

TOSSICODIPENDENZA E HIV: ORIENTAMENTI DELLE NAZIONI UNITE E DELL' UNIONE EUROPEA

Umberto Filibeck (1), Emanuela De Jacobis (2)

(1) Direttore Scientifico del Centro interdisciplinare sulle Farmacodipendenze del Ministero della Sanità, centro collaboratore OMS e punto Focale dell'Osservatorio Europeo sulle tossicodipendenze

(2) Direzione Generale dei Servizi Farmaceutici - Ministero della Sanità

1. INTRODUZIONE

In un manuale per la prevenzione delle infezioni da HIV/AIDS tra i tossicodipendenti ad uso degli operatori, l'inclusione degli orientamenti degli Organismi Internazionali su tale tematica è finalizzata a far conoscere quale sia la cornice teorica concordata a livello internazionale nel cui ambito gli operatori possono realizzare iniziative modulate secondo le esigenze locali.

Come qualsiasi indicazione che deriva dall'accordo di più parti, gli orientamenti delle Nazioni Unite e della Unione Europea sono il frutto di una mediazione tra diverse posizioni, culture, esperienze e capacità di iniziativa.

Il risultato di tale processo di mediazione può apparire svantaggioso per i Paesi che abbiano posizioni ed esperienze più avanzate, in quanto queste saranno rappresentate nei documenti congiuntamente approvati, in maniera riduttiva e contenuta; in realtà anche la sola menzione di tali esperienze in documenti internazionali sarà di stimolo e legittimerà i Paesi che non hanno ancora affrontato strategie innovative ad attivare tali esperienze.

La descrizione di tali orientamenti, e in particolare dell'evoluzione che negli anni si è sviluppata a livello internazionale sui problemi delle tossicodipendenze e della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti, ha la finalità di porre l'operatore nelle condizioni di poter promuovere o rafforzare quegli interventi di Sanità pubblica che orientamenti ideologici locali non ne consentono l'attuazione.

A tal fine il presente capitolo tratterà della suddetta evoluzione degli orientamenti internazionali circa i trattamenti che i servizi pubblici devono offrire ai tossicodipendenti con riferimento ai problemi che riguardano gli eroinodipendenti e la prevenzione delle infezioni da HIV/AIDS in questa popolazione.

2. ACCORDI IN AMBITO NAZIONI UNITE

Già nel 1961 la *Convenzione Unica sugli stupefacenti* prevedeva (art.38) che le Parti (gli Stati firmatari) prendessero in particolare considerazione le misure da adottare per far curare i tossicodipendenti e garantire il loro riadattamento. Si prevedeva, cioè, un duplice intervento: da un lato il trattamento medico e l'assistenza ai tossicodipendenti, e dall'altro la riabilitazione degli stessi, riconoscendo la insufficienza del solo trattamento medico.

Inoltre la Convenzione auspicava l'istituzione di servizi per il trattamento dei tossicodipendenti nei casi in cui la tossicodipendenza costituisse un grave problema per uno Stato, e qualora avesse le necessarie risorse economiche.

Nel 1987 la *Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite contro l'abuso e il traffico di sostanze stupefacenti* (ICDAIT 1987) adottando le linee guida di intervento per la lotta all'abuso di stupefacenti ("Comprehensive Multidisciplinary outline") offriva a ciascuno Stato membro uno strumento ("a handbook") ad uso delle autorità nazionali affinché, compatibilmente con le leggi nazionali e con le singole realtà socioeconomiche, adottassero misure e azioni appropriate a ridurre l'abuso di sostanze stupefacenti.

Un intero capitolo del documento era stato dedicato al trattamento e un altro completamente dedicato alla riduzione della domanda. Si andava così evidenziando una nuova attenzione a livello internazionale, nell'ambito di organismi diversi dall'OMS, a problemi che andavano ben oltre gli interventi coordinati di repressione del traffico illecito.

Con la nuova Convenzione delle Nazioni Unite del 1988, le raccomandazioni del "Comprehensive multidisciplinary outline" non sono più un "handbook" ma diventano un impegno per gli stati firmatari.

L'Art. 14 al comma 4 prevede infatti che le "parti adottino misure appropriate per eliminare e ridurre la domanda illecita di sostanze stupefacenti e psicotrope allo scopo di alleviare le sofferenze umane attraverso provvedimenti tra l'altro fondati sullo schema multidisciplinare completo adottato dalla Conferenza Internazionale sull'abuso e sul traffico illecito di sostanze stupefacenti tenutosi nel 1987".

