

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

N. 342

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BETTONI BRANDANI, SALVATO, MANCONI, SALVI, D'ALESSANDRO PRISCO, BUCCIARELLI, SENESE, SMURAGLÍA, BRUNO GANERI, PETRUCCI, DE LUCA, ANGELONI, LA FORGIA, MICELE, PAGANO e SARTORI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 26 MAGGIO 1994

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

ONOREVOLI SENATORI. - Questa iniziativa legislativa 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 deterrente valido 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 26 giugno 1990, n. 162, della «demonizzazione della droga», droghe diverse più o meno pericolose, nonchè semplici consumatori e tossicodipendenti, si aggrava, anzichè diminuire, il rischio sociale. È 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 al 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, p. 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 anzi-

chè 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 la 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 e 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.

L'iniziativa legislativa che presentiamo 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, e addirittura come presupposto per l'intervento.

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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 stessi 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 sé 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.

Si può affermare che la probabilità di un tossicodipendente di uscire dalla droga è condizionata dalla sua sopravvivenza durante la dipendenza. Di conseguenza la potenziale efficacia di tutti gli interventi di recupero e di riabilitazione può esprimersi solamente se viene garantita la sopravvivenza dei tossicodipendenti fino al momento in cui «possono voler» un aiuto per uscire dalla tossicodipendenza. L'impatto potenziale sulla popolazione dei tossicodipendenti degli interventi di recupero e riabilitazione efficaci oggi disponibili non potrà quindi svilupparsi pienamente in assenza di una sensibile riduzione della mortalità associata all'uso di droga. Di converso si può prevedere che una piena operatività dei programmi di riduzione del danno determinerà certamente un aumento di bisogni e di richieste di trattamenti e di riabilitazione. È pertanto necessario che programmi di riduzione del danno prevedano una completa integrazione territoria-

le con tutte le articolazioni degli interventi, sociali e sanitari, orientati alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione delle persone tossicomani.

È quasi superfluo sottolineare che non vi è alcuna contrapposizione fra interventi di aiuto (riduzione del danno) e interventi di cambiamento (uscita dalla dipendenza), quanto integrazione e continuità. Come giustamente sostiene Leopoldo Grosso (*op. cit.* pag. 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 e 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 e comunità terapeutiche che partecipano ai programmi (articolo 4, 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 disin-

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

gettante, e favorendo l'accesso al *test* 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, Fernanda 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 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 presentiamo questo disegno di legge alla vostra attenzione.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

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

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

Art. 2.

*(Finalità dei programmi
di riduzione del danno)*

1. Obiettivi dei programmi per la riduzione del danno derivante dall'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 e alla condizione di tossicodipendenza, con particolare riferimento alle infezioni da HIV, epatiti, TBC, malattie sessualmente trasmissibili;
- d) l'aumento di tossicodipendenze al trattamento;
- 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

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

o istituzionale si trovino e sono finalizzati:

- a) alla ricerca attiva dei tossicodipendenti negli ambienti sociali e territoriali nei quali è più diffuso il consumo di droghe;
- b) all'offerta di tutte le forme assistenziali disponibili;
- c) agli interventi di informazione sanitaria circa le strategie di riduzione del danno;
- d) agli interventi di pronto soccorso medico;
- e) agli 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 con l'intero sistema degli interventi sociali e sanitari, orientati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle persone tossicomani.

Art. 4.

(Modello organizzativo dei programmi di riduzione del danno)

1. Ciascun programma di riduzione del danno identifica un'area territoriale omogenea di riferimento, nella quale opera.

2. Sono finanziati prioritariamente i programmi che garantiscono l'integrazione e la operatività di tutte le attività di cui al successivo articolo 5.

3. Ciascuna attività può essere gestita operativamente da soggetti istituzionali diversi, a condizione che il programma preveda le strutture di coordinamento organizzativo e di valutazione cui tutti i soggetti partecipanti debbono aderire. Si possono prevedere modelli organizzativi che integrino servizi pubblici e del privato sociale.

Art. 5.

