CAMERA DEI DEPUTATI N. 1930

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato PISAPIA

Istituzione di centri di sperimentazione per la riduzione dei danni correlati alla tossicodipendenza.

Presentata il 19 luglio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge nasce dalla constatazione che tutte le politiche di lotta alla droga e di recupero dei tossicomani, fino ad oggi sperimentate in Italia – e le relative leggi – non solo non hanno sortito effetti positivi nel recupero di chi abusa di sostanze stupefacenti o da tali sostanze è dipendente, ma anzi hanno sortito effetti diametralmente opposti a quelli voluti e auspicati.

Esperienze diverse e legislazioni diverse, invece, hanno ottenuto effetti positivi, non solo nella riduzione della tossicodipendenza, ma anche in relazione ai danni subìti e causati da chi è ormai dipendente, dal punto di vista fisico e psicologico, da sostanze stupefacenti, e in particolare da eroina.

Sulla base di esperienze di altri Paesi europei – e, in particolare, delle città di Amsterdam e Liverpool – si è sviluppato, anche in Italia, un serio ed approfondito dibattito che ha avuto la sua tappa più importante nella prima conferenza nazionale sulla droga, organizzata dal Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri (Palermo, 24-26 giugno 1993). In quella conferenza è emerso che, a fronte della contestazione del fallimento delle precedenti opzioni legislative in tema tossicodipendenza, era giunto il momento di fare alcuni passi avanti nella strategia della "riduzione del danno" *(Harmo Reduction)*: prospettiva di lavoro da tempo portata avanti da alcuni servizi sanitari della regione di Liverpool e che costituiva, sin dal 1988, l'obiettivo, considerato "essenziale", dal rapporto su AIDS e droga all'agenzia pubblica britannica *Advisory Council on the Misure of Drugs*.

Lo sviluppo di quella ispirazione e di quella impostazione ci consente di assu-

mere, come premessa di un adeguata strategia nel campo delle tossicodipendenze, la possibilità di sottrarre il consumatore di droghe illegali a due convergenti forme di pressione: quella, di tipo giudiziario, rappresentata dal sistema delle sanzioni e delle pene, e quella, di tipo sanitario, che subordina l'aiuto, l'assistenza e la cura a una decisione di totale astinenza. Dietro tale pressione c'è una paradigma rigido, che impone un'alternativa secca: o l'astinenza o una vita di dolore e di marginalità, che comporta - per 900/1200 individui all'anno - la morte per « eroina di strada ». Sottrarre il tossicomane a tale alternativa - assai simile a una tenaglia senza scampo - e offrirgli un'altra possibilità: è questo l'obiettivo, e la condizione primaria, di una strategia di riduzione del danno. Essa prevede due forme diverse di intervento, tra loro integrabili, differite nel tempo o contestuali: *terapia*, finalizzata all'interruzione del consumo di droghe che comportano dipendenza; *trattamento*, finalizzato non immediatamente all'astinenza, ma al miglioramento dei comportamenti di tossicodipendenti sul piano della salute e delle relazioni sociali.

Dunque, se il tossicodipendente, in un determinato luogo e in un determinato momento della sua vita, non è in grado di scegliere l'astinenza - perché non può o non vuole, perché non ha incontrato don Ciotti o uno psicoterapeuta, un adeguato sistema di rapporti o un progetto di vita gratificante - occorre metterlo in condizioni di non morire. Questo è il primo compito terapeutico e sociale, e il primo imperativo morale. Di conseguenza, occorre consentire a quel tossicodipendente di assumere sostanze nelle condizioni sociali, igieniche, sanitarie e giuridiche le meno pericolose, afflittive e oppressive possibili. Da qui la proposta della somministrazione, quando necessario, di eroina o di morfina sotto controllo medico, all'interno di strutture sanitarie pubbliche. È questa la precondizione affinché, in un altro luogo e in un altro momento della sua vita, quel tossicodipendente possa scegliere l'astinenza e possa rivolgersi a un servizio pubblico o a una comunità, a uno psicoterapeuta o a un diverso progetto di vita. Se sarà morto di *overdose*, se sarà malato di AIDS, se sarà in carcere, se sarà spacciatore o scippatore o rapinatore, se sarà prostituto o prostituta, non potrà mai arrivare a quella scelta.

