

## DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori MANCONI, D’ALESSANDRO PRISCO,  
BRUNO GANERI, SALVATO, DE ZULUETA, MICELE, FERRANTE,  
CARELLA, CORTIANA, DE LUCA Athos, PIERONI, RIPAMONTI,  
RUSSO SPENA, SARTO e SEMENZATO**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 9 MAGGIO 1996**

---

Istituzione di Centri di Sperimentazione (CdS) per la  
riduzione dei danni correlati alla tossicodipendenza.  
Somministrazione controllata di sostanze stupefacenti a fine  
terapeutico

---

ONOREVOLI SENATORI. - Questo disegno di legge nasce dalle riflessioni e dalle elaborazioni di un dibattito scientifico internazionale assai ricco. Tale dibattito, in Italia, ha avuto una sua tappa importante nella Prima conferenza nazionale sulla droga, organizzata dal Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio e tenutasi a Palermo il 24-26 giugno 1993. In quella conferenza venne discussa, come priorità terapeutica e sociale, la strategia detta «della riduzione del danno»; gran parte degli operatori e degli esperti la fecero propria, riconoscendole attendibilità scientifica ed efficacia sanitaria, e lo stesso Ministro degli affari sociali la prese in attenta considerazione.

La riduzione del danno (*Harm Reduction*) è la prospettiva di lavoro assunta, già dalla metà degli anni '80, da alcuni servizi sanitari della regione di Liverpool e costituisce l'obiettivo indicato come essenziale, sin dal 1988, dal rapporto su AIDS e droga dell'agenzia pubblica britannica *Advisory Council on the Misuse of Drugs*. In quel testo veniva elaborato un punto di vista originale, capace di orientare le politiche sociali che trattano gli effetti di comportamenti irregolari (tossicodipendenze, alcolismo, tabagismo).

Lo sviluppo di quella ispirazione e di quella impostazione ci consente di assumere, come premessa di una 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 un 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 dei 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 - perchè non può o non vuole, perchè 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 preconditione 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 presumibilmente 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'imprevedibilità 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).

Il presente disegno di legge parte dal presupposto che sia razionale e morale proporre altre opportunità e consentire al tossicodipendente - oggi incapace 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, quel tossicodi-

pendente - se sarà in grado e se lo vorrà, se avrà l'occasione e gli strumenti - potrà 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'Organizzazione mondiale della sanità 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 una 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 e 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 tossicodelinquenti, in criminali indotti al crimine dalla necessità di procurarsi la dose e il denaro per la dose, e di compromettere, con ciò, ogni

possibilità di integrazione sociale e di efficace terapia medica.

Da ciò deriva la priorità dell'obiettivo rappresentato dalla riduzione dei danni alla salute che i consumatori di droghe possono causare a se stessi: in particolare, l'infezione da HIV (in Italia si registra la più alta percentuale di casi di AIDS conclamato riconducibili all'assunzione per via endovenosa di sostanze stupefacenti); e da ciò deriva la necessità di offrire la gamma più ampia di programmi di trattamento commisurati alle diverse esigenze.

Coerentemente a tale impostazione, numerose istituzioni sanitarie pubbliche e numerose autorità politiche, in Inghilterra come in Svizzera come in Olanda, hanno intrapreso progetti di sperimentazione della distribuzione di eroina e di altri stupefacenti, sotto controllo medico.

Nel settembre del 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 delle droghe. Chi non riesce a smettere deve trovare tutte le istituzioni disponibili ad aiutarlo a sopravvivere».

E già la Risoluzione della conferenza delle municipalità di Amsterdam, Francoforte, Amburgo, Zurigo, del novembre 1990, richiamava l'urgenza di strutture sanitarie che garantissero «la distribuzione di droga sotto controllo medico».

Da qui un notevole impulso alle strategie di riduzione del danno, tese a rendere «la condizione di tossicodipendenza compatibile con la vita sociale».

Nel maggio del 1992, il governo federale svizzero dispone la realizzazione di progetti pilota che includano la distribuzione di so-

stanze stupefacenti sotto controllo medico. L'ufficio federale della sanità approva tredici progetti, previsti in sette cantoni e destinati a circa settecento tossicodipendenti. L'esperimento ha avuto inizio nei primi mesi del 1994, e le relazioni scientifiche finora disponibili (l'ultima è del settembre 1996) documentano risultati assai apprezzabili.

Il presente disegno di legge intende muoversi nella medesima direzione e ha, tra i suoi presupposti, la possibilità di seguire - con attenta meticolosità - l'attuazione, i successi e i limiti dell'esperimento attualmente in corso in Svizzera.

Se dovessimo sintetizzare in poche parole l'opzione - terapeutica e culturale - che ci guida, diremmo così: si tratta di convivere conflittualmente con la droga. Attenzione: *conflittualmente*, ma *convivere*. Il rifiuto ideologico, o moralistico, a convivere con la droga può tradursi in una censura o in una rimozione nei confronti dei suoi effetti; e, in particolare, può comportare - nella scelta delle priorità e nella gerarchia dei fini perseguiti - una sottovalutazione dei danni prodotti dalla droga: «è grave, è male la droga in sè, *ben più* e *ben prima* che le sue conseguenze». E, invece, è proprio questo il punto: qual è il ruolo che si assegna, nelle politiche sociali e sanitarie, alle sofferenze fisiche e psichiche, individuali e collettive? Quante energie si investono per ridurne la portata? E quale posto occupa l'obiettivo del contenimento della quantità di sofferenza patita?

Dunque, questo disegno di legge - redatto con l'indispensabile contributo degli avvocati Mirko Mazzali e Giuliano Pisapia - si inserisce in una strategia, sociale e terapeutica, che rappresenta l'esatto contrario della resa.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Principi 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 sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, dovranno essere istituiti - all'interno di strutture pubbliche collegate ai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) - Centri di Sperimentazione (CdS), in cui opereranno *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 dovranno essere composte, ove l'organico lo consente, da operatori già impegnati nelle strutture pubbliche, sociali e sanitarie del territorio.

3. Potrà far parte di tali *équipes* solo chi ne farà 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 CdS i soggetti tossicodipendenti che siano residenti nel territorio del comune ove ha sede il Centro e 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 sarà 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, sarà concordato tra l'*équipe* del CdS e l'interessato, sentito il medico di fiducia e il SERT, con l'esclusione di qualsiasi forma di terapia coatta. Nell'ambito del piano saranno 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 CdS potranno essere somministrati eroina, metadone e morfina,

secondo programmi concordati con il responsabile dell'*équipe*. La somministrazione e l'assunzione dovranno 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 o 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 CdS 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 dovranno 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 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, nè davanti all'Autorità giudiziaria nè 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 Presidente 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 CdS e offre le medesime a soggetti in trattamento.

Art. 10.

*(Unità di strada)*

1. Presso ogni CdS 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» saranno regolati da un decreto, che dovrà emanare il Ministero della sanità entro novanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella *Gazzetta Ufficiale*.

#### Art. 11.

##### *(Periodo di sperimentazione)*

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

2. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sarà istituita una commissione parlamentare avente il compito di controllare l'applicazione della legge e di verificare i risultati della sperimentazione.

#### Art. 12.

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





