cisi. Vorrei che si scendesse un po' nei termini, sono quelle piccole parole che fanno sì che nel lavoro quotidiano di rapporto fra il privato sociale e gli enti pubblici nella rete ci riscontriamo, ci ritroviamo tutti i giorni.
Un invito ai governi locali, quindi dalle Regioni a cascata fino ai Comuni, a chi ha la responsabilità, che rispetto alle politiche di intervento per la lotta alle droghe del governo locale, quindi della Regione e dei Comuni, siano indicati i ruoli, i processi. E bisogna porsi degli obiettivi a breve e medio termine. I tempi e i luoghi e gli strumenti. E infine le responsabilità. È possibile scrivere questo in modo preciso in un documento nazionale?»
Voce maschile:- «Dirò due o tre punti velocissimi che riguardano la prima parte del documento: mi sembra che si polarizzi tanto, parlando dell'interazione tra pubblico e privato, mentre i problemi dell'interazione tra pubblico sono enormi. In realtà, il volume critico è molto maggiore rispetto a quelli tra pubblico e privato. Mi riferisco ai vari enti che sono anche soggetti altri, le scuole, piuttosto che le prefetture con i servizi della sanità, l'ente locale, il Comune. Un'altra cosa sulla proposta di storicizzazione dei fondi. Noi vorremmo che un progetto, una volta che è avviato, consolidato e valutato come interessante, abbia poi dei fondi dedicati di volta in volta. Però in realtà in questa visuale c'è un concetto di lievitazione della spesa enorme e anche di cristallizzazione delle esperienze. Quindi affermare che i progetti una volta che vanno bene, vanno finanziati tout court, in realtà è un po' illusorio, sia da un punto di vista della possibilità reale, perché vuol dire che allora dovrebbero sempre più aumentare i fondi; sia anche della specificità della progettualità che si innesca, perché una caratteristica dei fondi è quella di motivare un po' di innovazione. Allora bisogna vedere piuttosto se non lasciare quella seconda parte, in cui si propone un ancoraggio della ripartizione dei fondi, a una zonizzazione a una preconcertazione di zona, che si può forse accennare, ma non entrare troppo nel dettaglio, perché poi le realtà sono molto diverse, quindi forse si può solo concettualmente dire che sarebbe importante costruire un processo di preprogrammazione, come dire, per cui il reparto dei fondi sia più adeguatamente allocato. Un aspetto un po' generale sul documento. In effetti condivido la cosa che ha detto il collega prima di me. C'è il rischio, se facciamo una sintesi un po' pedissequa delle cose che abbiamo detto, tutte interessanti e in buona parte condivisibili, che il documento resti un po' un riassunto solo di sessione, che un po' è vero, perché così è, e non tanto una linea un po' distillata delle cose che abbiamo detto in una prospettiva triennale. Quindi qui dobbiamo scegliere effettivamente se fare un lavoro di redazione, mezz'oretta più lungo, ma un pochino più articolato, con la delega che, non so quando, potrà ritornare in termini di restituzione perché non c'è più il tempo, o tenerci più sul registro di un riassunto fatto bene. Ultime due brevi cose. GIANNOTI mi ha dato una nota, perché doveva andare a un meeting con la ministra, sulla funzione di programmazione della Regione. Sono poche righe, che non vi leggo, ma in sostanza che sottolineano la necessità che la Regione faccia questa base di raccolta di conoscenze e di dati e attui una programmazione almeno triennale, ovviamente in collegamento, quindi con un elemento da mettere a cappello. Ultimissima nota. Non so se come modelli di integrazione vada bene citare Roma, Milano ed altro. Nel senso che per esempio, per i colleghi di Roma, ho percepito che l'assunzione della funzione integrativa è modesta. Cioè non ho capito gli obiettivi dell'agenzia che mi sembra più un dipartimento delle dipendenze, e non la funzione interistituzionale. Allora, va bene citarla come un'importante esperienza, non la citerei come modello da seguire, perché non ho capito gli obiettivi che ha. Allora decidiamo se metterla o meno.»

