

CAMERA DEI DEPUTATI N. 634

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FINOCCHIARO FIDELBO, SARACENI, CORLEONE, SCERMINO, DI LELLO FINUOLI, BONFIETTI, CESETTI, BARGONE, GRASSO, GALLIANI, VENDOLA, MANGANELLI, MELANDRI, NARDINI, VALPIANA, BELLEI TRENTI, NOVELLI, PAISSAN, GRITTA GRAINER, BRUNALE, GUERRA, SORIERO, ANGIUS, PECORARO SCANIO, DE BENETTI, BOGHETTA, PROCACCI, BONGIORNO, LORENZETTI, VIGNALI, COMMISSO, LENTI

Norme per l'organizzazione, la gestione ed il finanziamento di progetti per la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze stupefacenti

Presentata il 31 maggio 1994

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge nasce dall'esigenza di dare corretta attuazione al risultato del referendum abrogativo in materia di droghe dell'aprile 1993, raccogliendo l'eredità politico-culturale di quel voto.

Con il rifiuto della sanzione penale per consumatori e tossicodipendenti, i cittadini italiani hanno espresso la loro sfiducia nella proibizione quale valido deterrente per arginare il dilagare della droga; il carcere è, cioè, un inutile aggravio di pena e, per di più, mettendo sullo stesso piano, com'è nella filosofia della legge n. 162 del 1990, nella « demonizzazione della droga », droghe diverse più o meno pericolose, non-

ché semplici consumatori e tossicodipendenti, si aggrava, anziché ridurre, il rischio sociale. E' stato dunque sancito con quel voto il rifiuto dello Stato etico sulla base dell'evidenza che l'approccio punitivo e proibizionista espone ad inutili rischi vasti strati della popolazione, specie giovanile, e discrimina le fasce sociali più deboli, contraddicendo un impegno di solidarietà. È sorta perciò l'esigenza di un mutamento di rotta e la strategia più convincente, in coerenza con lo spirito referendario, appare quella della « riduzione del danno ». Come sostiene P.A. O'Hare, direttore del *Mersey Drug Training and Information Centre* di Liverpool, nel volume da lui stesso

curato *La riduzione del danno* (Edizioni Gruppo Abele, 1994 pagina 1), « il concetto di riduzione del danno è divenuto di uso comune alla fine degli anni '80 in Inghilterra, Nord Europa e Stati Uniti, in risposta a due particolari emergenze. La prima era la diffusione di HIV tra i consumatori di droghe per via iniettiva. La seconda, il sospetto che le strategie che avevamo adottato per far fronte al consumo di droghe avevano aggravato il problema anziché contenerlo (...) la filosofia della riduzione del danno mira a ridurre la fede nelle strategie basate sul moralismo, e spera di sostituirle con interventi più pragmatici ».

I principi della limitazione del danno non riguardano solo interventi socio-sanitari, anche se, come si è detto, è stata l'emergenza Aids ad imporla come priorità. Ci sono diversi tipi di danno connessi alle droghe: rischi potenziali per la salute, ma anche rischi sociali dovuti alla clandestinità dei consumatori, che si traducono in danno per l'intera comunità sotto forma di aumento di reati contro il patrimonio per procurarsi droga (in Italia ben il 30 per cento dei detenuti sono in carcere per reati di droga). Il terzo ed ultimo danno riguarda non tanto l'abuso in sé, quanto le misure proibizioniste adottate sin qui per combatterlo: è compito della « riduzione del danno » promuovere il progressivo ritrarsi dell'intervento penale dalla questione droga.

