disposizione dei Piani di ambito e coordinamenti intermedi presso ciascun livello territoriale AUSL dove verranno raccolte le esigenze, individuati gli interventi e coordinati i progetti degli Enti Pubblici e del 3° settore.
I Piani annuali d'intervento dovranno essere orientati al conseguimento di una o più delle finalità, individuate con D.P.C.M. 10 Settembre 1999 "Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze", e quindi alla prevenzione; inclusione sociale e lavorativa; diffusione sul territorio di una rete di servizi sociali e sanitari di pronto intervento e servizi di consulenza; attivazione di iniziative per lo sviluppo di sistemi territoriali di intervento a rete; formazione ed aggiornamento degli operatori.
Nella stesura dei piani si dovrà tener conto delle specifiche esigenze del proprio territorio, in considerazione anche di quelle aree ritenute particolarmente problematiche e quindi si intende perseguire la finalità di una risposta il più possibile omogenea ai bisogni locali.
Con l'atto di definizione di criteri e modalità gestionali del Fondo nazionale d'intervento lotta alla droga anno 2000 si intende promuovere una reale integrazione, fino alla coprogettazione, dei soggetti Pubblici e del 3° settore operanti nella comunità con competenze sociali e sanitarie, mediante accordi (non solo formali) che prevedano una definizione chiara di ruoli e impegni, funzionali ad una collaborazione concreta ed operativa.
In coerenza con la logica del Piano sociale e della Legge Quadro sull'assistenza, si promuove un'assunzione di responsabilità a tutti i livelli, oltre che nella definizione degli obiettivi e della programmazione, anche nell'individuazione delle risorse. In tal senso le risorse statali, per il tramite della Regione, devono concorrere con le risorse proprie dei soggetti proponenti al fine della realizzazione dei progetti. E' prevista pertanto una quota di cofinanziamento che può essere sia di natura economica, per il settore pubblico, che intesa come disponibilità di risorse umane, logistiche e di servizi da parte del 3° settore.
Nella stesura dei progetti si auspica inoltre l'integrazione con gli interventi ed i contributi previsti dalle principali Leggi nazionali e regionali in materia di adolescenza, politiche giovanili, politiche del lavoro, ecc., ai fini di un superamento della progettazione rigidamente settoriale per conseguire una maggior efficacia dei Piani e cercando di non identificare i giovani come problema, ma come risorsa.
Credo che questa Conferenza abbia cominciato a muoversi proprio con questo nuovo metodo, cioè rivolgendosi ai giovani non sempre ed esclusivamente in senso problematico ma promuovendone un ruolo da protagonisti ed interlocutori attivi.
Ritengo che la programmazione concertata su obiettivi condivisi "dal basso" rappresenti realmente un nuovo approccio alla gestione del Fondo Nazionale Lotta alla droga che si armonizza pienamente con l'attuale riforma del sistema del welfare.
Credo che tale indirizzo risulti funzionale al superamento del centralismo (o dei centralismi) che hanno caratterizzato politiche ormai superate di azione sociale e alla creazione di nuove relazioni sul territorio attraverso la collaborazione tra i diversi soggetti che operano nelle comunità locali. La sussidiarietà non deve esprimere la risposta a carenze di stanziamenti ma rappresentare un modello culturale e strategico per operare nel sociale.
Sento la necessità di creare un "ambiente di comunità" dove non sia considerato importante solo garantire il servizio in termini di prestazioni, ma, accanto a questo, proseguire la mobilitazione delle risorse e dei soggetti presenti come premessa alla costruzione del vero e proprio "welfare di comunità".
Dalla Conferenza Regionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti, che abbiamo realizzato a Senigallia il 10/11/2000, è emerso infatti come criticità il fatto che la normativa nazionale pone ancora un forte accento sulle prestazioni (da quantificare, monetizzare, disciplinare), mentre resta in ombra la questione della "relazione" necessaria e insostituibile nel rapporto con l'utente per raggiungere un signi-

ficativo risultato e appare scarsamente approfondita la definizione degli obiettivi e dei risultati da raggiungere. Lo stesso concetto di cura appare implicito nei documenti normativi, mentre andrebbe chiarito in quanto la tossicodipendenza richiede un approccio multidisciplinare, multimodale e multiprofessionale e non può contare esclusivamente su un sapere scientifico codificato da una specifica disciplina (sia essa sanitaria, sociale, ecc.)

Altri spunti di riflessione emersi dalla Conferenza Regionale riguardano la difficoltà della concertazione, auspicando un livello di pianificazione territoriale (macro) con una ricaduta personalizzata sul territorio per una maggior efficacia delle risorse investite, che troppo spesso si frammentano in tanti rivoli, e un livello di collaborazione fra attori sociali per superare l'impasse dei "progetti che non si parlano".

Si rileva inoltre che la pari dignità tra servizio pubblico e privato, tema sollevato nella Conferenza di Napoli e riproposto in diverse occasioni e sedi, sembra un obiettivo ancora da conseguire pienamente e che deve ancora trovare spazio nell'applicazione delle norme, a tale proposito riteniamo che il nuovo approccio presentato per la gestione del FNLD possa consentire di ridelineare l'identità del 3° settore non quale controparte, ma come partner con cui concertare azioni comuni.

Altre sollecitazioni importanti sono emerse in termini di supporto, inteso a vari livelli, alle figure professionali che operano nel settore. Inteso, ad esempio, come chiarificazione della problematica relativa al trattamento metadonico (aspetti legali in particolar modo per i percorsi terapeutici a lungo termine), la rete dei servizi che dovrebbe essere coinvolta nella somministrazione, la sperimentazione nazionale di farmaci alternativi, ecc.

Viene evidenziata una carenza di tutela da parte degli operatori delle comunità terapeutiche soprattutto nel momento in cui si trovano a dover prendere decisioni nei confronti di utenti che seguono programmi alternativi al carcere o nel caso di utenti con doppia diagnosi.

Viene riproposto quanto già sostenuto nella Conferenza di Napoli relativamente all'esigenza di iniziative di formazione e aggiornamento comuni tra i diversi attori che operano nel settore, nonché la necessità di introdurre competenze relative alle tossicodipendenze nei percorsi formativi tradizionali (Università, specializzazioni, lauree brevi) e di istituirne di nuovi ad hoc. Viene riproposta inoltre l'urgenza di definire profili formativi per gli ex tossicodipendenti che lavorano nelle diverse tipologie di interventi e per gli operatori delle unità di strada e delle strutture a bassa soglia, la loro professionalità va definita e il loro intervento supportato anche in ragione della notevole esposizione a cui sono sottoposti.

Anche il mondo della scuola ha espresso, nell'ambito della Conferenza regionale, la richiesta di formazione intracurriculare per gli insegnanti, sempre più coinvolti nel fenomeno della diffusione delle sostanze d'abuso nella fascia giovanile. Credo che questo aspetto vada ulteriormente approfondito in relazione anche alla nuova riforma della scuola, all'autonomia scolastica e allo stretto rapporto che questo crea con il territorio.