Sergio SERRA:- «Sono responsabile di una comunità terapeutica per tossicodipendenti di Trieste, Finister, una piccola comunità nata da poco, ma che fa parte di una grande cooperativa che dà lavoro a trecentocinquanta colleghi e fattura quindici miliardi agli enti pubblici della nostra Regione. Era doveroso per capire da dove vengono certe considerazioni. Una cooperativa, che io tengo a precisare, e che noi tutti teniamo a precisare, fa servizi alla persona. Io ho questo concetto, questo non l'ho ancora sentito. Allora, vor-

rei brevemente che vengano aggiunte, se è possibile, due cose. Riguardo al carcere, la prima. Ho sentito, proprio ho ascoltato, un pericolosissimo, a mio avviso, silenzio da parte di colleghi del privato sociale sulle cose gravi che ha detto FASSINO ieri. Il ministro FASSINO ha detto: molto meno affidamento fuori, quindi ai SERT, alle persone condannate, per reati di droga, molto più alle comunità. Alle quali comunità daremo sessantamila lire invece che quaranta, però chiederemo in cambio un impegno sul controllo sociale, sulla sicurezza sociale, proprio questo. Io rifiuto assolutamente questo concetto. Chiedo che i colleghi qui presenti o in altre sessioni, ma questo riguarda anche quell'altra sessione con CASELLI, si esprimano su questo, e questo è gravissimo. Il privato sociale non può e non deve avere e rifiuta un ruolo di controllo sociale. È qualcosa che deve creare percorsi di salute in sinergia col pubblico. Deve essere innovativo, deve essere interessante, deve essere veloce, deve essere azienda, ancora più dell'azienda pubblica. Ma non può e non deve costruire controllo sociale, per di più svendersi per questa fame, perché sessantamila lire sono una fame, non consentono uno standard minimo di qualità, assolutamente. Riguardo all'accreditamento e alla certificazione. Noi, per la nostra cooperativa, lo stiamo già facendo in altre vie, ma siamo pronti alla certificazione. Non solo, ma eravamo già pronti all'accreditamento già due anni fa se ci fosse stato. Non perché lo sapevamo in anticipo, ma perché la nostra pratica quotidiana ci ha portato a leggere il concordato Stato - Regioni e a dire: non c'è nessuna novità, è normale che è così, che dovrebbe essere così. Però non è normale, in moltissime comunità, in moltissimi luoghi, dove viene praticato quotidianamente, adesso, non vent'anni fa. Le sanzioni urlate. Una persona che subisce in una stanza al buio venti minuti di urla da un operatore non identificato, perché sta al buio, è una cosa che succede in questi giorni in diverse comunità italiane. Succedono i declassamenti, cioè le persone che arrivano alla fine del percorso vengono portate indietro in accoglienza con persone che si sono appena fatte. Ecco mi viene in mente il concetto di Untermeschen di hitleriana memoria. Addirittura persone che non commettono, voglio dire, trasgressioni dei regolamenti, che passano da una fase all'altra, appena disintossicati, arrivano, anche con grossa fatica, dopo sei mesi di lavoro, in un luogo di residenzialità e per un mese non possono parlare con nessuno. Cioè devono stare muti, zitti. Questo succede quotidianamente nelle comunità, in molte comunità italiane del nord. Persone che vengono punite, sto parlando di cittadini malati, come dice, come dice l'UMS. Persone che vengono allontanate, fuori struttura, così si dice. Queste persone vengono costrette, anche donne, a dormire nelle lavanderie, in luoghi assolutamente non consoni, non igienici, dormire per settimane nelle lavanderie, non poter parlare con nessuno e mangiare separatamente dagli altri. Allora chiedo che queste comunità, questi servizi che praticano questa quotidianità non devono assolutamente essere certificati e non devono essere accreditati. Perché lo Stato non può, in buona fede, avviare i cittadini in un luogo manicomiale, dove si esercita l'arbitrio punitivo su quella che è universalmente ormai riconosciuta come una malattia e un diritto alla salute. Ecco, noi siamo pronti, ma devono essere pronti anche gli altri. Quindi chiedo che venga inserito, se possibile, molto brevemente, un piccolo appunto sulla certificazione, sull'accreditamento, non solo su quello che è indicato, e lo conosciamo bene, nel concordato Stato - Regioni, ma anche sulle pratiche quotidiane, e che questo venga esercitato dall'ente pubblico.»

