ecstasy like, di prodotti chimicamente diversi, taluni dei quali talvolta mai neppure identificati in precedenza, e dall'altra, alla variabilità della risposta individuale alla sostanza stupefacente. Un esito "rassicurante" del test potrebbe, non solo, indurre il consumatore a ritenere erroneamente sicura l'assunzione della sostanza sottoposta al controllo speditivo ma, dall'altro, in caso di intossicazione, innescherebbe certamente profili di responsabilità in capo all'autore dell'accertamento tossicologico sulla sostanza che ha provocato il male.

Infine, non è chiaro il destino che avrebbero le sostanze risultate "non di qualità" all'esito del pill testing, soprattutto ove il consumatore non acconsentisse allo smaltimento. Con buona probabilità verrebbero cedute da parte del detentore ad altri consumatori ignari del test al fine di fare provvista di denaro per acquistare nuove sostanze.

E non convince neppure il messaggio culturale che l'attivazione di simili presidi potrebbe avvalorare soprattutto nella popolazione giovanile abitualmente dedita al consumo di questo genere di droghe sintetiche. La possibilità che alcune dosi di sostanza stupefacente superino il test potrebbe portare a supporre che esistano droghe "buone" da assumere e sostanze "cattive" da evitare magari sul presupposto che non sia la sostanza in sé a danneggiare gravemente la salute del consumatore ma, incidentalmente, la presenza nella dose confezionata di qualche eccipiente o adulterante pericoloso o tossico per l'assuntore.

In quest'ambito si ritiene, invece, di prioritaria importanza, e certamente più utile, la costante implementazione del Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le droghe (National Early Warning System), già attivo nel nostro Paese dal 2009, in grado di rilevare precocemente la comparsa sul mercato clandestino di sostanze atipiche, di raccogliere informazioni su anomali sintomi di intossicazione e sulla comparsa di nuove modalità di consumo di sostanze stupefacenti già note. Il sistema consente di attivare selettivamente la rete dei servizi per garantire una risposta rapida sul territorio e di segnalare al Punto Focale Nazionale Reitox dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze il fenomeno rilevato al fine di diffondere le informazioni acquisite anche all'interno del network europeo. Con tale strumento si procede al rilevamento di situazioni critiche che possono determinare, qualora necessario, l'attivazione di risposte rapide e concrete da parte delle unità operative territoriali e regionali preposte alla tutela della salute pubblica. È del tutto ovvio che tale sistema, al pari di tutti gli altri sistemi di allerta, deve essere attivato da segnalazioni provenienti dalle strutture territoriali competenti che, una volta processate,



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

si trasformano in tempestive comunicazioni di rischio imminente per la popolazione tossicodipendente. Il sistema di Allerta, in relazione al loro ruolo istituzionale di prevenzione, sorveglianza, programmazione e organizzazione della risposta territoriale successiva all'identificazione e attivazione di eventuali allerta coinvolge, infatti, i principali soggetti istituzionali locali, quali le Regioni e le Province Autonome.

Si avvale, inoltre, della collaborazione delle Forze di Polizia con specifiche competenze nel settore del contrasto degli stupefacenti e di una serie di consulenze tecnico-scientifiche che coinvolgono le seguenti strutture scientifiche e laboratoristiche operative sul territorio nazionale: Centri Antiveleno, Tossicologie Forensi, Istituti di Medicina Legale, Laboratori Universitari, Laboratori Forze di Polizia e Dipartimenti delle Dipendenze.

Con riguardo alla distribuzione controllata di eroina, che si tradurrebbe nella consegna e assunzione di un prodotto farmaceutico del tutto simile alla sostanza stupefacente presso strutture dedicate a cui il tossicodipendente avrebbe accesso tre o quattro volte al giorno per praticarsi l'iniezione endovenosa, il Dipartimento antidroga rileva, oltre alle accennate problematiche di carattere giuridico, che non può essere considerata una priorità attesa la bassissima percentuale di soggetti che ne potrebbero usufruire (non superiore al 3% della popolazione tossicodipendente). Tra l'altro, le esperienze di altri Paesi, in cui la prescrizione di eroina è stata adottata, hanno mostrato che gli stessi pazienti tendono, nell'arco di quattro/sei mesi, ad abbandonare questo tipo di soluzione.

Non va, da ultimo, sottovalutato l'alto costo del dispositivo sanitario necessario per supportare questa iniziativa con possibili ripercussioni sullo svolgimento a favore degli stessi tossicodipendenti di attività sanitarie di ben altra efficacia.

In conclusione, per la possibilità concreta di attivare programmi alternativi di prima e pronta accoglienza a favore di persone tossicodipendenti in difficoltà o in stato di particolare disagio sociale, oltre che per motivi di carattere etico, viene esclusa dall'ampia gamma di interventi mirati a ridurre i danni per la salute delle persone tossicodipendenti, l'adozione, in qualsiasi forma e modalità, dei summenzionati interventi ritenuti intrinsecamente inconciliabili con le politiche del Governo nel settore delle dipendenze.

Quanto, infine, al quesito in ordine ai decessi per overdose di cittadini tossicodipendenti avvenuti nella città di Torino, il quadro, ricostruito in base ai dati forniti dal Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio, appare chiaro tanto nei numeri che nella sua evoluzione.