Sempre a proposito del mondo della scuola è stata evidenziata l'esigenza di un sostanziale ripensamento dei C.I.C. in ragione dell'esperienza maturata in questi anni e del continuo mutamento del fenomeno delle dipendenze patologiche a cui stiamo assistendo.

In particolare è stata focalizzata la necessità: di proporre esperienze di confronto con adulti "competenti" (docenti, esperti, genitori) in grado di promuovere relazioni significative con gli adolescenti, di realizzare momenti forti di supporto alla genitorialità e che gli operatori pubblici e privati "escano fuori dal setting" per sviluppare e consolidare occasioni di contatto in luoghi non istituzionali e non "etichettati".

Da parte di molti è stata manifestata l'esigenza di approfondire il fenomeno delle "nuove droghe" o meglio dei nuovi comportamenti di assunzione e delle dipendenze patologiche in senso più ampio (disturbi alimentari, videogiochi, gioco d'azzardo, fughe nelle realtà virtuali, ecc.) per approntare strategie innovative in tempo reale. E' stata ribadita l'importanza della velocizzazione dei processi, a fenomeni "mutanti" devono corrispon-

dere risposte adeguate con una ricalibrazione rapida degli interventi.
A questa istanza di velocizzazione si è affiancata, allo stesso tempo, l'esigenza di rallentare, intesa come possibilità delle figure genitoriali e più in generale di quelle parentali, di dedicare e dedicarsi del tempo, di ritrovare, nei ritmi incalzanti della quotidianità, lo spazio per pensare, per stare con i propri figli, per rinforzare le relazioni e concedersi contatti profondi e significativi. La proposta provocatoria che è emersa dal gruppo di lavoro sulle politiche di prevenzione è stata quella di concedere un'ora di lavoro al proprio ambiente familiare, come momento di vicinanza e di rapporto, quale contrasto significativo ad un vuoto di contatto intergenerazionale, ad una perdita di valori e a problematiche affettivo-relazionali che può costituire il sostrato su cui si innestano alcuni aspetti del disagio giovanile.
Una tematica vivacemente dibattuta è stata quella della riduzione del danno e dell'approccio alle marginalità più dure, la Regione Marche ha investito, con i più recenti finanziamenti del FNLD, particolarmente in questo ambito. Sono stati aumentati gli interventi delle unità di strada, realizzati spazi di prima accoglienza sul territorio e avviata la sperimentazione di una struttura specifica per utenti con doppia diagnosi. Molto ancora in questa direzione comunque va fatto per rispondere con iniziative ed offerte a bassa soglia che consentano sempre più facilitazioni all'accesso.
In tal senso la Regione Marche si sta organizzando con modalità che rispecchiano le peculiarità locali: un tessuto sociale che "tiene" e la mancanza di realtà metropolitane da una parte, ma dall'altra la coesistenza di marginalità complesse (tossicodipendenti che non entrano in contatto con i servizi, soggetti senza fissa dimora, prostituzione di strada, immigrazione irregolare, nomadi e apolidi, ex detenuti, malati di AIDS).
E' stata evidenziata quindi la necessità di creare sinergie tra le unità di strada, le strutture di pronta accoglienza, i drop in center, gli interventi di inclusione sociale già esistenti, di potenziarne le azioni e di realizzarne di nuove, superando le settorializzazioni per differenti tipologie di utenza, come previsto dal Piano Sociale regionale, e calibrando gli interventi su una realtà locale di piccole e medie municipalità dove la visibilità può porre difficoltà di accesso.
Un tema che ha visto uno spazio importante nella Conferenza regionale è stato quello legato alle problematiche connesse ai programmi in alternativa al carcere sui quali viene chiesta una maggiore chiarezza e procedure condivise e sugli utenti tossicomani detenuti. Attualmente si sta lavorando al protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e la Regione dal quale si aspettano risposte e indicazioni concrete in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti coinvolti nell'area penale.
Relativamente all'inserimento lavorativo e sociale è stata posta in evidenza la necessità, in linea con l'ottica di riforma del sistema del welfare, di passare da un approccio assistenzialistico e riparativo ad un intervento promozionale. Si individuano come obiettivi: il passaggio da strumenti quali le borse lavoro ai tirocini di formazione e orientamento; il raccordo con i centri per l'impiego (protocolli d'intesa, ecc.); lo sviluppo di facilitazioni per la creazione di imprese autonome e rispetto ai prestiti d'onore, ecc. Risulta di fondamentale importanza il supporto agli utenti in trattamento e al termine dell'iter terapeutico attraverso interventi di orientamento lavorativo (sia informazione di base della quale spesso sono sprovvisti, corsi finalizzati e tirocini formativi, counselling e tutoraggio, anche attraverso un più ampio utilizzo del Fondo Sociale Europeo) e di reinserimento sociale (con strutture abitative di sostegno per l'inclusione dei soggetti che non hanno adeguati supporti familiari e ambientali). Occorre inoltre una forte sensibilizzazione del tessuto sociale e del mondo del lavoro per una facilitazione all'accesso da parte dei tossicodipendenti aldilà di pregiudizi e timori, così come una formazione continua degli operatori delle tossicodipendenze rispetto ai fenomeni in mutamento del mondo del lavoro. In alcune realtà territoriali, dove il fenomeno della disoccupazione non incide particolarmente e quindi anche l'utenza tossicodipendente ha maggiori possibilità di inserimento lavorativo, sono in corso attività di informazione e supporto alle aziende per la

gestione della tossicodipendenza negli ambienti di lavoro, per migliorare l'integrazione dei soggetti e prevenire le problematiche degli incidenti. E' stato ricordato inoltre quanto un continuum di presa in carico, dal momento del trattamento a quello del reinserimento sociale e lavorativo, è fondamentale nella prevenzione delle recidive, rispetto ai rischi posti invece da processi non integrati, invii e passaggi di competenze caratterizzati dalla discontinuità.
I nuovi indirizzi della Regione Marche relativi alla gestione del Fondo nazionale lotta alla droga - 2000 rappresentano una prima sperimentazione e applicazione concreta della riforma del welfare nazionale e locale. Lo scenario che prefiguriamo è di profonda innovazione degli interventi, dove i soggetti protagonisti e settoriali si coordinano tra loro e con gli altri per un welfare di comunità, dove non solo gli "esclusi" non rimangono soli ma tutto il sistema trova sinergie in un lavoro nuovo, sicuramente più difficile, ma capace di "trasformare", confrontandosi e arricchendo le opportunità necessarie per un aiuto compiuto a chi si trova in difficoltà. Un contesto che cambia, quindi, in funzione di una qualità della vita ancora possibile.
Ruolo delle regioni è quello di accompagnare i territori in questo cambiamento.

Chairman Dr. Antonio DE POLI:- «Grazie. Direi di passare la parola all'assessore regionale della Regione Lazio Anna Teresa FORMISANO. Prego assessore.»