La presente proposta di legge si limita, tuttavia, a trattare gli aspetti sociali e sanitari del « danno », demandando ad altri interventi legislativi, peraltro indispensabili, la problematica penale. L'urgenza di questo provvedimento nasce dalla convinzione che in Italia gli effetti della filosofia repressiva ed autoritaria della legge Jervolino-Vassalli sono stati particolarmente gravi, avendo l'Italia a tutt'oggi il triste primato della diffusione dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti. In coerenza con l'impostazione paternalistico-repressiva della legge n. 162 del 1990, il modello di recupero di gran lunga prevalente si è basato sull'astinenza del tossicodipendente, considerata come obiettivo irrinunciabile a brevissimo termine, ed addirittura come presupposto per l'intervento.

Tuttavia solo una bassa percentuale di tossicodipendenti risulta disponibile a trattamenti *drug-free*. L'intento rigidamente moralistico che limita ai soli interventi *drug-free* il sostegno sociale ai tossicodipendenti si traduce, di fatto, nell'abbandonare a se stessa la gran massa delle persone coinvolte in vari modi ed ai vari livelli nel consumo di droga. I programmi di « riduzione del danno » si propongono, al contrario, di offrire servizi più vicini ai bisogni, alle capacità, alle scelte delle persone tossicodipendenti, diversificando percorsi e tempi, a seconda delle motivazioni e delle risorse personali. È compito degli interventi di « riduzione del danno » tutelare in primo luogo la salute dei tossicodipendenti, qualunque siano le loro scelte, di remissione o meno della droga, evitando che questi siano irrimediabilmente sospinti verso una progressiva emarginazione e deresponsabilizzazione, con grave pregiudizio per se stessi e per il contesto sociale. Ciò si può ottenere abbandonando ogni rigidità e pregiudiziale ideologica, e sostituendola col pragmatismo degli interventi (da sottoporre a verifica di efficacia) e con un più aperto e solidale spirito di accoglienza.

È quasi superfluo sottolineare che non vi è alcuna contrapposizione fra interventi di aiuto (riduzione del danno) ed interventi di cambiamento (di uscita dalla dipendenza), quanto ad integrazione e continuità. Come giustamente sostiene Leopoldo Grosso (opera citata pagina 268, « ... là dove non è praticabile o fallisce un progetto *drug-free*, è presente o subentra un'attenzione alla riduzione del danno (...) è per dirla con gli anglosassoni un'integrazione fra *to cure* e *to care*, fra curare e prendersi cura di ... »).

Le finalità dei programmi di riduzione del danno sono l'aumento delle persone in trattamento, la riduzione della mortalità (per *overdose*, per incidenti correlati all'abuso), la riduzione dei rischi di infezione, specie da HIV e, dunque, la diminuzione del numero di persone che usano droga per via endovenosa, la riduzione di attività criminali connesse alla droga e dunque della carcerazione (articolo 2).

Si utilizzano a tal fine tutti gli strumenti farmacologici ed i presidi sanitari utili, come le droghe sostitutive, specie la più sperimentata, ovvero il metadone, e la distribuzione di siringhe sterili e preservativi (articolo 4). Indispensabile è altresì l'offerta di molteplici attività di sostegno, come le unità di strada, i centri intermedi di accoglienza, in una stretta integrazione fra servizi per le tossicodipendenze (Sert) e comunità terapeutiche che partecipano ai programmi (articolo 5, comma 2 e seguenti).

Sono da prevedersi programmi di riduzione del danno in carcere, essendo noto che il regime di segregazione non impedisce ai detenuti l'accesso alle sostanze stupefacenti, che vengono assunte nelle condizioni di massimo rischio igienico: all'interno di una azione di *counselling* personalizzato e confidenziale ai detenuti, ci si propone di offrire strumenti di conoscenza e favorire la responsabilizzazione individuale, al fine di evitare la trasmissione del virus HIV, fornendo anche, all'occorrenza, siringhe monouso e materiale disinfettante, e favorendo l'accesso al *test* per HIV (articolo 6).

Onorevoli colleghe, onorevoli colleghi!