Si tiene conto quindi nell'ottica "di ridurre la sofferenza umana" della necessità di affrontare tutti i problemi, oltretutto di repressione, anche psicosociali e sanitari correlati all'abuso di sostanze e, in primis la necessità di controllare attraverso un trattamento efficace e altre misure idonee "l'incidenza di malattie legate al consumo di droga quali l'immunodeficienza acquisita e le epatiti" (ICDAIT - Multidisciplinary outlines par 341). Sulle necessità di contenere la diffusione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti per via endovenosa si esprimono anche numerosi e recenti documenti dell'OMS in cui il messaggio di fondo è quello di considerare come obiettivo primario, prima ancora della

totale astensione dell'assunzione di sostanze, la riduzione dei rischi connessi con l'assunzione stessa.

Il programma mondiale sull'AIDS dell'OMS (OMS - gennaio 1988) raccomanda infatti: "Anche se la prevenzione primaria contro la somministrazione di droga continua ad essere la priorità assoluta insieme ad un adeguato trattamento dei tossicodipendenti per e.v. incluso il loro reinserimento nella vita sociale ed economica, è indispensabile portare una maggiore enfasi sugli interventi volti a ridurre a rischio di esposizione alle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti che vogliono o che non sono ancora in grado di rinunciare a questa pratica".

A tal fine il programma raccomanda alcune strategie alternative per ridurre rischi di infezioni da HIV tra i tossicodipendenti per e.v. quali:

1. programmi specifici per l'informazione e per il counseling di tossicodipendenti non in trattamento;
2. programmi per facilitare l'accesso di siringhe ed aghi sterili o almeno informazioni esaustive sulla sterilizzazione di ogni strumento utilizzato per la somministrazione di e.v. di droghe;
3. offerta di trattamento e di tutela dello stato generale di salute presso strutture sanitarie;
4. offerta di screening per infezioni da HIV in forma riservata e in anonimato.

Naturalmente tutto ciò richiede il potenziamento di tutte le strutture interessate ed una formazione altamente specifica degli operatori.

Successivi documenti dell'OMS nell'ambito del programma mondiale sull'AIDS approfondiscono tecnicamente i possibili interventi da attuare nella popolazione tossicodipendente, ma poichè tali indicazioni sono recepite nei capitoli tecnici del presente volume, abbiano voluto ricordare i punti esposti che costituiscono le indicazioni generali successivamente sviluppate dell'OMS secondo criteri tecnico-scientifico-organizzativi.

Al riguardo la *Risoluzione adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU del 23/2/1990* (Political declaration on Global Programme of action - Cap.B par 30-37) nei paragrafi dedicati al "trattamento, riabilitazione e integrazione sociale dei tossicodipendenti" cita più volte ed incoraggia espressamente il ruolo dell'OMS auspicando la persistenza di tale impegno a fianco dei singoli governi sia con riferimento ai problemi di dipendenza sia in riferimento allo sviluppo delle politiche sanitarie mirate al contenimento delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti.

Il punto n. 34 di tale Programma incoraggia inoltre l'O.M.S., a lavorare con i Governi in modo da facilitare l'accesso ai programmi di cura delle tossicodipendenze. E' questo nuovo concetto che viene introdotto nel quadro dei testi adottati a livello delle Nazioni Unite.

Tossicodipendenza HIV: Orientamenti delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea

La necessità di facilitare l'accesso ai programmi di cura parte dal presupposto che non è più sufficiente la semplice disponibilità di servizi e trattamenti per le tossicodipendenze, ma diviene opportuno fare in modo che detti servizi siano utilizzati da quanti ne abbiano bisogno, senza incontrare problemi di carattere organizzativo ed evidentemente anche di carattere legislativo.

Una legislazione che punisca l'assunzione di sostanze stupefacenti non può certo facilitare l'accesso ai programmi di cura. Una legislazione che pur prevedendo sanzioni per il possesso in atto di sostanze stupefacenti per uso personale, non preveda però sanzioni per avvenuta assunzione di dette sostanze e neppure per l'inevitabile relativo pregresso possesso, costituisce di per sé già un elemento normativo che facilita l'accesso ai trattamenti. Se poi come nel caso italiano, viene anche garantito l'anonimato a chi ne faccia richiesta, il tossicodipendente non incontra deterrenti di carattere normativo ad accedere ai programmi di trattamento.

Del resto, è vero che la *Convenzione delle Nazioni Unite del 1988* prevede esplicitamente (art.3, comma 2) che ciascuno Stato “adotti le misure necessarie per attribuire la natura di reato nella sua legislazione interna, qualora l'atto sia stato commesso intenzionalmente, alla detenzione e all'acquisto di sostanze stupefacenti destinati al consumo personale non autorizzato”, ma è altresì vero che la stessa Convenzione non prevede esplicitamente che sia attribuita natura di reato al consumo di sostanze stupefacenti in quanto tale. Nei Paesi della Comunità Europea oltre all'Italia, altre legislazioni non puniscono il consumo di sostanze stupefacenti, pur dichiarandolo illecito in alcuni casi.