Dr.ssa Anna Teresa FORMISANO:- «Partirò da una dichiarazione del programma della Nazioni Unite sul controllo internazionale degli stupefacenti. "Creare un impegno a lungo termine per ridurre in modo significativo la domanda illecita di droghe attraverso il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti, specialmente tra i giovani, riguardo alle droghe di abuso grazie allo sviluppo di programmi adeguati, con fondi sufficienti e messa in opera efficace e valutazione accurata". Questo è quanto recita il programma della Nazioni Unite per il controllo internazionale degli stupefacenti, che già da quattro anni ha dato precise indicazioni circa la necessità di azioni mirate verso la riduzione di domanda di droghe, soprattutto nei confronti della popolazione giovanile. È ovviamente un obiettivo ambizioso, tanto che nel programma si fa menzione di cambiamenti di atteggiamenti e di comportamenti. Tutti sappiamo che comportamenti e atteggiamenti giovanili non si cambiano con piccole o grandi campagne informative sulla composizione, sull'uso, sui danni provocati dalle droghe. Per incidere su atteggiamenti e comportamenti è necessario pensare in termini ampi una politica globale nei confronti delle popolazione giovanile, al fine di garantire ambienti familiari amicali e sociali sufficientemente sani. Comportamenti e atteggiamenti si formano e quindi si modificano in funzione dei valori dominanti in una società. È necessario allora pensare, lavorare su questi livelli, piuttosto che su facili ma inutili microazioni di semplice informazione. Ciò determina un forte interesse a orientare i servizi verso una politica attiva della prevenzione, che coinvolga direttamente i giovani e che possa contribuire alla costruzione di ambienti adeguati ai bisogni giovanili. Attualmente la prevenzione appare sfuggente, non sempre di chiara definizione. Se ne parla molto, si investono anche risorse, ma generalmente su piccoli e frammentati progetti, non in grado di apportare quei cambiamenti desiderati. E generalmente i programmi preventivi si risolvono in campagne informative, che hanno senz'altro il loro valore, ma che nulla possono nei confronti della costruzione di valori e di riferimenti validi, veri motori di protezione nei confronti di comportamenti e atteggiamenti volti alla dipendenza patologica. Spesso inoltre nella prevenzione si racchiudono più livelli di intervento: la prevenzione terziaria, confondendosi con programmi di cura, prende il posto e si sovrappone a misure previste di prevenzione primaria. Di conseguenza anche le risorse previste per programmi di prevenzione possono essere utilizzate in modo estremamente differenziato, in ogni caso assai spesso a danno della prevenzione primaria. La complessità di una politica globale in tema di prevenzione deve coinvolgere le diverse istituzioni ed enti che si occupano, a vario titolo, e con differenti compiti, del mondo

giovanile. Penso alle istituzioni scolastiche, agli enti locali, alle aziende sanitarie, agli organismi per l'impiego. A questi si devono affiancare tutte le risorse provenienti dal privato sociale e dal volontariato, con la loro capacità di penetrare nei territori e di sviluppare reti più spontanee di relazione. Infine vanno coinvolte tutte quelle forme di aggregazione giovanile organizzate e non, circoli ricreativi, sportivi, culturali, religiosi, che possono diventare un anello importante nel contatto diretto con i giovani. Sono convinta che solo utilizzando tutte queste risorse in modo coordinato si potrà parlare di politica preventiva e non di singoli frammenti il cui impatto finale è estremamente difficile da valutare. La strategia che si vuole percorrere è quindi di coordinare le risorse esistenti verso una finalità comune, che non può essere di settore. Il primo punto è quindi quello di costruire una rete integrata di servizi e soggetti che imparino a condividere e a realizzare obiettivi comuni. Tutto ciò necessita di livelli di coordinamento e programmazione centrale, per evitare dispersioni, frammentazioni o addirittura dispute sterili tra i differenti soggetti. Bisogna inoltre tenere presente che è difficile, se non impossibile, quando di parla di prevenzione primaria, suddividere programmi e interventi di prevenzione dall'uso di droga, da quelli di prevenzione dall'uso di alcolici o di prevenzione dell'abbandono scolastico o di prevenzione di un più generico stato di disagio giovanile. È necessario esplicitare un modello culturale in cui i comportamenti liberi dall'uso di sostanze siano premiati e valorizzati e in cui i valori positivi dei giovani ritornino ad essere la curiosità, l'amicizia, la solidarietà, l'impegno a costruire un futuro, e non solo la ricerca individuale verso sensazioni forti, verso l'arricchimento a scapito degli altri, verso atteggiamenti furbeschi di sopraffazione. In questa visione maniacale di emergere in forma competitiva, senza scrupoli, anche l'abuso di sostanze contribuisce a colmare i vuoti interiori, a nascondere le normali e fisiologiche difficoltà individuali, a proteggersi da confronti e verifiche sentite insostenibili. Si dovrebbe quindi iniziare la prevenzione quale strumento di promozione di una migliore e più sana qualità della vita, con l'obiettivo comune di modificare atteggiamenti e comportamenti che denotano situazioni di disagio e che possono sfociare nell'abuso di sostanze legali e illegali. Ma per aspirare a un impatto positivo in questo ambito è necessario che tutti i soggetti che operano nel settore escano dalle proprie specifiche nicchie, siano esse teoriche, operative o di semplice convenienza. I servizi sanitari hanno compiti istituzionali di prevenzione, lo stesso dicasi per i servizi sociali, per le istituzioni scolastiche, addirittura per le forze dell'ordine. Perlomeno per gli organismi che dipendono dalla medesima istituzione è doveroso pensare in termini coordinati una politica attiva di prevenzione. La creazione delle reti è ormai un tema conosciuto nel campo delle tossicodipendenze, si parla di reti integrate di servizi, di reti pubblico -privato - sociale ed è ormai chiaro, come è stato già ribadito anche nell'ultima conferenza nazionale sulla droga, che è necessario il contributo differenziato di tutti per affrontare questo tema assai complesso. In questi anni si è incrementato, seppur con difficoltà, lo scambio tra servizio pubblico e privato sociale, soprattutto per programmi di cura e riabilitazione. Ora è il momento di lavorare per rafforzare i collegamenti, utilizzarli in ambito preventivo e includere gli enti locali. D'altra parte è quanto previsto dalle ultime norme per la riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, laddove si specifica la necessità di integrazione per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Dall'ultimo accordo Stato - Regioni in tema di riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti, leggiamo l'indicazione di alcune misure prioritarie da sostenere per favorire una reale integrazione e una pari dignità fra pubblico e privato.