Dott. Ignazio MARCOZZI:- «Volevo precisare, perché per mancanza di tempo non ho potuto dare informazioni, qualcosa sul regolamento organizzativo dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze: è bene precisarlo perché le differenze sono molte. Allora l'istituzione provvede agli interventi di prevenzione ed emarginazione del disadattamento sociale, di assistenza sociale, di riabilitazione e reinserimento scolastico, lavorativo e sociale, in materia di tossicodipendenze. In coerenza col consiglio comunale e via dicendo. Rileva ed analizza le cause locali di disagio familiare e sociale che favoriscono il disadattamento dei giovani e la dispersione scolastica, gestisce l'uso di una tenuta di duecentoquaranta ettari dove ci sono le tre comunità di Città della Pieve, provvede alla gestio-

ne, anche mediante convenzione con gli organismi esterni delle comunità terapeutiche, le altre anche presenti nel circuito, da definirsi nel piano programma, provvede a fornire supporto all'assessorato per l'elaborazione di strategie delle politiche attraverso azioni informative e di studio sul fenomeno delle tossicodipendenze e sui relativi trattamenti.
La proposta è quella di differenziare. E' la proposta dell'agenzia comunale come istituzione, che non ha più nulla a che fare con gli uffici di tossicodipendenza dei Comuni. Su tutto mi pare che ci sono le esperienze di Milano, di Roma e di Napoli e lei le unificava. Sono molto diverse.»

Dott. Mario PETRELLA:- «No, non le omologavo. Dicevo che l'unica cosa che loro rapportavano era un coordinamento interistituzionale e tra varie agenzie.»

Dott. Ignazio MARCOZZI:- «Direi che invece è integrato nel senso, che oltre a questa operazione di coordinamento ha anche una rete propria, quindi non so se di proprietà e di gestione.»

Voce maschile:- «Sembra che qualcosa non sia emerso in questo gruppo di lavoro. Vale a dire l'atto di intesa prevede, e rimanda poi al ministero della sanità, che il ministero definisca i requisiti formativi e professionali dei nuovi operatori assunti. E il ministero della sanità dovrebbe definire anche il sistema delle tariffe minime. Questi sono gli articoli 7 e l'articolo 24 del nuovo atto d'intesa. Ora, su questi punti ci siamo bloccati nelle nostre Regioni. Perché i nostri funzionari ci hanno detto: fino a che il Ministero della Sanità non definisce questi criteri non possiamo far partire l'atto d'intesa. Stamattina il ministro OLEARI parlava di un lavoro fatto. Io ho avuto la fortuna di averne una bozza tra le mani, ma mi sembra che da questo lavoro non emergano né il tariffario minimo, né tantomeno i requisiti per i nuovi operatori. Allora chiedo, se è possibile, che sia inserita nella relazione, anche questa necessità, che il Ministero della Sanità possa rendere attuabile il nuovo atto d'intesa.»