La strategia di riduzione del danno ha trovato nella prima Conferenza nazionale sulla droga, svoltasi a Palermo nel giugno 1993 una larghissima convergenza tra operatori del sociale (pubblici e privati), e operatori della giustizia, con l'assenso anche del Governo, allora rappresentato dal Ministro per gli affari sociali, Conti. Tuttavia, a queste dichiarazioni di intenti non ha fatto seguito alcun atto legislativo. È nell'intento di colmare il vuoto preoccupante di interventi e di dibattito dopo il *referendum* e la Conferenza di Palermo, che si è costituito nel febbraio 1994 il «Forum permanente per la riduzione del danno», composto da parlamentari e personalità a vario titolo impegnate sul tema: uno degli obiettivi del Forum è di promuovere al più presto modifiche legislative conseguenti al pronunciamento referendario, superando incertezze e lungaggini.

In coerenza a questi proponimenti sottoponiamo la seguente proposta di legge alla vostra attenzione.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Modifica dell'articolo 127 comma 2, del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309).

1. Al comma 2 dell'articolo 127 del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, dopo le parole « progetti mirati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze », sono inserite le seguenti: « e programmi di riduzione del danno ».

ART. 2.

(Finalità dei programmi di riduzione del danno connesso all'uso di sostanze stupefacenti).

1. Obiettivi dei programmi per la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze stupefacenti sono:

a) la riduzione della mortalità connessa al consumo di droghe;

b) la riduzione delle attività criminali e della connessa mortalità per cause violente;

c) la riduzione dei rischi di infezione per malattie connesse al consumo di droghe ed alla condizione di tossicodipendenza, con particolare riferimento alle infezioni da HIV, alle epatiti, alla tubercolosi ed alle malattie sessualmente trasmissibili;

d) l'aumento di tossicodipendenti in trattamento terapeutico;

e) la riduzione del numero di persone che usano droga per via endovenosa.

ART. 3.

(Caratteristiche dei programmi di riduzione del danno).

1. I programmi di riduzione del danno sono rivolti a tutti i tossicodipendenti in qualunque condizione ambientale, sociale od istituzionale si trovino e sono finalizzati a:

a) la ricerca attiva dei tossicodipendenti negli ambienti sociali e territoriali nei quali è più diffuso il consumo di droghe;

b) l'offerta di tutte le forme assistenziali disponibili;

c) gli interventi di informazione sanitaria sulle strategie disponibili per la riduzione del danno;

d) gli interventi di pronto soccorso medico;

e) gli interventi di carattere sanitario per tutti i problemi sanitari acuti o cronici legati alla condizione di tossicodipendenza.

2. I programmi di riduzione del danno prevedono una completa integrazione territoriale tra tutte le strutture finalizzate agli interventi sociali e sanitari, orientati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti tossicomani.

ART. 4.

(Modello organizzativo dei programmi di riduzione del danno).

1. Ogni programma di riduzione del danno deve prevedere l'identificazione di un'area territoriale omogenea di riferimento nella quale esso viene attuato.

2. Sono finanziati prioritariamente i programmi di riduzione del danno che garantiscono l'integrazione e l'operatività delle attività di cui all'articolo 5.

3. Ciascuna delle attività di cui all'articolo 5 può essere gestita operativamente da soggetti istituzionali diversi, a condi-

zione che il programma di riduzione del danno definisca le strutture di coordinamento organizzativo e di valutazione alle quali tutti i soggetti partecipanti devono aderire. Si possono, altresì, prevedere modelli organizzativi dei programmi che integrino i servizi pubblici e privati già esistenti sul territorio.

ART. 5.

(Attività e funzioni dei programmi di riduzione del danno).