Penso all'ampliamento di tipologie di pacchetti privati acquistabili, che garantisca da un lato il riconoscimento di competenze nel frattempo acquisite dal privato e dall'altro possa spostare alcune offerte dalle tipologie di prestazioni classiche verso tipologie più attuali. La realizzazione di percorsi formativi comuni ai due settori, soprattutto in tema di valutazione diagnostica e di definizione di percorsi terapeutici, l'incentivazione di esperienze di integrazione territoriale in cui siano condivise regole, strumenti, metodologie. Una

riflessione attenta, a mio avviso, dovrà essere fatta sull'intesa Stato - Regioni e sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso. Tale atto dovrà definire le regole di base, le modalità di valutazione, ma anche quelle delle verifiche, elementi che costituiscono la base essenziale e necessaria per garantire la collaborazione e la fiducia e la pari dignità tra pubblico e privato. Dovremo quindi stabilire quali criteri e quali standard adottare per garantire servizi qualitativamente validi, efficienti ed efficaci, anche a livello di eccellenza, siano essi servizi pubblici o del privato sociale. Negli ultimi anni si sono sviluppate interessanti esperienze circa i criteri di valutazione e gli standard minimi di qualità, anche rispetto a questi si sono avute esperienza interessanti. Ora il compito della Regione è di scegliere quali criteri far propri e in seguito applicarli e monitorarli con sistematicità. Tutto ciò va verso un sistema di certificazione della qualità in cui possano essere definiti e chiari gli obiettivi, le modalità di lavoro, gli strumenti, le procedure e i risultati che si ipotizza di raggiungere. Sicuramente è una strada non facile, ma allo stesso tempo utilizzare questa logica ci permette di usufruire di un metodo e di strumenti, che facilitino i processi di apprendimento e di formazione degli operatori in un ottica di miglioramento continuo della qualità. Inoltre la strada della certificazione della qualità offre alla Regione uno strumento prezioso di monitoraggio dei servizi programmati e derogati, e quindi anche uno strumento per poter svolgere le proprie funzioni di controllo, di gestione, di programmazione e di coordinamento. È necessario a questo punto riflettere su come siano stati impostati i servizi per le tossicodipendenze e su quali direttive si siano mossi. Sappiamo che molto è stato attuato, sia nei servizi pubblici che nel privato, che le esperienze locali dimostrano una costante crescita professionale e organizzativa, che le tipologie delle prestazioni tendono ad essere sempre più ampie. Ma esiste un punto veramente critico circa la indicazioni di politica generale sanitaria determinata a livello regionale. Finora, con l'eccezione dell'ultimo Progetto obiettivo, l'unica indicazione chiara ed esplicita da parte della Regione è stata quella riguardo alle misure della riduzione del danno. Vi do alcuni dati: nel Lazio il 90% per cento degli utenti dei servizi pubblici sono eroinomani e, tra di essi, il 25% è costituito da nuovi utenti. La maggiore percentuale dei fruitori è una popolazione che tende a cronicizzare la dipendenza, e tale dato è confermato anche dall'innalzamento costante dell'età media degli eroinomani utenti dei servizi. Tanti studi confermano la difficoltà di uscire da tale stato di dipendenza e attualmente aumentano le ricerche, soprattutto americane, che individuano nella presenza di uno specifico gene la predisposizione e la maggiore vulnerabilità di particolari soggetti a essere dipendenti. Allo stesso tempo, studi in campo psicologico individuano la tipologia di personalità che più di altre è esposta a strutturarsi con comportamenti di dipendenza patologica. Le attuali evidenze scientifiche portano quindi a sostenere come esista uno stato di vulnerabilità alla dipendenza e che solo specifiche condizioni possono contribuire all'attuarsi dello stato di dipendenza patologica. Non può esistere, quindi, soltanto un protocollo terapeutico univoco e unidisciplinare che garantisca a lungo termine la guarigione da una situazione di dipendenza patologica. È necessario quindi continuare a verificare i risultati dei differenti approcci e ancor più tentare di integrare maggiormente le diverse strategie. Inoltre dobbiamo interrogarci costantemente se i percorsi terapeutici che si propongono possano, in alcuni casi, essi stessi contribuire a cronicizzare più che a risolvere una situazione di dipendenza. Ora, la riduzione del danno, che pure ha avuto il merito di porsi come obiettivo il prendersi cura e il mettersi in contatto con persone che non avanzano richieste esplicite di aiuto, ha finito per diventare la strategia principe di ogni intervento. Implicitamente è come se si fosse detto "continua in una situazione di patologia, cerca di attenuare i possibili effetti secondari". E come affermare che crediamo che la dipendenza patologica sia una forma cronica incurabile, che chi ne sia affetto può solo continuare a convivere con la propria patologia, tentando di gestirla al meglio, ma senza pensare di poterla risolvere. Crediamo invece che un percorso di maturazione, di curabilità, di evoluzione,

sia sempre possibile, che sia estremamente grave abbandonare una visione di immutabilità anche nelle condizioni in cui le recidive sono altamente probabili. È indubbio che sia difficile riprendere a credere in una curabilità di una situazione estremamente grave, individuare quali percorsi terapeutici e riabilitativi attivare, superare il senso di frustrazione nel verificare fallimenti operativi, ma parimenti è indubbio che la sfida che ci poniamo non è solo ideologica, ma è suffragata da conoscenze scientifiche e da esperienze cliniche. Il compito futuro è di individuare l'insieme degli elementi che devono contribuire alla costruzione di percorsi terapeutici e riabilitativi diversificati e all'organizzazione di pacchetti di prestazione da poter modulare secondo le differenti situazioni.
Uno dei fattori che contribuisce alla cronicizzazione delle situazioni di dipendenza può proprio dipendere dalla tipologia della cura. Attualmente vediamo che alla maggioranza di utenti nel Lazio viene erogato principalmente metadone. Vi do anche qui alcuni dati. In Italia i servizi pubblici effettuano trattamenti metadonici nel 47% per cento dei casi, mentre nel Lazio raggiungono il 77% per cento. Tra l'altro il metadone a mantenimento somministrato in Italia, riguarda il 24% dei casi, nel Lazio siamo al 48%. Inoltre in Italia i programmi psico - sociali riabilitativi costituiscono il 38% per cento, nel Lazio siamo al 16%. Vedete come una forte indicazione verso una politica di riduzione del danno ha comportato, nel Lazio, il fatto di orientare i servizi verso una erogazione a tappeto di metadone, riducendo al contempo le possibilità di percorsi alternativi e di trattamenti più diversificati. L'elevato utilizzo di metadone a mantenimento non può essere giustificato se non con prese di posizione di stampo più ideologico che operativo clinico. Inoltre gli stessi dati ci mostrano che la politica di riduzione del danno, tutta volta alla popolazione eroinomane, non abbia reso la maggioranza dei servizi attenta alla diffusione di nuove sostanze di abuso e alle nuove e altrettanto gravi forme di dipendenza patologica. Si pongono quindi due importanti questioni da affrontare con impegno e onestà intellettuale. Una prima riguarda la tipologia dei servizi che sono erogati, la seconda la tipologia di utenti a cui ci riferiamo. Ovviamente le due questioni sono correlate fra loro, la tipologia di prestazioni determina anche l'utente tipo che si rivolge ai servizi. Ritorna così nuovamente al centro del discorso la necessità di utilizzare le differenti risorse esistenti, proprio per garantire un ventaglio più ampio di offerte terapeutiche e riabilitative. È necessario quindi comprendere meglio gli aspetti positivi e i limiti di ogni tipologia. L'obiettivo è di poter ipotizzare percorsi calibrati per ogni singolo individuo, percorsi che prevedano prestazioni, tempi, modalità specifiche. In altre parole gli interventi dovranno essere centrati sulla persona. Ciò avverrà se si riconoscerà al servizio sanitario pubblico la competenza specialistica acquisita e garantita dalla presenza di specifiche figure professionali, se si riconoscerà al privato sociale la vocazione di centrare gli interventi sulle singole persone, di saper ritagliare per ognuno una possibilità di intraprendere un percorso che si era interrotto, e infine se si riconoscerà ai servizi degli enti locali la capacità di riconoscere il territorio, di poter fare da ponte su differenti problematiche e di dover garantire livelli di assistenza adeguati. Tutto ciò è strettamente connesso, oltre che all'integrazione dei servizi, alla promozione della ricerca e della valutazione. La seconda questione, correlata con la precedente, è relativa alla tipologia degli utenti che si rivolge ai servizi; nel Lazio è troppo elevata la percentuale di eroinomani in relazione a tutta la popolazione che usa sostanze psicotrope. Allora non è più giustificabile, dopo anni che il problema è determinato dall'uso dell'eroina o delle nuove sostanze di sintesi o dall'alcool, che i servizi si rivolgano a un pubblico ancora esclusivamente di eroinomani. Ciò era opportuno qualche anno fa e questo non vuol dire non occuparsi più di eroinomani, ma allargare gli orizzonti. Vuol dire inoltre investire in formazione e ricerca, e programmare oculatamente le risorse disponibili. L'ultimo punto riguarda il capitolo delle riabilitazione ed è una sfida ulteriore, parallela alle politiche preventive. Attualmente abbiamo in altri campi una notevole esperienza, però nel campo delle tossicodipendenze ancora non è abbastanza chiaro il discorso della riabilitazione. Di fatto noi oggi lo pensiamo soltanto come reinserimento alle cooperative sociali integrate.