Si tratta della Germania, la Danimarca, il Belgio e il Portogallo. L'Irlanda e il Regno Unito penalizzano solo l'uso dell'oppio ma non di altre sostanze. La Spagna non penalizza l'uso né il possesso per uso personale. In Grecia l'uso di droghe in se stesso non viene penalizzato dalla Giustizia. I tossicodipendenti quindi non subendo punizioni penali vengono inviati in centri specializzati per trattamenti obbligatori.

Tornando alla citata *Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite del 1990* vorremmo ricordare il paragrafo 45, con il quale l'O.M.S. viene incoraggiata, in collaborazione con i Governi, a sviluppare “politiche per la riduzione del rischio e del danno provocato dall'abuso di droga come mezzi di prevenzione della trasmissione da parte dei tossicodipendenti del virus dell'immunodeficienza (HIV)”.

E' questo il primo documento non specificatamente tecnico e approvato da una rappresentanza delle Nazioni Unite di carattere politico, quale l'Assemblea Generale, che si pone il problema di ridurre oltre che la domanda di droga anche i rischi sanitari connessi con l'uso delle sostanze stupefacenti.

L'Assemblea Generale si rende conto delle numerose problematiche connesse con i trattamenti dei tossicodipendenti e anche per tale motivo impegna gli Stati membri (paragrafo 19) ad “applicare idoneamente le raccomandazioni contenute nel citato Schema

Multidisciplinare delle future attività per il controllo dell'abuso di droga (C.M.O.) adottato dalla Conferenza Internazionale delle Nazioni Unite del 1987". Detto "Schema Multidisciplinare" è costituito da 4 capitoli e da 35 obiettivi da conseguire nell'arco di 10-15 anni dalla sua adozione.

E' passata circa la metà del tempo prefissato e vorremmo ricordare due obiettivi che fanno parte del Capitolo sul trattamento e che contengono implicitamente dei riferimenti agli interventi per la prevenzione di AIDS tra i tossicodipendenti.

Il primo è l'obiettivo n. 29, finalizzato ad attuare una "politica del trattamento". Si sottolineano le difficoltà di perseguire una politica del trattamento secondo principi direttivi coerenti; difficoltà dovute spesso al fatto che ogni categoria di specialisti tende ad applicare le proprie misure senza tenere conto delle altre. Ciò dipende soprattutto da chiusure di carattere scientifico ed ideologico, tali da condizionare gli interventi di trattamento alle diverse teorie sulla causa della tossicodipendenza che viene ritenuta valida.

Si dimentica la necessità di adottare un approccio multidisciplinare alla tossicodipendenza tale da offrire un ventaglio di trattamenti idoneo per le diverse esigenze dei diversi tossicodipendenti. Questo approccio non solo è scientificamente valido, ma è anche eticamente corretto, in quanto da un punto di vista medico deve essere garantita la disponibilità degli interventi più idonei per le diverse esigenze che possono presentarsi.

L'obiettivo n. 31 del citato schema Multidisciplinare dell'ONU è finalizzato a meglio definire questo problema. Si tratta dell'obiettivo relativo alla "scelta dei programmi di trattamento adeguati" e si sottolineano due aspetti: il primo, che il programma di trattamento deve essere personalizzato e corrispondere al tipo di sostanza e alla personalità dell'interessato; il secondo, che la disintossicazione è solo una parte del trattamento e deve essere accompagnata e/o seguita da una riabilitazione sociale o reinserimento.

Altri accordi a livello mondiale

Vorremmo ora prendere in considerazione un documento approvato non dalle Nazioni Unite, ma sempre da un consesso politico di dimensione mondiale.

Si tratta della "*Dichiarazione Politica del Vertice Mondiale sulla Riduzione della Domanda di Stupefacenti*", tenutosi a Londra nell'Aprile 1990. In tale Dichiarazione Politica compaiono degli elementi che indicano esplicitamente quale sia l'evoluzione compiuta dagli orientamenti internazionali in tema di trattamenti e di servizi pubblici.

Il primo di questi elementi riguarda la "necessità di sviluppare opzioni terapeutiche globali (...omissis...) che dovrebbero comprendere programmi di disintossicazione per gruppi difficilmente raggiungibili." (par. 14). I servizi per il trattamento, quindi, debbono non solo facilitare ai tossicodipendenti l'accesso ma in qualche modo attivare anche strategie terapeutiche in grado di richiamare quei gruppi di tossicodipendenti che generalmente non vengono raggiunti dai normali programmi di disintossicazione.