Marco DE GIORGI:- «Sono il coordinatore dell'unità di strada "Kangoo" della Asl 4 di Torino. Riassumo e faccio una proposta su cose che sono state aleggiate, ma forse non sono state specificate bene. Da una ricerca in corso a Torino e provincia, che stiamo elaborando attraverso un coordinamento delle attività di bassa soglia, emerge che il 75% di questi servizi, e sono quindi tra strutture mobili e fisse, a bassa soglia, quindi senza patto terapeutico, sono gestiti direttamente dalle SERT delle Asl. Più del 50% vengono finanziati col fondo nazionale, e quindi qui c'è un vizio comunque che penso sia già presente. Il 50% dei dipendenti sono del privato sociale. Il restante 50% sono, in pochissimi casi strutturati, dipendenti della Asl, per la stragrande maggioranza con contratti di collaborazione coordinata e continuativa come diceva giustamente LASAGNA. La proposta è: andiamo avanti così, ci strutturiamo, ci ingegniamo a fare qualcosa oppure manteniamo a livello di precariato queste persone, perché in effetti per quanto a piccoli passi si stia cercando di omologare questi contratti a quelli strutturati, mancano ancora parecchie cose. Siamo iscritti all'Inps, io sono in questa condizione; dal 16 marzo di quest'anno abbiamo L'Inail però mancano un'altra serie di tutele che vengono trattate direttamente col responsabile, il dottor CONSOLI in questo caso, di anno in anno, a seconda del contratto. Credo che ciò debba essere considerato in questo documento.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Sì, questo è un punto delicatissimo. Era previsto tra gli interventi iniziali, ma non ha fatto in tempo a venire perché ha perso a Malpensa l'aereo, il presidente di DROM, che è un consorzio di cooperative nazionale. Perché dico questo? Se siete d'accordo, in due o tre righe, noi dovremmo dire che il mondo del privato sociale ha una grande articolazione di soggetti, tra questi vi è anche la cooperazione, che per tutta una serie di funzioni convenzionate, è necessaria: primo che le gare di appalto che

gli enti pubblici fanno, non siano al ribasso ma siano di qualità e che si costruiscano delle garanzie sindacali di lavoro per queste persone.»

Voce maschile:- «Anche nei rapporti individuali, non solo di cooperativa.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Anche nei rapporti individuali, non solo di cooperativa. Siamo d'accordo su questo concetto tutti quanti? Perché sicuramente è determinante. Facendo riferimento all'applicazione del contratto. Però bisognerebbe ricordare che le gare non devono essere al ribasso, ma di qualità.»

Voce maschile:- «C'è una novità, che Marco mi comunicava a pranzo. È che gli ordini professionali pare che stiano per emettere una normativa, che non è cogente sul piano di legge, che impedisce ai propri iscritti di instaurare queste collaborazioni coordinate e continuate. Che è una cosa pazzesca.»

Voce maschile:- «Questo di per certo vale per l'ordine degli psicologi, io parlo del Piemonte, di quello che conosco. Di per certo vale per gli infermieri professionali. Mi manca il dato dell'ANEP, degli educatori, però questa è la situazione. Vogliono o rapporti strutturati, o a fattura, cioè aprire la partita I.V.A. e diventare liberi professionisti. Dimenticando forse, che per esempio noi coltiviamo le infermiere, da noi mancano gli infermieri; una tirocinante che ha fatto la tesi sulla riduzione del danno, che è venuta con noi quasi un anno come volontaria, volevamo assumerla con questo contratto, è stata bloccata dal suo ordine. E lei ha preso il diploma quindici giorni fa. Non penso che riesca a gestirsi rispetto a un lavoro da libero professionista, dopo questo periodo, come non penso che riesca a entrare attraverso un concorso nell'organico strutturato della Asl.»