E sicuramente la riabilitazione è la tappa finale di un processo di cura, ma al contempo è strumento per la cura stessa. Questo è un importante insegnamento che ci deriva dall'esperienza in altri campi, come quello psichatrico. Per quanto riguarda gli individui con problemi di dipendenza, che per un periodo breve o lungo della loro vita si sono ritirati da scambi positivi e produttivi col mondo esterno a circuiti di droga, è fondamentale poter fare incontrare nuovamente due mondi, che nutrono reciproche paure e ostilità, legate più alla difficoltà di entrambe le parti, che a reali impossibilità di convivenza.
Ritengo, a questo punto, doveroso fare una riflessione su come purtroppo velocemente stia cambiando, forse è già cambiato, il mondo delle droga con l'avvento massiccio di nuove sostanze, delle quali purtroppo ancora sappiamo troppo poco, verso le quali c'è la convinzione da parte dei giovani che non comportino assuefazione; l'esaltazione episodica, lo sballo, non viene vissuto come una dipendenza né come un danno, ma come un fenomeno episodico. E le stragi del sabato sera però sono una realtà e rappresentano la punta di un iceberg, che non può destare la giusta considerazione solo al momento del dramma, ma che va affrontato con pari attenzione rispetto agli altri interventi. Infine è opportuno rivolgere un pensiero a quei due milioni di famiglie, che ogni giorno si trovano a lottare contro il mostro droga. E credetemi, c'è veramente di che meditare, di che riflettere. E chiudo questa mia chiacchierata con una domanda. Allora le prime vittime da sostenere sono i drogati, le loro famiglie o tutti insieme?»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «Sì, io ringrazio gli intervenuti e soprattutto gli ultimi superstiti di questa serata e di questa lunga giornata. Era prevista una discussione, non so se a quest'ora ci possa essere ancora la forza o la volontà da parte di qualcuno, anche perché molti degli intervenuti non ci sono più, comunque se c'è qualcuno che vuole dire qualcosa, siamo a vostra disposizione. Se no, io tirerei le somme in velocità della sessione del pomeriggio dedicata appunto agli enti locali e alle regioni. Ecco un ringraziamento anche all'assessore ROSSETTI, in qualità di assessore della città di Genova e quindi ospitante di questa giornata, lo ringraziamo per per tutto il lavoro che ha fatto e per mantenere anche un po' di tranquillità di natura sociale, chiamiamola così, della nostra conferenza di oggi, di questa mattina. Due riflessioni velocemente. Sicuramente ci sono stati oggi due approcci: l'approccio che andava verso il documento presentato, chiamiamolo così, dal Ministero, da parte di alcune regioni e di alcuni comuni, l'altro approccio che era invece diverso rispetto alla problematica delle tossicodipendenze, cioè come quello che è approvato appunto da queste undici regioni ed anche mi sembrava dal comune di Bari, che è intervenuto, che dava questa indicazione, nel senso di andare oltre a quella che era la riduzione del danno e non solo visto come riduzione del danno. Ma ecco, queste sono le due posizioni, io vi ringrazio e vi auguro buona serata.»

PROPOSTE ALTERNATIVE DEI CARTELLI

GAMBERINI:- «Arriviamo a questo incontro in una sala ufficiale, istituzionale, al seguito di un percorso, che è già iniziato ieri: in questi mesi si è formato un cartello "Sono droghe non sono draghi", che si è riunito ieri insieme al cartello MDMA, costituendo così un movimento che ha dato vita in queste giornate a una proposta alternativa a quella che c'è stata fino ad oggi illustrata.
Questa mattina siamo partiti dal carcere alle ore 9 e 30, alcune persone si sono incontrate - come primo punto significativo, importante, che già veniva dimenticato all'interno del dibattito ufficiale - all'esterno del carcere di Marassi, qui a Genova. Da lì poi è partito un corteo che si è concentrato alla Stazione di Genova, formando un po' uno "street rave", una manifestazione antiproibizionista, che ha avuto un carattere completamente pacifico e gioioso, e che è giunta qui davanti verso le ore 13 e 30.
Allo stesso tempo abbiamo cercato di promuovere, per il pomeriggio di oggi, un incontro che potesse vedere tutte le persone che hanno contribuito a mettere in atto queste giornate di protesta, assieme ma all'interno di questa Conferenza.
L'abbiamo fatto intanto per un motivo simbolico, chiaro, cioè quello di farli entrare qui dentro, ma anche perché è nostra intenzione portare all'interno di questa Conferenza importante, non una "contro conferenza", non un qualcosa che va in direzione di uno scontro, ma una proposta alternativa, alla quale, come abbiamo potuto tutti assistere, si sono unite voci tra le più differenti. Il cartello di cui adesso stiamo parlando è estremamente eterogeneo, rappresenta un po' tutte le formazioni politiche e i diversi tipi di intervento che si sono promossi nel campo delle sostanze. Questo incontro vorrebbe avere una forma il più possibile aperta, di discussione assembleare, per cui invito tutti quelli che hanno qualcosa da dire a venirsi a iscrivere e a parlare tranquillamente all'interno di questa sede.
Vi ricordo che domani si terrà una seconda conferenza parallela alla quale parteciperanno diversi esperti europei. Ci è sembrato interessante che, insieme al cartello, oltre che alle principali associazioni, cooperative nazionali, alla rete nazionale dei centri sociali, ci fossero anche alcuni esperti europei, per far capire chiaramente che le cose che andiamo dicendo non sono deliri dell'ultima ora, ma sono le strategie che ormai vengono applicate in tutti i Paesi europei, mentre l'Italia rimane un fanalino di coda.»