Questo nuovo approccio viene completato nel paragrafo 15 della Dichiarazione Politica, con la affermazione che non essendo sempre possibile conseguire in tempi brevi il distacco dalla droga, “dobbiamo accettare anche degli obiettivi parziali per evitare di nuocere ulteriormente alla salute dei tossicodipendenti”. Sottoliniamo che è raro trovare in una dichiarazione politica la espressione “dobbiamo”, e che con questo documento si è giunti al riconoscimento della necessità di evitare atteggiamenti basati su presupposti falsamente etici del tipo: “o il trattamento è finalizzato a interrompere ogni forma di tossicodipendenza o non è moralmente accettabile attuare forme di trattamento che mantengano uno stato di dipendenza nei confronti di sostanze stupefacenti.”

Ci riferiamo al dibattito da sempre presente sui trattamenti con metadone per i tossicodipendenti da oppiacei. Tale intervento fa parte “dei trattamenti con farmaci sostitutivi”, in quanto il metadone sostituisce l’eroina o la morfina o altri agonisti puri degli oppiacei, determinando però una serie di vantaggi significativi che sono descritti in altra parte di quest volume e di cui ricordo schematicamente i principali, di cui alcuni derivanti dalla possibilità di assumere il metadone per via orale e dal conseguente lento assorbimento:

1. si evitano i rischi infettivi
2. si ottiene un equilibrio psicofisico del soggetto che non incorre nella fase di “flash”, cioè di rinforzo e gratificazione tipica della somministrazione endovenosa di eroina, né incorre in sindrome di astinenza prima di 24 ore dall’ultima assunzione
3. il metadone ha un potere immunodepressore di gran lunga inferiore a quello dell’eroina
4. induce una tolleranza farmacologica di livello inferiore rispetto a quello dell’eroina, non determinando così la necessità di aumentare la dose.

Questo tipo di trattamento consente quindi da un lato di ottenere una stabilità comportamentale del tossicodipendente, dall’altro di evitare rischi infettivi sia per il soggetto in trattamento che per coloro che non possono più condividere le siringhe con chi ormai usa metadone per via orale.

La Dichiarazione Politica del Vertice Mondiale di Londra é il primo documento a livello mondiale che cita i trattamenti con metadone e che prende in considerazione la possibilità di usare questa sostanza oltre che per la disintossicazione anche nei cosiddetti programmi di mantenimento (par. 16)

Si riporta al riguardo parte del paragrafo 16 della Dichiarazione dedicato alla “Risposta all’infezione da HIV-AIDS”: “Crediamo che il pericolo di una diffusione dell’infezione da HIV e dell’AIDS sia tale da rendere la prevenzione dell’abuso di sostanze stupefacenti ancor più importante di prima. Di fronte a questa minaccia crediamo che tutti i paesi debbono ora impegnarsi in maniera più attiva per portare in contatto con i servizi di

assistenza un numero ancora maggiore di tossicodipendenti, in particolare quelli per via endovenosa. Tali programmi possono offrire sia programmi di trattamento senza farmaci che di mantenimento con metadone. Al fine di ridurre l'infezione da HIV, un ristretto numero di paesi ha proposto la distribuzione di aghi e siringhe sterili nonché schemi per il ritiro degli aghi usati. I paesi in cui si attuano tali programmi dovrebbero porre particolare attenzione affinché tali programmi siano parte di un programma più generale che stimoli i tossicodipendenti a sottoporsi a terapia “.

La misura della massima evoluzione compiuta a livello internazionale circa l'attività dei servizi per gli eroinodipendenti, si può valutare se osserviamo che questo documento cita anche le esperienze di alcuni Paesi che hanno attuato programmi di distribuzione gratuita di aghi e siringhe sterili eventualmente in cambio di quelli usati. E' vero che il documento riferiva che l'efficacia di questi programmi era, al momento, argomento di discussione. Ma a distanza di cinque anni, le non poche ricerche scientifiche effettuate su tali programmi hanno fugato l'ipotesi che essi potessero favorire la diffusione dei comportamenti d'abuso, mentre hanno confermato la validità dell'intervento nel contenere l'uso comune delle siringhe e conseguentemente la diffusione del virus HIV.

Tutto ciò indica come, in tema di Sanità Pubblica, il primo obiettivo è quello di evitare patologie o rischi mortali e che questo obiettivo, che nel caso specifico si basa su interventi pragmatici, non potrà essere sacrificato per teoriche finalità facilmente accettabili da un punto di vista etico, ma obiettivamente difficili da conseguire, quale l'immediata astensione dall'uso di droghe in soggetti già tossicodipendenti.