Si tratta di operare, pertanto, per evitare o ridurre, per controllare o limitare, il realizzarsi di situazioni di pericolo e i danni a esse correlati. Quali:

1) intossicazione da adulteranti presubilmente presenti nell'eroina illegale;

2) uso promiscuo di siringhe e conseguente rischio di infezione da HIV (e, poi, rischi di epatite virale, endocardite, flebite, eccetera);

3) *overdose*, dovuta all'instabilità e all'imprevidibilità dei dosaggi della « droga di strada »;

4) stile di vita irregolare e marginale mancata integrazione sociale e precario stato di salute, dovuti alla ricerca della droga sul mercato illegale, alle condizioni del mercato illegale;

5) comportamenti indotti dai costi elevati delle « droghe di strada »; prostituzione e conseguenti rischi di malattie veneree e di infezione da HIV; ingresso nel circuito dello spaccio di sostanze stupefacenti; atti criminali finalizzati all'acquisizione della dose e del denaro per la dose;

6) stato di detenzione conseguente a quei comportamenti illegali.

Tali considerazioni valgono, in primo luogo, per l'universo degli « anonimi »; non va dimenticato che - tra quanti assumono droghe - solo un tossicodipendente su cinque frequenta strutture di assistenza, pubbliche o private. Dunque, quei programmi di somministrazione controllata di sostanze stupefacenti intendono allargare il ventaglio delle possibilità e il numero delle *chances* offerte a quegli « anonimi », per sottrarre una parte di essi all'alternativa brutale prima indicata: o astinenza o « eroina di strada » (alle condizioni stabilite dalla criminalità organizzata e con tutti i rischi conseguenti, prima ricordati).

La proposta di legge parte dal presupposto che sia opportuno, e necessario – oltre che razionale e morale – proporre altre vie per consentire a quei tossicodipendenti – oggi incapaci di smettere per le più diverse ragioni – di assumere sostanze, senza che ciò comporti il subire le condizioni e i terribili rischi del mercato clandestino. Solo così, in futuro, quei tossicodipendenti – se saranno in grado e se lo vorranno, se avranno l'occasione e gli strumenti - potranno scegliere l'astinenza.

Negli ultimi anni, molto si è fatto – in altri paesi – al fine di perseguire tali obiettivi. Il *Merseyside Drug Training and information centre* (Mdtic) di Liverpool si è fatto promotore delle conferenze mondiali sulla riduzione del danno, che si sono succedute dal 1989 a oggi, e – da due anni – gode del sostegno dell'OMS e dell'attenzione dell'ONU e di agenzie influenti e autorevoli, come *l'International Council on Alcohol and Addiction* (Icaa).

L'elaborazione, anche in Italia, di un programma e di una normativa che si pongano i medesimi obiettivi può prendere le mosse dal rapporto Gerstein-Lewin, pubblicato negli Stati Uniti dalla *National Academy of Science* (settembre 1990), a conclusione di una ricerca commissionata, fra gli altri, dal *National Institute on Drugs Abuse* (NIDA), un organismo governativo. In questa, che è la più accurata indagine fino a oggi realizzata su costi e benefici dei programmi di trattamento, si legge: « La ricerca iniziale di droghe e il loro uso occasionale dipendono largamente da un scelta volontaria, sebbene questo comportamento sia profondamente influenzato dall'ambiente. La progressione nell'uso di droghe non è inevitabile: una minoranza di consumatori progredisce verso l'abuso e ancora di meno arrivano alla dipendenza ».

Dunque, per la maggioranza dei consumatori la dipendenza dalla droga non è una condanna a vita tanto meno a morte. Essa occupa « una fase temporanea dell'esistenza » (NIDA), che può essere superata più o meno rapidamente attraverso un processo di maturazione personale, incentivato e sostenuto dall'esterno. Decisivo diventa, allora, il ruolo delle norme giuridiche, delle politiche sanitarie e dei servizi sociali. Le leggi sulla droga devono facilitare quel processo evitando di trasformare i tossicodipendenti in tossidelinquenti, in criminali indotti al crimine dalla necessità di procurarsi la dose e il denaro per la dose e di compromettere ogni possibilità di integrazione sociale e di efficace terapia medica.

Ecco perché diventa prioritario l'obiettivo della "riduzione del danno" e la necessità di proporre programmi di trattamento diversificati: così come ogni soggetto è arrivato alla droga attraverso un suo percorso individuale e per - o a causa di - esperienze del tutto soggettive, così diventa indispensabile, se si vuole seriamente e concretamente affrontare il fenomeno, proporre diverse vie di uscita dalla situazione in cui versa il tossicodipendente.