Dott. Riccardo DE FACCI:-«Soltanto attraverso una strutturazione di una serie di servizi possiamo dare la stabilizzazione e il percorso anche alle professionalità che sono costruite all'interno. Nel senso che in questo momento le collaborazioni possibili sono legate alla precarietà dei progetti. Fino a quando hai un progetto di sei mesi difficilmente si riesce ad andare ad assunzioni. Nel senso che sono molto legate a un elemento di strutturazione del sistema dei servizi anche le modalità contrattuali, di affidamento. Secondo elemento. Esistono gli ordini di alcune categorie, che hanno una cassa mutua interna e quindi obbligano alcune forme di prestazione, la partita I.V.A. piuttosto che altro, perché è legato al loro tipo di sistema, come gli infermieri e gli psicologi. Quindi è un problema di organizzazione. Credo che nel documento vada posto l'elemento di stabilizzazione, l'elemento, che poi è per legge, che la stabilizzazione e la prestazione continuativa che ha orari, non può assolutamente avere la prestazione professionale né provvisoria né continuativa. Cioè orari stabili non ammettono quel tipo di forma di contratto. Quindi credo che come elemento di stabilizzazione, vada messa l'applicazione dei contratti di categoria, perché credo siano quelli sui quali si sta ragionando e riprenderei e rafforzerei, perché non so se c'era, un impegno molto forte del Ministero della Sanità all'applicazione dell'atto d'intesa, che riguardava le rette, l'applicazione, lo sviluppo regionale e la riconvocazione del gruppo di lavoro che aveva costruito l'atto. La non convocazione in questo anno di quel gruppo di lavoro non ha permesso di avere un luogo nazionale a cui far avere questo tipo di osservazioni. Allora l'idea è quella di andare a costruire, in maniera molto rapida, di andare a riprendere quello che la legge dice, che è: di nuovo il tavolo nazionale di coordinamento rispetto alla verifica dell'applicazione dell'atto, le rette minime e il non stravolgimento dei vari servizi. Legato a questo, ci sono i coordinamenti regionali che sono previsti nell'atto.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Ringraziamo tutti quanti. Ripeto, perdonateci per le pecche che troverete in queste due paginette, ma lo spazio a disposizione è piccolo.»

INCLUSIONE SOCIALE POSSIBILE

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Droghe e inclusione sociale. Parlarne significa discutere di una situazione molto complessa, che coinvolge società e stili di vita, poteri criminali e sistema economico, chiamare in causa istituzioni e amministrazioni pubbliche.
E' possibile affrontare questa complessa questione in tutte le sue articolazioni in un'ottica che non sia semplicemente di presa d'atto o di stabilizzazione dell'attuale condizione di prevalente emarginazione ed esclusione. Oppure è possibile immaginare e costruire percorsi di contrasto alla diffusione delle droghe e dei danni sociali che esse producono, percorsi di contrasto che abbiano al centro alcuni obiettivi, come sottrarre chi consuma droga al destino dell'emarginazione, al circuito della devianza e della criminalità, creare condizioni che favoriscano riabilitazione e inclusione sociale? E' possibile?
Queste le domande che credo questa sessione debba porsi e nella quale cercheremo insieme di dare almeno qualche risposta, nella consapevolezza di alcuni fatti: che l'esclusione oggi opera su tutti i piani e che di conseguenza, se l'obiettivo deve essere quello dell'inclusione, è su tutti i piani che dobbiamo cercare di operare e nessuno, neppure chi ha accumulato un importante patrimonio di esperienze con il proprio lavoro in varie forme, a vari livelli, può vantare certezze e proporre ricette, se non altro per il continuo, incessante mutamento degli scenari.
Uno dei più classici meccanismi di esclusione sociale che operano nei confronti dei tossicodipendenti, lo sappiamo e di questo anche oggi vogliamo parlare, è rappresentato dal sistema penale. In quel volume che tutti sicuramente conoscete, "Il Carcere in Italia", scritto negli anni '70, c'è il capitolo "Chi va in carcere e perché". Se i tossicodipendenti in carcere sono circa il 30 per cento su quasi 54.000 detenuti, ciò vuol dire che il sistema penale, che per sua natura, ontologicamente tende a produrre e produce esclusione, opera in modo straordinariamente efficace proprio nei confronti dei tossicodipendenti, al punto che essi sono la categoria sociale più penalizzata dal punto di vista della carcerizzazione.
Si possono immaginare interventi volti a modificare in modo più o meno incisivo le norme incriminatrici in materia di droghe, così come si può legittimamente ritenere che non vi sia spazio per interventi in questa direzione. Un dato, in ogni caso, comunque emerge con certezza. Le cifre dimostrano che il sistema penale colpisce i tossicodipendenti in misura ancora così pesante, anche a distanza di anni ormai dal referendum che ha abrogato le norme che punivano il consumo. Non basta osservare che i tossicodipendenti che sono in carcere non lo sono per il fatto di essere consumatori di droghe, si tratta di prendere atto che, a maggior ragione, se non è quella delle riforme delle norme penali una