Cecilia D'ELIA:- «Questa mattina, mentre voi facevate la manifestazione, alcuni di noi hanno intanto chiesto la possibilità di agire in questo spazio e ascoltato le relazioni dei Ministri. Questa sarà la prima occasione per fare insieme un bilancio di quello che è

stato detto stamattina alla Conferenza.
Mi sembra che, rispetto alle nostre richieste, la relazione della Ministra TURCO abbia aperto su molte cose, in particolare sulla necessità di rafforzare le politiche della riduzione del danno e di non legarle solo a finanziamenti straordinari.
C'era un passaggio sul fatto che il carcere non serve e non aiuta la fuoriuscita dalla dipendenza e poi, sempre sulle politiche di riduzione del danno, un passaggio sulla possibilità per gli operatori di effettuare il monitoraggio delle sostanze, non solo di quelle sequestrate dalla Polizia, ma anche di quelle in circolazione; bisogna capire quali sono i meccanismi legali che possono consentire agli operatori di fare questo.
Mi sembra che su questi punti vada riconosciuto il fatto che la nostra piattaforma, il nostro cartello, il nostro dialogo con il Governo stamattina ha ottenuto dei risultati. Non ho seguito attentamente la relazione di VERONESI, ma, da quello che ho sentito, mi sembra un'ulteriore conferma, perché il Ministro della sanità ha fatto anche un intervento da scienziato, ha portato i dati della Svizzera e ha fatto vedere come funzionano le cose lì; mi sembra che ci siano le possibilità per interloquire su questo anche domani nei gruppi di lavoro.
Il punto di caduta è stato, secondo me, l'intervento del Ministro FASSINO, perché, nonostante abbiamo più volte ripetuto che le politiche di decarcerizzazione non bastano, che si sono già dimostrate inefficaci dal punto di vista della decriminalizzazione della vita dei consumatori, FASSINO oggi ha riproposto nuove misure di decarcerizzazione, con un pericolosissimo utilizzo delle comunità in un ruolo di custodia dei tossicodipendenti. Addirittura è arrivato a dire che anche per quei tossicodipendenti già in affidamento in prova ai servizi, va sollecitato l'affidamento alla comunità perché, almeno io questo ho colto, è preferibile che siano affidati a comunità, dando alle stesse un ruolo di controllo che, secondo me, non dovrebbe essere nella loro natura. Se fossi una comunità, mi rifiuterei di svolgerlo perché è altra cosa rispetto ai compiti di queste strutture.
Mi sembra che sul terreno della depenalizzazione, indicazioni in avanti non ne sono venute, e questo dobbiamo ribadirlo oggi e domani nei gruppi in cui noi saremo, mentre sul terreno della riduzione del danno, delle politiche sociali - che però è difficile distinguere perché ritengo che fino a quando la vita dei consumatori, per molti, significherà il carcere, le politiche sociali difficilmente avranno una loro efficacia - delle aperture importanti ci sono state sia nella relazione di VERONESI, sia nella relazione del Ministro TURCO.
Forse oggi è il caso che iniziamo anche a rispondere politicamente alle cose che il Governo ha proposto questa mattina. Invito quelli che erano qui a intervenire su questo.»

GAMBERINI:- «Ora diamo la parola al dottor Leonardo MONTECCHI, del SERT di Rimini. Intanto volevo dire, anche per la stampa, che verranno effettuate le simulazioni delle analisi delle sostanze: nella sala verrà allestito un banchetto in cui alcuni ragazzi, alcuni operatori analizzeranno le sostanze con il test apposito, che è stato acquistato.»

Dott. Leonardo MONTECCHI:- «Questa giornata di oggi, secondo me, vede la nascita di un altro soggetto che partecipa alla discussione generale sulle droghe e sulla tossicodipendenza.
Perché dico questo? Per sfatare il discorso che faceva il Ministro FASSINO per cui solo le comunità possono avere in affidamento persone che escono dal carcere. Non voglio entrare nel merito della legge, ma è improprio pensare che solo le comunità possano avere l'affidamento dei tossicodipendenti, e non i servizi o i centri sociali. Perché i centri sociali non possono diventare anche loro un soggetto diretto che può fare prevenzione e riabilitazione?
Scusate, uso queste parole perché altrimenti, in questo dibattito e anche in quello sui finanziamenti, sembra che l'intervento sociale sia fatto solo dai preti e dalla Chiesa e che quest'altro tipo di intervento sociale non sia presente.

Credo che la giornata di oggi abbia portato sulla scena direttamente questa presenza, questa possibilità, questa grossa realtà. Ci sono persone in trattamento, a Milano non so quante siano: perché non possono andare al centro sociale Leoncavallo? Non si possono costruire dei progetti per cui gente che esce dal carcere vada a fare delle attività al Leoncavallo? A Bologna non si possono costruire dei progetti per cui persone vadano a lavorare nei centri sociali? Agire su questa linea significa portare via gente dal carcere, costruire dei programmi alternativi, incidere direttamente nella realtà e anche prendere un posto che ci spetta e che vi spetta.
Credo che con la giornata di oggi si stia rimarcando direttamente questo; questa presenza deve essere forte, costante e deve essere fatta sentire. Questi centri ci sono, sono realtà economiche grosse, devono contare anche da questo punto di vista.»

GAMBERINI:- «Ora è iscritto a parlare Roberto NARDINI, presidente del Gruppo SIMS che noi conosciamo più per via telematica, perché è un ospite fisso delle migliori mailing list sulle droghe in Italia. Si è concretizzato, è uscito dal network telematico e oggi è tra noi.»