In particolare, il 13 luglio 2009, alle ore 15,02, il citato Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le droghe (National Early Warning System) riceveva la prima e unica, informale segnalazione - via email - da parte di un'associazione di volontariato piemontese circa l'osservazione di un raddoppio dei casi di morte per droga, correlata all'anno precedente, avvenuta nell'arco di circa 70 giorni nell'area di Torino. La segnalazione, confermata dall'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze della Regione Piemonte che, pur essendone al corrente, non aveva segnalato nulla al Sistema Nazionale, riferiva, da un lato, di 15-17 casi di overdose infausta nell'area di Torino nei due mesi precedenti, con un ulteriore incremento dei casi nell'ultimo mese,



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

e, dall'altro, della mancata attivazione, a livello locale, di alcuna specifica azione di contrasto. In base alla segnalazione ricevuta scattava immediatamente la procedura per l'indagine di campo al fine di identificare eventuali cause e fattori di rischio per la popolazione tossicodipendente. Tale indagine, svolta nell'arco di ventiquattrore, consentiva di ricondurre le overdose all'assunzione di un particolare tipo di eroina (denominata "Black Tar" a causa del suo particolare colore), largamente disponibile sulle piazze clandestine di spaccio dell'area piemontese, nella quale, come dimostreranno le successive indagini analitiche, era presente un'elevata percentuale di 6-monoacetilmorfina (6-MAM). La segnalazione, inoltre, riportava una forte variabilità nella percentuale di principio attivo presente nei reperti.

Nelle 24 ore successive alla segnalazione ricevuta, il citato Sistema Nazionale di Allerta del Dipartimento per le politiche antidroga attivava anche un'«attenzione» all'interno del network degli esperti e dei laboratori del Sistema Nazionale per rilevare un'eventuale presenza di casi analoghi in altre zone dell'Italia e, in particolare, nelle regioni limitrofe al Piemonte.

Il 14 luglio, alle ore 12,36, dopo una prima verifica dei fatti ed alla luce di un concreto rischio di reiterazione di ulteriori casi, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce attivava un'allerta di grado 3 (massimo grado) tra le strutture regionali competenti in materia di promozione e protezione della salute pubblica, tra i laboratori e le Forze dell'Ordine partecipanti al network nazionale del sistema.

La successiva evoluzione degli eventi è stata costantemente monitorata e riportata in appositi report, due intermedi ed uno conclusivo, predisposti alla chiusura del periodo di osservazione.

Il 15 settembre 2009, dopo 40 giorni dalla registrazione dell'ultimo caso, come da protocollo standard e, soprattutto, in considerazione del fatto che non veniva riscontrata un'ulteriore presenza sul mercato clandestino di 6-MAM, il Dipartimento per le politiche antidroga, sempre attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, inviava una comunicazione alle strutture regionali competenti in materia di promozione e protezione della salute pubblica ed ai laboratori e alle Forze dell'Ordine partecipanti al network nazionale, con cui si comunicava la chiusura dell'allerta "Black Tar", ferma restando, comunque, la necessità di monitorare il fenomeno per la persistenza di un rischio standard di overdose correlata all'assunzione di oppiacei.

In sintesi, la successione dettagliata delle overdose osservate tra l'8 maggio e il 15 settembre 2009 ha avuto la seguente scansione:

- tra l'8 e il 12 maggio 2009 sono stati registrati 2 decessi, ed altri 2 tra il 13 e 17 maggio;
- il 3 giugno, però, si è registrato un nuovo caso, seguito da altri 2 tra il 10 e il 13 giugno;
- il picco dei decessi si è verificato tra il 17 e il 18 giugno, quando sono stati registrati 3 casi in 48 ore;
- un'altro decesso è avvenuto il 23 giugno, cui ne è seguito un successivo il 30 giugno;
- nel mese di luglio sono stati registrati 4 casi prima dell'attivazione dell'allerta nazionale;
- l'ultimo decesso è avvenuto il 6 agosto 2009.



*Il Sottosegretario di Stato  
alla Presidenza del Consiglio dei Ministri*

Inoltre, dai dati a disposizione del Dipartimento per le politiche antidroga è possibile evidenziare che :

- 1) tra l'8 maggio e il 15 settembre 2009 le persone decedute per overdose a Torino sono state 17;
- 2) l'identità dei soggetti deceduti è stata subito nota, tranne che per una persona identificata dai familiari 9 giorni dopo il decesso;
- 3) l'età media delle persone decedute è di 41,6 anni (max 53 anni, min 26): la maggior parte ha un'età media tra i 40 e i 44 anni (29,4%), il 23,9% si colloca nella fascia d'età tra i 50 e i 54 anni, mentre il 17,6% nella fascia d'età 30-34 anni.
- 4) 16 delle persone decedute sono di genere maschile, 1 sola di genere femminile e tutte di nazionalità italiana.

A conclusione delle procedure di analisi della dinamica dei decessi, i tecnici del Dipartimento per le politiche antidroga, in sede di consuntivo delle operazioni, hanno potuto rilevare, non solo carenze nelle attività di segnalazione dei decessi da parte delle unità operative locali (che nel caso dell'Osservatorio regionale erano peraltro a conoscenza del fenomeno), ma anche una certa difficoltà nell'attivare tempestivamente i sistemi territoriali di risposta in relazione all'inizio delle overdose con esito letale. Tale difficoltà è verosimilmente riconducibile ad una bassa percezione dello sviluppo del fenomeno nelle sue fasi iniziali. Non a caso, la segnalazione pervenuta al citato Dipartimento, che ha dato origine all'allerta, è avvenuta a distanza di circa 2 mesi dal primo decesso e solo dopo che, in tale arco temporale, si erano verificati ben 15 decessi per overdose.

Per il futuro, sarà probabilmente necessario un maggior coordinamento territoriale organizzativo ed operativo, soprattutto incentivando forme di collaborazione che permettano un più tempestivo passaggio di informazioni tra le unità di primo rilevamento dei fenomeni oggetto di allerta, gli enti e le organizzazioni regionali e locali deputati all'analisi ponderata e scientifica di tali eventi e le Amministrazioni successivamente chiamate all'attivazione della risposta.

Carlo Giovanardi