delle strade che si intende percorrere, si tratta di prendere atto che diventa ancora più urgente comunque operare per spezzare il legame che fatalmente si crea fra assunzione di droghe e circuito della devianza anche penale.
E allora, credo che bisogna battere due strade prima di ogni altra. La prima significa dire che il carcere non deve essere il luogo che, non offrendo opportunità adeguate di carattere terapeutico riabilitativo, non valga né ad avviare il percorso di uscita dalla tossicodipendenza né, a maggior ragione, a promuovere l'uscita dalla devianza. In secondo luogo, occorre intensificare le politiche di decarcerizzazione in direzione della esecuzione penale all'esterno del carcere.
Un altro banco di prova delle politiche di inclusione è quello dell'integrazione dei servizi, di quelli pubblici territoriali che devono essere posti in condizioni di assicurare le prestazioni di loro competenza, di quelli offerti dal vasto universo del privato sociale e di quelli stessi che operano all'interno delle istituzioni che fanno parte del sistema Giustizia, carcere in primo luogo, ma anche, laddove lo si è sperimentato o lo si sta sperimentando, uffici giudiziari.
L'esperienza dimostra che, quando si lavora o si è lavorato in questa direzione, si sono realizzati e si realizzano risultati positivi e che invece quando - come nella fase attuale, ancora confusa, non esaurita, che si sta vivendo, di passaggio dall'assistenza ai detenuti tossicodipendenti dalla Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale - l'interrogazione trova ostacoli, è difficile mantenere anche gli standard acquisiti.
Passo ora la parola a Leopoldo GROSSO che è stato incaricato di tenere la relazione introduttiva.
I nostri lavori sono poi organizzati con interventi richiesti dal DAS, dalla Regione, interventi già programmati ex ante e poi con quelli di tutti coloro che intervenienti appunto, si sono iscritti.»

Dott. Leopoldo GROSSO:- «Sono qui in qualità di coordinatore della sessione di lavoro della Consulta che oggi ha il nome di Inclusione sociale e che ieri aveva il nome di Emarginazioni più dure. Parlerò di queste tre cose, riduzione del danno, inclusione sociale e carcere.
Dei quattro pilastri che si stanno affermando in tutta Europa rispetto alla politica delle droghe, quindi la lotta al narcotraffico, la prevenzione, la cura e riabilitazione, la riduzione del danno, il quarto pilastro è essenziale. Sappiamo quanto sia difficile ancora oggi la sua affermazione in Italia. Gli interventi che oggi ci saranno sono tanti e probabilmente alcune questioni si sovrappongono le une sulle altre.
Il riferimento è il lavoro del gruppo della Consulta che, nel documento che vi è stato inserito in cartella, sono le pagine tra 11 e 19. Oggi cerchiamo di lavorare sul concreto, dentro ma anche fuori, forse, ai limiti legislativi presenti, con delle proposte.
Verranno presentate le linee guida del Ministero sulla riduzione del danno, che sono un punto di arrivo importante; sono frutto di più di un anno di lavoro di un gruppo specifico, ma la riduzione del danno non è solo una strategia sanitaria, è anche, e forse soprattutto, una strategia sociale. L'esperienza ci consente di estrapolare anche una sorta di linee guida per la riduzione del danno sociale che significa azione di contrasto all'emarginazione, affermazione dei diritti.
Ma caliamoci nel concreto, quali azioni sono possibili? Una prima azione è l'integrazione psico - sociale degli interventi farmacologici. Avremo un intervento apposta oggi su questo e qui, nella nostra sessione, quando parliamo di interventi farmacologici, parliamo soprattutto di metadone a mantenimento. Non è tanto il problema, dal nostro punto di vista, di una estensione, anche se c'è una difficoltà di questo tipo, dell'accesso al metadone, di migliorare il sistema dell'affido; non è solo un problema di valutazione che pure c'è ed è importante, di capire l'efficacia nei trattamenti, alcune ricerche sono in corso, il cantiere è aperto, anche se non abbiamo ancora risultati forti da questo punto di vista.
Il problema è, direi, soprattutto dal punto di vista della riduzione del danno sociale, una