Tali concetti sono stati peraltro recentemente ribaditi nella Dichiarazione del Vertice Mondiale sull'AIDS tenutosi a Parigi il 1° dicembre 1994, ove i capi di governo (o i rappresentanti) di 47 paesi si sono impegnati, tra l'altro, ad indirizzare le proprie politiche mondiali verso la promozione e l'accesso ai diversi mezzi di prevenzione e all'attivazione di azioni specifiche per la riduzione dei rischi.

Accordi in ambito del Consiglio d'Europa e delle Comunità Europee

A livello europeo si può esaminare la Dichiarazione politica della *Conferenza Straordinaria dei Ministri del Gruppo Pompidou in seno al Consiglio d'Europa* (Londra 18-19 Maggio 1989). In tale occasione i Ministri hanno tra l'altro:

- a. riconosciuta la massima priorità alle misure volte a far affluire un numero sempre maggiore di tossicodipendenti ai servizi socio-sanitari
- b. riconosciuta la necessità di introdurre “misure volte ad aiutare i tossicodipendenti a rischio che non sono immediatamente disposti (o non possono) astenersi dall'uso di droghe e.v. e ciò per ridurre il rischio di acquisizione dell'infezione da HIV” ritenendo che tali misure, se opportunamente applicate non siano in conflit-

to con l'obiettivo di una totale emancipazione dei tossicodipendenti dalla dipendenza

- c. riconosciuta l'importanza che la valutazione degli esiti e dell'impatto degli interventi sia parte integrante delle misure adottate acciocché gli interventi che risultino efficaci possano essere diffusi a livello internazionale.

Dobbiamo dire che in quella occasione il Ministro della Sanità italiano del momento riteneva che le misure indicate al punto b) potessero essere incompatibili con la proposta che era stata da poco avanzata dal Governo italiano di una legislazione più dura sull'uso della droga e che era in quel periodo al vaglio del Parlamento Nazionale.

La legge poi approvata in Parlamento italiano prevede in maniera esplicita sia l'attuazione di trattamenti con metadone, che la promozione di iniziative volte ad eliminare l'uso comune di siringhe.

Per questo motivo l'Italia ha successivamente aderito, nel maggio 1991, senza difficoltà alla Dichiarazione Finale della Conferenza Ministeriale Pan-Europea sulla droga, tenutasi a Oslo, nella quale si sottolinea (punto XIX) che i programmi offerti dai Servizi per i tossicodipendenti possono comprendere un approccio mirante a "limitare gli effetti nocivi all'abuso di droga".

Nell'ambito delle *Comunità Europee* le Risoluzioni del Consiglio e dei Ministri della Sanità del 1989 e del 1990 si allineano in perfetta armonia al più ampio contesto già esaminato a livello mondiale.

Nel 1989 sono state approvate specifiche e articolate conclusioni (16 maggio 1989) sulla prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti per via parenterale.

Nel par. "Condizioni Preliminari" (punto II) di tale documento si riconosce la necessità di considerare nella formulazione delle strategie, "oltre l'obiettivo finale (abbandono del consumo di droga), obiettivi intermedi (diminuzione della mortalità nonché del rischio di infezioni da HIV o altri virus, diminuzione delle emarginazioni ecc.) il cui raggiungimento dovrà considerarsi di fondamentale importanza."

A tal fine nel par. sui "Programmi di trattamento della dipendenza" (par.B) si sottolinea la necessità di rivalutare le varie opzioni terapeutiche disponibili tenendo conto dell'apparizione e diffusione dell'HIV.

Al riguardo il documento sottolinea l'opportunità di prendere in considerazione il varo o l'estensione di programmi come il trattamento personalizzato con farmaci sostitutivi che consentano il passaggio a modalità di assunzione che non comportino il rischio di contrarre infezioni.

Tra l'altro un intero paragrafo era dedicato alla messa a disposizione di materiale sicuro per le iniezioni (parg. C, punto III) e prevedeva diverse opzioni che vanno dalla libera vendita a programmi di scambio di aghi e siringhe. Anche in questa occasione, per i motivi su esposti, il Ministro italiano della Sanità non aderì a questo specifico paragrafo,

che fu invece approvato dagli altri 11 Ministri della Comunità Europea. Successivamente, nel 1990, vi fu una nuova impostazione da parte dell'Italia, che recuperò detto paragrafo nel Piano Europeo di lotta alla droga (v. in seguito).