(Attività e funzioni dei programmi di riduzione del danno)

1. Le attività e le funzioni di cui è composto il programma sono le seguenti:

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

- a) unità di strada;
- b) centro intermedio di accoglienza;
- c) emergenza;
- d) terapia farmacologica sostitutiva;
- e) servizio per le tossicodipendenze di riferimento;
- f) comunità terapeutiche e di accoglienza;
- g) distributori e scambiatori automatici di siringhe e profilattici;
- h) coordinamento organizzativo;
- i) valutazione epidemiologica, di efficacia e di efficienza;
- l) sostegno comportamentale e relazionale degli operatori;
- m) formazione ed aggiornamento.

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

- a) avvicinamento delle persone tossicodipendenti e definizione della domanda;
- b) informazione sulle possibilità di offerta del programma;
- 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. La unità di strada è dotata di mezzi di trasporto idonei, documenti di riconoscimento concordati con le forze dell'ordine, materiale informativo e preventivo necessario. Ogni unità di strada fa riferimento al centro intermedio di accoglienza di cui al successivo comma 4. Il personale dell'unità di strada è abilitato attraverso i corsi di formazione e di aggiornamento professionale di cui al successivo 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 un breve periodo di aiuto e 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.

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 precedente comma 3. 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.

6. Nell'area territoriale omogenea in cui si svolge il programma deve essere garantita la disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi di mantenimento, secondo protocolli definiti nel programma. L'unità mobile per la distribuzione di farmaci sostitutivi opera, in raccordo con la unità di strada, nelle zone a più alta densità di tossicodipendenti, garantendo sia trattamenti singoli occasionali che programmi di mantenimento, in collaborazione con l'attività dei medici di base e con il servizio per le tossicodipendenze.

7. I servizi per le tossicodipendenze dell'area omogenea in cui si svolge il programma di riduzione del danno debbono garantire:

- a) modalità di accesso specifiche per le persone contattate dalle unità di strada;
- b) operatività nelle ventiquattro ore, in coordinamento con tutte le altre attività della unità sanitaria locale;
- 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. Possono essere installati nelle aree di attività del programma dispositivi automatici di distribuzione e scambio di siringhe e profilattici e raccolta di siringhe usate. Il

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

numero e la sede di installazione di tali dispositivi sarà verificato in relazione alla pianificazione delle attività della unità di strada.

10. Ad un 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 informazioni delle forze dell'ordine;

b) coordinare le attività dei componenti il programma, garantirne l'attività e la continuità nei tempi di attuazione previsti;

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

11. Il programma deve individuare modalità e strumenti di verifica del programma stesso. È demandata alle Regioni l'individuazione delle strutture non coinvolte nel programma, cui è affidata la valutazione di efficacia del programma stesso.

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

Art. 6.

*(Programmi di riduzione del danno
in carcere)*

1. Obiettivi dei programmi di riduzione del danno in carcere sono:

a) la riduzione dei danni derivati da comportamenti associati alla assunzione di sostanze per via endovenosa in ambiente carcerario;

b) la riduzione dei danni associati ad attività sessuali;

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

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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 operano in ambiente carcerario, in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria, offrendo i seguenti interventi:

a) *counselling* individuale e confidenziale ai detenuti ed al personale penitenziario su:

1) modalità di trasmissione di 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 per tutte le modalità di trasmissione note;

3) accesso al *test* per infezioni HIV;

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

5) programmi di trattamento delle dipendenze;

b) effettuazione di test per la diagnosi di infezione HIV e 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) fornitura ai detenuti, su loro richiesta, nell'ambito delle attività di *counselling*, di siringhe monouso, profilattici, soluzioni disinfettanti per la pulizia di materiale iniettivo usato;

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

XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

e) *counselling* ed assistenza per il riconoscimento delle condizioni disciplinate 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* 5 giugno 1993, n. 130.

f) definizione e conduzione dei programmi di trattamento delle tossicodipendenze, con particolare riferimento ai programmi di trattamento farmacologico sostitutivo di mantenimento;

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

3. Le unità sanitarie locali devono garantire, nell'ambito dell'intervento in carcere tutte le prestazioni suddette. In particolare è fatto obbligo agli operatori di informare ciascun detenuto con cui vengono in contatto sulla possibilità di fruire di tali prestazioni.