1. Le attività e le funzioni alle quali deve adempiere il programma di riduzione del danno sono le seguenti:

- a) istituzione di unità di strada;
- b) istituzione di centri intermedi di accoglienza;
- c) costituzione di strutture fisse o mobili di emergenza;
- d) disponibilità di una terapia farmacologica sostitutiva;
- e) collegamento con il servizio per le tossicodipendenze (SERT) e le eventuali comunità terapeutiche e di accoglienza territorialmente competenti;
- f) istituzione di una rete di distributori e scambiatori automatici di siringhe e profilattici;
- g) istituzione di un coordinamento organizzativo;
- h) valutazione epidemiologica, di efficacia e di efficienza dei diversi servizi operanti nel settore del recupero delle tossicodipendenze;
- i) formazione di un piano di sostegno comportamentale e relazionale degli operatori;
- l) istituzione di corsi per la formazione e l'aggiornamento del personale.

2. I compiti dell'unità di strada sono i seguenti:

- a) avvicinamento delle persone tossicomani e definizione della domanda;

b) informazione sulle possibilità di offerta del programma di riduzione del danno;

c) offerta di profilattici, siringhe ed altro materiale di prevenzione;

d) supporto e facilitazione di accesso ai servizi ed ai programmi di cura e di riabilitazione.

3. L'unità di strada è dotata di mezzi di trasporto idonei, di documenti di riconoscimento degli operatori concordati con le Forze dell'ordine, e del materiale informativo e preventivo necessario. Ogni unità di strada fa riferimento al centro intermedio di accoglienza di cui al comma 4. Il personale dell'unità di strada è abilitato attraverso la frequenza ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale di cui al comma 12.

4. Il centro intermedio di accoglienza è localizzato presso comuni luoghi di abitazione e di incontro, presso i quali le persone contattate trovano accoglienza a breve termine per il tempo necessario alla individuazione della struttura più idonea dove indirizzarle o, comunque, per garantire loro un breve periodo di aiuto e di supporto psico-sociale. I centri di accoglienza sono a carattere strettamente non sanitario. L'accoglienza non è condizionata alla volontà di recupero espressa dal tossicodipendente. In tali centri devono essere promosse forme integrate di partecipazione del mondo giovanile e delle realtà sociali locali.

5. Presso tutte le strutture mobili o fisse di emergenza deve essere garantita la disponibilità di farmaci specifici per la terapia di intossicazioni acute da sostanze stupefacenti. Possono essere previste attività di emergenza per *overdose* mediante apposite unità mobili, mediante l'utilizzazione delle unità mobili di emergenza generale, ovvero mediante l'utilizzazione delle unità di strada di cui al comma 2. Per il personale dei servizi di pronto soccorso e delle ambulanze è previsto l'aggiornamento per la diagnosi e la terapia delle intossicazioni acute da sostanze stupefacenti ai sensi del comma 12.

6. Nell'area territoriale omogenea definita ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 in cui si svolge il programma di riduzione del danno, deve essere garantita la disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi di mantenimento, secondo protocolli definiti nel programma stesso. L'unità mobile per la distribuzione di farmaci sostitutivi opera, in raccordo con l'unità di strada, nelle zone a più alta densità di tossicodipendenti, garantendo sia trattamenti singoli occasionali sia programmi di mantenimento, in collaborazione con l'attività dei medici di base e con il SERT territorialmente competente.

7. I SERT dell'area omogenea in cui si svolge il programma di riduzione del danno devono garantire:

a) modalità di accesso specifiche per le persone contattate dalle unità di strada;

b) piena operatività nelle ventiquattro ore, in coordinamento con tutte le altre attività della unità sanitaria locale territorialmente competente;

c) trattamenti farmacologici sostitutivi, anche di mantenimento.

8. Il programma di riduzione del danno deve prevedere canali preferenziali di accesso alle comunità terapeutiche e di accoglienza.

9. Nelle aree di attività del programma di riduzione del danno possono essere installati dispositivi automatici di distribuzione e scambio di siringhe e profilattici e di raccolta di siringhe usate. Il numero e la sede di installazione di tali dispositivi è stabilito in relazione alla pianificazione delle attività dell'unità di strada.