Proprio sulla base di tali considerazioni, numerose istituzioni sanitarie pubbliche - in Inghilterra, in Svizzera e in Olanda - hanno iniziato progetti di sperimentazione di distribuzione di farmaci sostitutivi, e anche (se assolutamente necessario) di eroina, purchè sotto stretto controllo medico.

Nel settembre 1991, le autorità sanitarie di Ginevra si esprimevano come segue: "Colui che desidera smettere deve trovare, tutte le istituzioni disponibili ad aiutarlo ad abbandonare l'uso della droga. Chi non riesce a smettere deve trovare tutte le istituzioni disponibili ad aiutarlo a sopravvivere".

Da qui un notevole impulso alle strategie di riduzione del danno, tese a rendere "la condizione di tossicodipendenza compatibile con la vita sociale": non bisogna lasciare alla piazza, agli spacciatori, alla morte (per AIDS, per *overdose*) chi ancora non ha fatto, o non ha avuto la forza di fare, una consapevole scelta di uscire dalla dipendenza di eroina. Solo evitando la morte, o malattie che porterebbero alla morte, rimane una possibilità di recupero e di reinserimento.

Questo - e non altro - è l'obiettivo della presente proposta di legge, redatta con il contributo degli avvocati Mirko Mazzali e

Dario Ciarletta, e alla quale hanno contribuito - in un confronto costruttivo - medici, psicologi e operatori che ogni giorno cercano di affrontare e risolvere i gravi problemi che incontra chi non riesce, autonomamente, a liberarsi dalla dipendenza della droga. Questa proposta si inserisce in una strategia, sociale e terapeutica, che è l'opposto della resa e rappresenta, soprattutto, lo sforzo e la volontà di chi non intende abbandonare tutti coloro che non sono liberi di scegliere.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Princìpi e obiettivi).

1. Lo Stato promuove iniziative finalizzate alla cura della tossicodipendenza e si impegna a introdurre misure terapeutiche tese a migliorare lo Stato di salute del tossicomane, a evitare la morte causata da intossicazione acuta da sostanze stupefacenti e la trasmissione del virus *HIV*, nonché di altre malattie conseguenti allo scambio promiscuo di siringhe. A tal fine promuove centri specializzati, idonei a offrire al tossicodipendente un sostegno fisico, psichico e farmacologico fino al cessare della dipendenza fisica e psichica.

ART. 2.

(Istituzione dei centri di sperimentazione).

1. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti – all'interno dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) – centri di sperimentazione (CDS), in cui operano *équipes* composte da un medico - che ne è responsabile - uno psicologo, un assistente sociale, un infermiere professionale e un educatore.

2. Le *équipes* operanti all'interno del CDS sono composte, ove l'organico lo consente, da operatori già impegnati nelle strutture pubbliche, sociali e sanitarie del territorio.

3. Può far parte di tali *équipes* solo chi ne fa espressa richiesta.

4. L'orario di lavoro, nel rispetto delle norme contrattuali, deve permettere l'apertura del CDS tutti i giorni, festivi compresi, dalle ore 8.00 alle ore 24.00.

ART. 3.

(Condizioni per l'accesso ai centri di sperimentazione).

1. Potranno accedere ai centri di sperimentazione di cui all'articolo 2 i soggetti tossicodipendenti che siano residenti nel territorio del comune ove ha sede il centro che si trovino in una delle seguenti condizioni:

a) accertato stato di tossicodipendenza;

b) precedenti rapporti con il SERT;

c) fallimento di uno o più programmi di disintossicazione;

d) patologia correlata all'uso di sostanze stupefacenti;

e) ripetute carcerazioni dovute a reati connessi allo stato di tossicodipendenza.

2. L'accertamento dello stato di tossicodipendenza è effettuato attraverso i dati anamnesici, l'esame clinico, colloqui con lo psicologo e l'assistente sociale e attraverso la ricerca di oppiacei e loro metaboliti nei liquidi biologici.

ART. 4.

(Piano di trattamento individuale).

1. Il piano di trattamento individuale, il cui obiettivo è la riabilitazione e la disintossicazione, è concordato tra l'*équipe* del centro di sperimentazione e l'interessato, sentito il medico di fiducia e il SERT, con l'esclusione di qualsiasi forma di terapia coatta. Nell'ambito del piano sono previsti - oltre al trattamento farmacologico - interventi di sostegno di carattere psicologico, familiare e sociale.

2. Il programma deve prevedere incontri periodici tra l'interessato e l'*équipe*, al fine di verificare l'andamento della terapia e concordare eventuali modifiche.

ART. 5.