Roberto NARDINI:- «Vi ringrazio, ma credo di potermi definire un antiproibizionista della prima ora perché la mia associazione, già ventisette, ventotto anni fa cominciò proprio su una proposizione antiproibizionista, cioè noi gliela diamo la droga. Siccome l'eroina non c'era, facevamo ricette di morfina. Vi dico che già a quell'epoca, sia pure con la dinamica che muove la morfina, abbiamo risparmiato un sacco di problemi, di danni, di infezioni. Su questo non c'è dubbio: è chiaro che il proibizionismo è una piaga nel panorama della droga e i proibizionisti sono un problema della droga.
Diceva MACACCARO, ormai scomparso, che la droga è un grosso problema, ma il problema di chi sfrutta questo problema è ancora più grosso e noi oggi siamo in un Paese che a volte io mi sognerei fosse civile, ma poi mi accorgo che la questione della droga la affrontiamo secondo le indicazioni di quattro preti e un guaritore.
Infatti, in questa conferenza, voi avete notato - e io credo che questo sia anche un punto di caduta - che questi personaggi famosissimi attraverso i media, che non hanno ancora dimostrato niente a livello scientifico ed epidemiologico, hanno le sessioni plenarie, dove non c'è un farmacologo, non c'è un clinico e questo mi fa pensare e mi fa veramente paura.
Il nostro gruppo è anche conosciuto come quello che, sotto la supervisione scientifica delle Università, soprattutto dei Dipartimenti dell'Università di Pisa, ha introdotto, sostenuto e veicolato le terapie, la clinica della tossicodipendenza, intesa come malattia, e vi assicuro che esiste una clinica che funziona e che il proibizionismo che sta a cuore a questi personaggi non è tanto quello sulle sostanze, perché queste sostanze poi non guariscono, anche se risparmiano danni, emarginazione, infezioni; il proibizionismo che loro vogliono è quello sulle cure.
Voi avete visto l'inserto che ha veicolato San Patrignano attraverso alcuni media, il Resto del Carlino, la Nazione, eccetera? E' una cosa allucinante: servendosi di alcuni medici, fra l'altro indagati e arrestati più volte per concussione o corruzione, a un certo punto tratta tutti coloro che, per esempio, utilizzano il metadone, che è un ottimo strumento, come distributori di droga di Stato.
A questo punto, ho lanciato anche una campagna, cioè ho detto: autodenunciamoci tutti se siamo distributori di droga. Come mai questi zombie vanno a lavorare tutte le mattine, sono normali, non hanno nessun problema, hanno evitato le infezioni, sono praticamente immuni dal ricorso alle sostanze da abuso, che io credo sia la cosa principale? Questo è il punto fondamentale.
Adesso non vi voglio fare una lezione di clinica perché non sarebbe nemmeno il momento adatto, ma vi dico che non mi aspettavo un numero così alto di partecipanti che spero siano tutti antiproibizionisti.

Dico che noi, se è vero che questo è il numero, dovremmo fare un sacrificio, essere presenti alle plenarie di questi personaggi che hanno budget di miliardi all'anno - non si sa neanche come finiscono questi soldi, non c'è un contatore all'ingresso di queste comunità e all'uscita - per vedere quanti tossicodipendenti escono, quanti fanno overdose, quanti, a un certo momento, ricadono.
Noi abbiamo un'esperienza limitata, di 204 cartelle: l'87 per cento di questi ragazzi sono reduci dalle comunità, perché il reduce è il prodotto principale della comunità.
L'altro giorno sono andato a trovare una ragazza che noi abbiamo mandato in comunità, una giovane russa, ucraina, extracomunitaria, che era rimasta incinta e abbiamo pensato, siccome non voleva abortire - anche se noi, e io personalmente, le avevamo consigliato un aborto perché c'erano anche altri problemi - di infilarla in una comunità, in un ambiente protetto, dove avrebbe potuto avere questo bambino.
Ebbene, questa ragazza è stata istigata a togliersi la cura di dosso, è piena di psicofarmaci, si è tutta tagliata ed è lì in ostaggio, perché il bambino è stato affidato al prete della comunità.
Ma quello che mi ha spaventato è che era terrorizzata. Diceva: "Se tu mi dici queste cose, oh Dio, oh Dio... Che succede? Mi mettono fuori struttura". Cosa vuol dire fuori struttura? "Ah - diceva - mi buttano in una lavanderia, non posso parlare con nessuno, non posso vedere la televisione, non posso, niente". E per quanto tempo? "Anche quindici, venti giorni".
Queste organizzazioni sono accreditate e godono di convenzioni con i SERT, ma sono illegali, perché spesso non rispettano i diritti minimi della persona.
Non voglio entrare in quello che è successo a San Patrignano; ho scritto una lettera al Presidente della Repubblica, che tutti quelli che sono in rete avranno letto, chiedendogli se è giusto che lui abbia fatto visita a quella comunità. Cosa vuol dire? Che quei metodi delle catene, delle reclusioni nei pollai, dei pestaggi terapeutici sono legittimati? E' questo che gli ho chiesto. Non ho avuto risposta. L'unica risposta è stata quella di Donna Franca CIAMPI che mi ha chiesto di accettare un contributo, così, non ho ben capito, certamente gradito, anche perché c'è un riconoscimento.
Leonardo, che mi ha parlato prima di me, era con me a Milano nella sede di un grande giornale dove siamo andati a rappresentare queste problematiche e dove ci hanno detto "Ah, MUCCIOLI non si tocca". Questo un po' mi spaventa.
La proposta che farei è questa: tutti noi, che siamo qui oggi, andiamo a queste sessioni plenarie. Stamani ero un po' solo quando parlava CARLESI, ma poi gli ho mandato un biglietto: ti fischio come medico, non come parlamentare perché un medico non può fare la figura di un cialtrone, ma ha il dovere di essere informato. Ma che cosa viene a raccontare? Che non abbiamo studi. Invece ci sono trent'anni di studi, pannelli di consenso scientifici. Un medico deve conoscere queste cose. Non dobbiamo riscoprire l'acqua calda. Le esperienze ci sono, sia quelle antiproibizioniste sulle sostanze, sia quelle cliniche sulle terapie. La proposta che lancio è questa: dobbiamo essere presenti a queste sessioni e dobbiamo materializzare il nostro dissenso con fischi, fischi civilissimi, ma fischi.»

GAMBERINI:- «Si è iscritto a parlare Gianni DE GIULI, del Livello 57 di Bologna.»

Gianni DE GIULI:- «Non voglio fare un grande discorso, ma una cosa molto semplice, qualcosa che è chiamata ancora azione di disubbidienza civile. Sto per fare un'analisi delle sostanze, qualcosa che anche la Ministra TURCO stamattina ha detto che ormai è un impegno del Governo e che sarà messa in atto. Non so come crederci. Vorrei però avvalermi della consulenza di Mister Erik FROMBERG, olandese, probabilmente il più grande esperto in materia.
Allora, questo è l'oggetto proibito, è la sostanza proibita, non si capisce perché, dato che non è una droga, è un reagente chimico, ma in Italia non si trova. Si trova ad

Amsterdam: è il reagente di Markisbar ed è accompagnato da alcune indicazioni che ovviamente sono scritte in spagnolo, in francese, in tedesco, in inglese e in olandese, ma non in italiano, ciò a sottolineare il fatto che questa è una pratica che in Europa si fa dappertutto e non si capisce perché in Italia non si possa ancora fare.
E' molto semplice: basta mettere una pasticchetta e grattarne un po' in modo che non venga tutta consumata, dopo di che si gettano alcune gocce e, a seconda del colore, possiamo dire che è ecstasy con MDMA oppure non lo è, cioè è un "pacco". Ad esempio questo è un pacco: vedete che è praticamente bianco e quando il risultato è bianco vuol dire che è assolutamente un pacco. Vediamo se abbiamo qualcos'altro. Proviamo questa polverina, ci dicono essere anfetamina. Il colore dell'anfetamina dovrebbe essere il rosso, dice il cartoncino con le indicazioni. E' rosso, è rosso, questa è anfetamina! Vogliamo fare l'ultima prova? Ci hanno dato una white, una pasticchetta con questo simpatico nome. Vediamo che cos'è. Signori, è un pacco pure questo. Vedete, c'è il rosso dell'anfetamina, ma poi c'è il bianco del pacco. Se qualcuno ha delle sostanze e le vuole testare, non commettendo così un reato - presumiamo, nel senso che non c'è nessuno scambio - qui abbiamo il kit.»