Le Risoluzioni del Consiglio e dei Ministri della Sanità a conclusione del semestre di Presidenza italiano nel 1990 non potevano che rafforzare l'impegno a persistere in tali orientamenti. In particolare tra l'altro raccomandano ("Risoluzioni del 3 dicembre 1990 in tema di riduzione della domanda di sostanze stupefacenti psicotrope") "l'intensificazione negli Stati Membri delle iniziative che prevedono l'estensione della gamma di trattamenti efficaci della tossicodipendenza tramite:

1. lo sviluppo di servizi che offrano le principali opzioni terapeutiche, tra loro integrate, quando opportuno, con particolare riguardo per i gruppi nei quali la persistenza nell'uso di droghe comporta ulteriori gravi rischi per la salute;
2. l'analisi, l'aggiornamento e l'applicazione dei diversi metodi di valutazione dei trattamenti;

Per quanto concerne l'AIDS infine le *Risoluzioni nate dal semestre di Presidenza italiana* (Risoluzioni in tema AIDS del 3 dicembre 1990) invitano gli Stati membri:

1. "a promuovere nei servizi per le tossicodipendenze e nelle comunità residenziali l'accesso agli interventi precoci e, quando appropriate, alle cure per i tossicodipendenti sieropositivi e per i soggetti con sintomi clinici di infezione da HIV;
2. a promuovere, nell'ambito di queste strutture, nel rispetto della riservatezza, un clima psicologico e sociale di attenzione verso le persone colpite".

Sempre nell'ambito delle Comunità Europee vale la pena di esaminare il "*Piano Europeo di lotta alla droga*" del CELAD (Comitato Europeo di Lotta alla Droga) approvato durante la Presidenza italiana dal Consiglio Europeo di Roma del 13-14 Dicembre 1990.

Il CELAD sottolinea tra l'altro:

1. che i servizi di assistenza si occupino anche delle patologie correlate alle tossicodipendenze e che tali interventi siano anche assicurati a coloro che sono in trattamento presso altre strutture riabilitative;
2. l'attuazione da parte degli Stati Membri delle misure approvate nelle Conclusioni del Consiglio e dei Ministri della Sanità riuniti in sede di Consiglio il 16 maggio 1989 sulla prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti per via parenterale e, per quanto riguarda la messa a disposizione di materiale sicuro per le iniezioni, il CELAD invita gli Stati membri a promuovere le iniziative già precisate al paragrafo C punto III delle succitate Conclusioni". (Si tratta del menzionato paragrafo che

Tossicodipendenza HIV: Orientamenti delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea

nel 1989 non era stato approvato dall'Italia, la quale aderisce in tal modo anche a quell'impegno).

Infine il CELAD, ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti, ribadisce la necessità indicata nelle citate Conclusioni, "di fissare, nell'ambito dell'approccio con i tossicodipendenti, anche obiettivi intermedi rispetto all'obiettivo primario dell'abbandono della droga, tenendo conto soprattutto della esigenza di ridurre, attraverso opportuni trattamenti, morbidità e mortalità connesse con l'uso parenterale di stupefacenti".

In tal modo anche a livello degli impegni presi in ambito Europeo si sancisce la necessità di tener costantemente presente la necessità di attivare programmi di riduzione del rischio tra i tossicodipendenti.

Accordi in ambito di Paesi Mediterranei

Il coinvolgimento della Comunità Internazionali su questa tematica si è inoltre manifestato nella Dichiarazione sulla Prevenzione e lotta contro l'AIDS dei 10 Ministri della Sanità dell'UMA (Unione Mediterranea Araba) e dei Paesi mediterranei delle C.E. riunitisi a Tunisi il 23 Giugno 1990, ove in tale ambito hanno affrontato tra l'altro i problemi dell'AIDS connessi all'emarginazione della popolazione giovanile nord-africana immigrata in Europa.

In tale sede i 10 Ministri hanno aderito, tra l'altro, all'impegno di "sviluppare programmi socio-sanitari adeguati per i giovani e che tengano conto del ruolo delle tossicodipendenze e dei comportamenti sessuali a rischio nella trasmissione del virus dell'HIV".

Analogamente le raccomandazioni dell'incontro Euro-Marocchino su "AIDS e Immigrazione", tenutosi a Rabat il 27-28 ottobre 1994, sottolineano la necessità di fare di tale tema una priorità tra le strategie sanitarie.