questione di integrazione di funzioni e quindi di integrare l'intervento farmacologico con quello psico - sociale. Il metadone, quando funziona, quando il trattamento riesce, vuol dire essenzialmente tre cose: svincolo dalla piazza e quindi dalla dinamica, per il soggetto, della ricerca del denaro e del pusher, vuol dire tempo liberato perché non si è più vincolati in questa ricerca ossessiva e quindi vuol dire che vengono create le condizioni per modificare lo stile di vita. Vengono create le condizioni per modificare lo stile di vita, che non si modifica automaticamente con la somministrazione metadonica; qui è estremamente importante quindi la necessità di produrre dei progetti di tipo psico - sociale che affianchino il trattamento farmacologico, nella ricerca di un rapporto attivo col territorio, perché molto spesso i soggetti hanno difficoltà a ricostruirsi da soli questo rapporto col territorio e quindi necessitano della nostra mediazione. Questo rischia di essere il punto di fragilità di molti trattamenti per tanti motivi, per scarsità di risorse ma anche per resistenze culturali.

Una resistenza culturale non ancora vinta è il no alle borse lavoro a chi è in trattamento metadonico. In molte parti questo riesce, ma in molte altre questa linea non è ancora passata. Oppure il no dal carcere all'affido ai servizi sociali, se una persona è in trattamento metadonico.

Queste sono resistenze culturali assolutamente da abbattere, ma riusciremo a farlo solo se sapremo creare una forte integrazione ai trattamenti farmacologici con gli interventi sociali, tenendo presente che la persona che decide di entrare in trattamento metadonico ha tre grosse resistenze con cui fare i conti. A volte non entrano facilmente nel trattamento metadonico protratto per tre contropartite che il soggetto deve offrire. Una è la mobilità ridotta: tutti i giorni deve prendere il metadone, gli affidi non sono semplici e cosa voglia dire ridurre la mobilità per una persona tossicodipendente lo sapete meglio di me. Due, la paura della scimmia da metadone, che si ritiene, ed è nei fatti molto più lunga, a volte, da sbrogliare che non quella da eroina. Il terzo vincolo più sottile, ma molto più profondo, è l'identità di tossicodipendente cronico, che oggi si affibbia a chi fa un trattamento metadonico protratto. Tu sei quello che tutti i giorni fa una coda per andare a prendere il metadone, sei quello per il quale l'opinione sociale dice non ci sono più molte speranze di recupero.

Teniamo presente che, con le difficoltà che hanno molti ragazzi a entrare in trattamento, noi dobbiamo lavorare su questo tempo liberato e ciò vuol dire offrire, insieme al trattamento farmacologico, la possibilità di integrazione sociale, che vuol dire integrare le nostre funzioni e quindi le nostre risorse.

A volte i SERT riescono a fare tutto, a volte no. Su questo punto, sicuramente, c'è una convergenza forte tra SERT e privato sociale. Quando un SERT non ce la fa a mettere in campo tutte le risorse psico - sociali disponibili, deve chiedere aiuto al privato sociale, anche perché abbiamo sempre detto, l'abbiamo sempre sostenuto, di non dare il metadone a categorie aprioristiche di utenti; bisogna fare dei progetti personalizzati, non solo per individuare i milligrammi di metadone, ma anche il programma di inserimento sociale. Spero che l'integrazione delle risorse che si giungerà prima o poi a compiere sotto l'egida dei Dipartimenti porti a questo.

Questa a noi sembra oggi una priorità perché giustamente i trattamenti del mantenimento protratto si stanno ampliando, diffondendo, hanno numeri sempre maggiori, però devono essere fortificati dall'integrazione psico - sociale.