10. Al coordinamento organizzativo, costituito dal personale dei servizi pubblici e privati coinvolti nel programma, spetta il compito di:

a) individuare le aree di intervento, anche avvalendosi delle eventuali informazioni fornite dalle Forze dell'ordine;

b) coordinare le attività dei diversi operatori che partecipano al programma, garantendone l'attuazione e la continuità nei tempi previsti;

c) assicurare i rapporti con le istituzioni e le realtà sociali del territorio ed informare delle attività del programma di riduzione del danno i medici di base.

11. Il programma di riduzione del danno deve individuare le modalità e gli strumenti di verifica del programma stesso. È demandata alle regioni l'individuazione delle strutture non coinvolte nel programma alle quali è affidata la valutazione di efficacia del programma medesimo.

12. Per tutti gli operatori coinvolti nel programma di riduzione del danno è prevista una specifica attività di formazione professionale, propedeutica all'inserimento nel programma stesso, oltre che una costante attività di aggiornamento e di sostegno comportamentale. Il piano di formazione e di aggiornamento degli operatori prevede l'identificazione ed il conseguimento di obiettivi formativi specifici per ciascuna attività del programma.

ART. 6.

(Programmi di riduzione del danno negli istituti penitenziari).

1. Obiettivi dei programmi di riduzione del danno negli istituti penitenziari sono:

a) la riduzione dei danni derivati da comportamenti associati all'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa in ambiente penitenziario;

b) la riduzione dei danni associati ad attività sessuali;

c) la riduzione dei rischi di trasmissione di infezioni da HIV;

d) il miglioramento della accessibilità e della utilizzazione dei test diagnostici per infezioni da HIV;

e) il miglioramento delle conoscenze sulle infezioni trasmissibili per via ematica e sessuale.

2. Le strutture impegnate nel programma di riduzione del danno operano in

ambiente penitenziario, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria, offrendo i seguenti interventi:

a) attività informativa individuale e confidenziale ai detenuti ed al personale penitenziario su:

1) modalità di trasmissione di infezione da HIV e di altre patologie trasmissibili per via ematica;

2) modalità di riduzione del rischio di trasmissione del virus HIV e delle altre patologie trasmissibili conosciute;

3) accesso al *test* per infezioni da HIV;

4) comunicazioni dei risultati del *test* per infezioni da HIV, da effettuarsi esclusivamente alla persona sottoposta al *test*, garantendo la riservatezza e la confidenzialità dell'informazione ed il divieto di comunicazione dell'effettuazione e dei risultati del *test* a persone diverse da quella cui il *test* si riferisce, ai sensi dell'articolo 5, comma 4, della legge 5 giugno 1990, n. 135;

5) programmi di trattamento delle tossicodipendenze;

b) effettuazione di *test* per la diagnosi di infezione da HIV e di patologie ad essa correlate, con rispetto delle modalità di riservatezza e di confidenzialità di cui all'articolo 5, comma 4, della legge 5 giugno 1990, n. 135;

c) attività di informazione e di aggiornamento collettivo a gruppi di detenuti ed operatori, secondo le modalità didattiche ritenute più idonee alla specifica condizione del singolo istituto di pena;

d) attività informativa ed assistenza per il riconoscimento delle condizioni previste dal decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 1993, n. 222, e dal decreto del Ministro della sanità 25 maggio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 130 del 5 giugno 1993;

e) definizione e conduzione dei programmi di trattamento delle tossicodipen-

denze, con particolare riferimento ai programmi di trattamento farmacologico sostitutivo o di mantenimento;

f) gestione, in collaborazione con i centri clinici preposti, secondo i protocolli terapeutici da essi definiti, delle attività di trattamento delle infezioni da HIV e delle patologie ad esse correlate.

3. Le unità sanitarie locali devono garantire, nell'ambito dell'intervento negli istituti penitenziari, le prestazioni di cui al comma 2. In particolare è fatto obbligo agli operatori di informare ciascun detenuto con cui vengono a contatto sulla possibilità di fruire di tali prestazioni.

ART. 7.

(Entrata in vigore).

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