(Modalità del trattamento farmacologico).

1. All'interno del centro di sperimentazione possono essere somministrati eroina, metadone e morfina, secondo programmi concordati con il responsabile dell'*équipe*. La somministrazione e l'assunzione devono avvenire all'interno dei locali del CDS e sotto controllo medico. Del programma deve essere informato sia il SERT competente, sia il medico di base di chi accede alla sperimentazione.

2. Il programma concordato deve prevedere:

a) tipo e tipi di sostanza da somministrare;

b) quantità, frequenza e modalità della somministrazione;

c) durata del programma.

3. L'eventuale decisione di adottare il trattamento per via iniettiva può far parte del programma e deve essere verificata periodicamente, secondo scadenze concordate con il responsabile dell'*équipe* e l'utente.

4. Al tossicodipendente in crisi di astinenza può essere somministrata eroina, morfina o metadone in quantità adeguata al quadro clinico e indipendentemente dal programma concordato.

ART. 6.

(Piano di sostegno individuale)

1. Il piano individuale deve essere indirizzato al sostegno globale della persona che accede ai centri di sperimentazione e deve comprendere misure di carattere assistenziale e sociale e interventi di carattere psicologico e psicoterapeutico.

ART. 7.

(Verifiche periodiche)

1.Le verifiche periodiche di cui all'articolo 4 devono accertare l'evoluzione delle condizioni di salute e del consumo di droga del soggetto in trattamento, nonché la modifica delle modalità del consumo. Nel corso dei colloqui devono essere analizzati, in particolare, il comportamento sociale, la condizione lavorativa, l'atteggiamento di fronte al rischio di infezione da HIV; ciò al fine di favorire l'orientamento del soggetto in cura verso attività socialmente utili e di allontanarlo da ambienti legati alla criminalità.

ART. 8.

(Anonimato e tutela del segreto professionale)

1. Ad ogni utente del centro di sperimentazione (CDS) viene rilasciato un libretto sanitario personale sul quale deve essere apposta una fotografia. A richiesta dell'interessato, sul libretto sanitario non devono essere indicati i dati anagrafici, al fine di tutelarne l'anonimato.

2. Il contenuto del libretto sanitario – nel quale devono essere registrate la data di inizio del trattamento e quelle dei successivi incontri con l'*équipe* – è coperto dal segreto professionale.

3. I responsabili dei CDS e tutti i membri dell'*équipe* non possono essere obbligati a deporre, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità, su quanto appreso in relazione alla propria professione; agli stessi si applicano le disposizioni previste dall'articolo 200 del codice di procedura penale e si estendono, in quanto applicabili, le garanzie previste per il difensore dall'articolo 103 del codice di procedura penale.

ART. 9.

(Aggravanti specifiche)

1. Le pene previste dall'articolo 73 del testo unico approvato con decreto del Pre-

sidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, sono aumentate fino alla metà per chi offre o pone in vendita illegalmente sostanze stupefacenti all'interno o in prossimità dei centri di sperimentazione e offre le medesime a soggetti in trattamento.

ART. 10.

(Unità di strada)

1. Presso ogni centro di sperimentazione è istituita almeno una « unità di strada », avente come obiettivo principale la riduzione della diffusione del virus *HIV*, e delle patologie correlate all'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, attraverso la modifica dei comportamenti a rischio.

2. Compito delle « unità di strada » è stabilire una relazione significativa con i tossicodipendenti che non sono in contatto con i SERT o con le specifiche realtà di « privato sociale », come le associazioni e le cooperative, contattandoli nel loro ambiente quotidiano; questo deve avvenire anche attraverso la distribuzione di materiale informativo e degli strumenti di profilassi utili a limitare la diffusione dell'infezione e delle patologie correlate. Ciò anche in assenza di una dichiarata intenzione del soggetto di disintossicarsi.

3. L'organizzazione e il funzionamento delle « unità di strada » sono regolati da un decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

ART. 11.

(Periodo di sperimentazione)

1. Le norme di cui alla presente legge rimangono in vigore per la durata di tre anni dall'istituzione dei centri di sperimentazione.

2. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge è istituita una commissione parlamentare bicamerale, composta da quindici membri per ogni

Camera, nominati dal Presidente del Senato e dal Presidente della Camera dei deputati, con il compito di controllare l'applicazione della legge e di verificare i risultati della sperimentazione.

ART. 12.

1. La presente legge entra in vigore sei mesi dopo la sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

PAGINA BIANCA

DDL13-1930
Lire 500