Voce maschile:- «L'eroina si può testare?»

GAMBERINI:- «Chiediamo a Erik.»

Erik FROMBERG:- «Le eroina es posible de indicar con un color azul.»

GAMBERINI:- «Vorrei aggiungere una cosa: questo è uno dei metodi possibili per analizzare le sostanze, sicuramente il più veloce, ma il meno preciso. A livello europeo, abbiamo assistito a un concatenarsi di progetti sempre più sviluppati, all'interno dei quali esistono vere e proprie stazioni mobili con le quali è possibile analizzare non solo tutti i tipi di sostanze psicotrope, ma anche le sostanze di taglio e quindi un po' tutto il panorama di quello che è possibile trovare.
Chiaramente, questo è il metodo più semplice, quello che normalmente viene proposto a livello di aggregazione giovanile.
Le unità mobili in Svizzera hanno una macchina, il cui costo è di circa 120, 130 milioni, che permette una analisi cromatica della sostanza attraverso un test che è lo stesso che fanno l'Istituto di Farmacologia, e altri luoghi di ricerca e che ci permette un'analisi pura al 100 per cento. Non abbiamo ancora la macchina, per cui ringraziamo Gianni DE GIULI per questa analisi fatta col reagente.»

Erik FROMBERG:- «Questo test ha un valore limitatissimo, è poco più di niente, ma è comunque qualcosa di più. In Olanda le persone che hanno delle pasticche possono andare nelle loro città, in diverse città, presso dei centri, dove possono testare le loro pasticche.
Il primo test è stato fatto con questo tipo di fluido: la pillola cambia colore come reazione e quindi si può vedere da che tipo di sostanza può essere fatta. Poi viene spedita ai laboratori specializzati, per essere analizzata per bene e così si può sapere che cosa contengono realmente queste pillole.
Noi analizziamo cento diverse pasticche ogni settimana e quindi la settimana successiva possiamo usare la reazione del colore come prova, per il controllo delle pasticche successive. Se escono dei nuovi colori, sappiamo che c'è qualcosa di nuovo.
La cosa migliore sarebbe che le case farmaceutiche producessero queste pillole, con lo Stato che garantisce ciò che c'è dentro. Questo è il dovere dello Stato.»

GAMBERINI:- «Grazie, dottor Erik FROMBERG.»

Gianni DE GIULI:- «Per finire, ci è stata gentilmente offerta, da una coltivazione prodotta senza pesticidi né concimi chimici sull'Appennino reggiano, TI SANA o meglio, la tisana alla cannabis. Domani ne verranno portate altre. E' un omaggio per voi.»

GAMBERINI:- «Ora è il turno di Marco RIGAMO, Arc Nordest.»

Marco RIGAMO:- «Arc Nordest è una sigla forse poco comprensibile. Significa Associazione Cooperative Robin Hood in consorzio e raggruppa una serie di realtà territoriali del Nordest, forse una delle più conosciute è Radio Sherwood di Padova.
Mi occupo di carcere da molto tempo, a vario titolo, e ci sono alcune cose che si possono dire: la prima è di invitare tutti a partecipare alle ore 18, alla Comunità San Benedetto, a un incontro più specifico sul tema "carcere e decarcerizzazione".
Sono reduce, questa mattina, da una visita al carcere di Marassi di Genova, che avviene a pochi giorni di distanza da un giro, chiamiamolo così, indagativo in tutte le carceri del Veneto, che abbiamo compiuto assieme all'Assessore Gian Franco BETTIN, pro sindaco di Venezia Mestre e assessore regionale, che ci ha accompagnato, me, Ornella FAVERO, della redazione di Ristretti Orizzonti - un giornale organizzato dal nuovo complesso penale di Padova - e alcuni esponenti dei centri sociali di tutte le realtà territoriali pertinenti alle carceri che abbiamo visitato.
I risultati che abbiamo ottenuto sono disponibili in poche copie, perché è stato tutto realizzato negli ultimi giorni. I dati che abbiamo raccolto sono assolutamente e certamente confermati da quelli che abbiamo avuto modo di vedere questa mattina assieme al Senatore MANCONI e ad alcuni esponenti dei centri sociali genovesi e ad altri interessati - una delegazione di una decina di persone. Il carcere Marassi di Genova, che è in via di ristrutturazione, è un po' meno quel carceraccio schifoso che ci ricordavamo negli anni '70 e '80.
Il dato comune è questo: più della metà della popolazione detenuta è stata messa in carcere per questioni connesse con la tossicodipendenza e con la circolazione delle droghe; più della metà della popolazione detenuta lo è per l'inadeguatezza delle normative relative ai flussi migratori. Queste due realtà molto spesso, anzi quasi sempre, si sovrappongono. Le nuove droghe riguardano gli indigeni, se così li posso chiamare, le vecchie droghe riguardano molto di più gli immigranti, quelli che noi chiamiamo cittadini del mondo e che paradossalmente non sono nessuno per la nostra società, diventano qualcuno dentro il carcere, dove trovano un minimo di assistenza alle loro patologie. Fuori dal carcere, tornano in una terra di nessuno, tornano ad essere nessuno e poi vanno di nuovo in carcere.
Quello che abbiamo visto questa mattina è un carcere di questo tipo, con queste percentuali, con pochissima socialità, con tutte le differenziazioni interne, che riguardano i detenuti protetti per reati odiosi, quelli in espiazioni di pena, quelli in attesa di giudizio e la custodia attenuata, di cui parla il Ministro FASSINO, che, su un carcere di ottocento persone, ne ospita sedici, tutte a chiusura di trattamento e tutte dopo aver usufruito di quel poco che il SERT territoriale riesce a fare, avvalendosi di quattro assistenti sociali per 16 persone, e di altri quattro per le altre 784.
Questo significa che oggi il carcere è assolutamente la principale, se non l'unica risposta che si dà al fenomeno della tossicodipendenza, insieme all'uso massiccio di psicofarmaci e ai trattamenti al metadone, che in molti casi diventano di mantenimento. Quindi, si passa da una droga ad un'altra droga.
Nel suo intervento ufficiale, il Ministro della Sanità dice quanto segue, parlando del carcere: "Resta l'enorme problema della tossicodipendenza nelle carceri. Secondo un dato che tutti ritengono sottostimato, il 30 per cento dei detenuti ha dichiarato di essere tossicodipendente, ma su 208 istituti di pena solo 98 non permettono al SERT di curare questi malati". Ovviamente il dato sottostimato è assoluto, perché la percentuale va dal 50 al 70 per cento. Dice ancora il Ministro: "Sono personalmente convinto che ogni proibi-