Recepimento del Governo Italiano

Quanto esposto è di estrema attualità per l'Italia, sia perchè la maggior parte dei malati di AIDS nel nostro Paese é costituita da tossicodipendenti (circa il 70%) sia perchè la maggior parte dei soggetti affetti da AIDS ha contratto l'infezione in età giovanile anche prima dei 20 anni. Se a tale dato si aggiunge che da indagini a campione risulta che circa il 38% dei tossicodipendenti in trattamento sono sieropositivi, si comprende come gran parte delle misure previste dalle recenti leggi sulle tossicodipendenze e l'AIDS non siano mirate solo alla prevenzione delle tossicodipendenze e dell'AIDS in quanto tali, ma anche alla prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti.

La legge sull'AIDS "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS" del 5 giugno 1990 (Art.1 punto R) prevede infatti il potenziamento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti mediante la graduale assunzione di personale sanitario e tecnico stanziando uno specifico finanziamento.

Mentre, dal canto suo, la legge n.162 del 26/6/1990 sulle tossicodipendenze, tra l'altro prevede (art. 3 punto h) che il Ministero della Sanità "promuova in collaborazione con le regioni, iniziative volte ad eliminare il fenomeno dello scambio di siringhe tra i tossicodipendenti favorendo anche l'immissione sul mercato di siringhe monouso autobloccanti", iniziativa quest'ultima che ha avuto la sua concreta attuazione con l'apposito decreto che ha stanziato una somma di 10 miliardi di lire ad hoc, ma il cui successo è rimasto limitato per una serie di problemi.

Sempre in riferimento all'AIDS la legge 162 prevede:

1. l'istituzione di un Settore (Art. 1 quater, comma 2) che, nell'ambito del nuovo "Servizio Centrale per le dipendenze da Alcool e Sostanze stupefacenti" del Ministero della Sanità, cura tra l'altro gli indirizzi e il coordinamento degli interventi per la prevenzione delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti e di altre patologie correlate; purtroppo il successivo D.P.R. del 2/2/94 N°196 ha abolito tale previsione;
2. che il Ministero di Pubblica Istruzione promuova (Art. 85, comma 1) e coordini le attività di educazione alla salute sui danni derivanti dalle sostanze d'abuso ivi comprese le patologie correlate;
3. che i Servizi di assistenza ai tossicodipendenti (Art. 27, comma 2, punto b) coordinino gli interventi relativi al trattamento della sieropositività nei tossicodipendenti, anche in relazione alle problematiche della sessualità della procreazione e della gravidanza, operando anche in collegamento con i consultori familiari, con particolare riguardo alla trasmissione madre-figlio della infezione da HIV";
4. che i Ministri di Grazia e Giustizia, Sanità e Affari Sociali (Art. 36, commi 1 e 2) concordino "programmi finalizzati alla prevenzione e alla cura dell'AIDS, al trattamento socio Sanitario e al successivo reinserimento dei tossicodipendenti detenuti".

Infine la legge 162/90 prevede che annualmente almeno 12 miliardi di lire siano impegnati in progetti di formazione integrata degli operatori socio-sanitari con riguardo prioritario al trattamento dei tossicodipendenti sieropositivi e al contenimento delle infezioni da HIV tra i tossicodipendenti, prevedendo che tale formazione avvenga secondo specifici obiettivi proposti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (Regione europea) e dalle Comunità Europee.

In linea con gli accordi internazionali e gli atti legislativi suddetti il Ministero della Sanità ha recentemente attuato ed attivato una serie di iniziative tra le quali vanno ricordate:

Tossicodipendenza HIV: Orientamenti delle Nazioni Unite e dell'Unione Europea

1. l'emanazione dei seguenti Decreti:

- a. sull'organizzazione dei Servizi Pubblici per le tossicodipendenze (D.M. n. 444 del 30/11/90) che prevede tra l'altro:
l'attuazione di specifici e dettagliati interventi di carattere informativo, psico-sociali e medici per la prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti in trattamento nei servizi pubblici e tra quelli nelle Comunità Terapeutiche territorialmente collegate; l'adeguamento degli organici anche per tali finalità;
- b. sulla disciplina relativa all'uso di farmaci sostitutivi anche ai fini della prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti (D.M. n. 445 del 19/12/90);
- c. sulla gratuità delle prestazioni mediche relative agli interventi diagnostici per soggetti sospetti di essere infetti dall'HIV e a quelli terapeutici per i sieropositivi e i malati di AIDS (D.M. 1/2/91);
- d. sull'incentivazione economica per la produzione e immissione sul mercato di siringhe autobloccanti finalizzate alla sostituzione graduale di quelle da insulina (D.M. 27/11/90);
- e. sull'assoggettamento dei profilattici maschili alla disciplina dei presidi medico chirurgici (D.M. 26/1/91).

2. l'elaborazione di specifiche linee guida e finanziamento dei relativi corsi:

- a. per la realizzazione di interventi di prevenzione delle tossicodipendenze e delle patologie correlate nelle scuole e nella popolazione universitaria;
- b. per la realizzazione di interventi di prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti ivi compresi quelli che, non essendo in trattamento, sfuggono alle strutture sanitarie, sono difficilmente raggiungibili e devono essere coinvolti con interventi altamente specifici e mirati;
- c. per la formazione di personale specializzato nella assistenza domiciliare dei malati di AIDS.
- d. per il trattamento degli eroinodipendenti con farmaci sostitutivi

3. L'avvio di una serie di campagne di prevenzione dell'AIDS tra i tossicodipendenti.

4. L'istituzione di un Centro Interdisciplinare sulle farmacodipendenze per la documentazione.

Detto centro, che opera attualmente nell'ambito del Ministero della Sanità, agisce in qualità di Centro Collaboratore dell'O.M.S. e di punto focale dell'Osservatorio Europeo

EROINA, INFEZIONE DA HIV E PATOLOGIE CORRELATE

sulle droghe. Esso si occupa della diffusione della documentazione, nonché di ricerca , di formazione sulle sostanze stupefacenti e psicotrope, di farmacodipendenza e fenomeni di patologia clinica, comportamentali e sociali correlati ed è finalizzato, tra l'altro a favorire la diffusione dei più validi e aggiornati interventi per la prevenzione ed il trattamento delle infezioni da HIV tra i tossicoidpendenti.

Bibliografia

1. Report of the International Conference on Drug Abuse and Illicit Trafficking (United Nations, Vienna 1987).
2. The WHO Global Programme on AIDS (WHO, January 1988).
3. United Nations Convention against illicit trafficking of drugs and psychotropic substances (Vienna 19 December, 1988)
4. Political declaration of the Extraordinary Ministerial Conference of the Pompidou Group of the Council of Europe (London, 18-19 May, 1989).
5. Linee Guida del Ministero della Sanità per i corsi di formazione nel settore delle tossicodipendenze e dell'AIDS (Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo - Serie AIDS, vol. II, n.2/1990).
6. Resolution adopted by the United Nations General Assembly on 23 February 1990 (Political Declaration and Global Programme on Action, n. S, 17/2).
7. Political Declaration of the World Ministerial Summit to Reduce Demand for Drugs and to combat the Cocaine threat (London, 9-11 April 1990).
8. Legge n. 135 del 5 Giugno 1990. "Programma di interventi urgenti per la prevenzione della lotta contro l'AIDS".
9. Declaration on Prevention and the Fight against AIDS by the Ministers of Health of UMA (Mediterranean Arab Union) and of the E.C. Mediterranean Countries (Tunis, 23 June 1990).
10. Legge 26/6/90, n. 162: "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della L. 22/12/1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".
11. Decreto 27 Novembre 1990. Produzione, commercializzazione e pubblicizzazione delle siringhe monouso autobloccanti, finalizzate alla progressiva sostituzione, sul mercato dell'insulina.
12. Decreto 30 Novembre 1990, n. 444 "regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali".
13. Conclusioni del Consiglio dei Ministri della Sanità, riuniti in sede di Consiglio del 3 Dicembre 1990 concernenti la riduzione della domanda di sostituzione stupefacenti e sostanze psicotrope.
14. Conclusioni del Consiglio dei Ministri della Sanità, riuniti in sede di Consiglio del 3 Dicembre 1990 concernenti l'AIDS.
15. Piano Europeo di Lotta contro la droga approvato dal Consiglio Europeo di Roma 13-14 Dicembre 1990 su proposta del CELAD.
16. Decreto 19 Dicembre 1990, n. 445. "Regolamento concernente la determinazione dei limiti e delle modalità d'impiego dei farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza".
17. Decreto 26 Gennaio 1991. "Esenzione dalla spesa sanitaria per particolari forme morbose".
18. Decreto 1 Febbraio 1991. "Esenzione dalla spesa sanitaria per particolari forme morbose".
19. D.P.R. 2 febbraio 1994, n° 196. "Regolamento concernente il riordinamento del Ministero della Sanità, in attuazione dell'art. 2, comma 2, del Decreto Legislativo 30 giugno 1993, n° 226."
20. Circolare 30 settembre 1994, n° 20. "Linee guida per il trattamento delle dipendenze da oppiacei con farmaci sostitutivi."
21. Synthese des Recommandations du Rencontre Euro-Marocaine "Immigration et SIDA". Rabat, 27-28 ottobre 1994.
22. Declaration du sommet de Paris sur le SIDA. Parigi, 1 dicembre 1994.