Un'altra seconda azione riguarda le emarginazioni dure, quando la privazione dell'integrazione diventa anche privazione dei diritti. Parliamo soprattutto la popolazione dei senza fissa dimora e degli stranieri clandestini, i primi, senza carta di identità, i secondi senza documenti. Per condurre efficaci azioni di contrasto gli strumenti ci sono. Il problema è riuscire ad applicarli e guardate, sembrerebbe un problema secondario, ma poi diventa decisivo. Bisogna che qualcuno si faccia, in qualche modo, carico del fatto che la normativa venga applicata, non è un automatismo, per concedere una dimora a chi non ce l'ha, almeno nominale. Avere la dimora nominale presso l'Anagrafe vuol dire per

lo meno potersi fare la carta d'identità e senza carta d'identità oggi non puoi vantare alcun diritto, nessuna prestazione assistenziale, tanto meno sanitaria, perché il libretto sanitario viene dopo la carta d'identità. Gli strumenti ci sono e la legge 1228 del '54, l'ordinamento dell'anagrafe e della popolazione residente, rinforzata dalla circolare Brancaccio del '96 consente di eliminare il cosiddetto blocco 45, ovvero il blocco anagrafico per i senza fissa dimora; i Comuni che si danno da fare riescono a offrire una dimora almeno simbolica, una via del Comune numero 1, in cui le persone senza casa possono per lo meno avere i documenti.
Lo stesso per gli stranieri. Ci spostiamo sull'assistenza sanitaria, la legge 40 è molto chiara, il regolamento attuativo anche: dice che gli stranieri senza permesso di soggiorno e quindi clandestini hanno diritto a cure essenziali, urgenti ancorché continuative. Mi sembra che la dicitura sia questa, c'è una circolare importantissima che citava anche ieri la Ministra di passaggio, che è una circolare del Ministero della Sanità, dell'Ufficio 10, la numero 5 del 24 marzo 2000 - scusate se entro in dettagli ma questi diventano strumenti di lavoro fondamentali, o riusciamo a conoscerli bene per farli applicare o altrimenti i diritti rimangono diritti negati - con la quale si decide che lo straniero senza permesso di soggiorno temporaneamente presente, STP, ha diritto addirittura a un codice, a un tesserino rispetto al quale la circolare ribadisce che la cura per la tossicodipendenza sta completamente dentro. Questo vuol dire che i SERT possono, e alcuni già lo fanno, però sono ancora pochi, prendersi in carico in tutto e per tutto i soggetti stranieri senza permesso di soggiorno, come ha detto ieri il Ministro, per il resto, prima si curano e casomai poi, se la legge ci obbliga a mandarli a casa, si vedrà.
Questo apre una tematica che adesso non approfondisco. Abbiamo organizzato, cercando di costruire questa Conferenza, come era stato deciso dalla Consulta, anche per linee esterne, quindi con delle precedenti conferenze a Reggio Emilia e per l'occasione nella città di Bagnolo, un convegno su Immigrazione e Tossicodipendenza, dove è stata prodotta la cosiddetta Carta di Bagnolo e oggi pomeriggio penso che verrà il Sindaco di Bagnolo ad illustrare le azioni prioritarie in questa direzione.
Se il problema è far sì che la legge venga applicata, bisogna farla conoscere, molti dipendenti anche pubblici non la conoscono, bisogna superare le lentezze burocratiche, smascherare i rifiuti nascosti che molto spesso stanno dietro alle lentezze burocratiche, ci sono storie inenarrabili intorno all'applicazione della 1228 sui senza fissa dimora e quindi bisogna, come si diceva forse un tempo, vigilare e in qualche modo dobbiamo mettere in piedi informalmente una sorta di osservatorio di applicazione. Questo è il destino di tutte le grandi leggi di riforma sociale in Italia, che rischiano di rimanere in parte inapplicate, se non si lotta anche un po' per la loro applicazione.
Terza linea di azione è il carcere. C'è tutta la prima parte del documento, da pagina 11 a pagina 19, che dà richiamo a quanto prodotto dalla Conferenza di Napoli e purtroppo non sempre attuato, fino addirittura al rispetto della privacy per i detenuti.
Stamattina penso che il dottor MAISTO farà anche una dissertazione rispetto alle ripercussioni della recente decretazione, quindi sulle conseguenze che ciò ha per le persone tossicodipendenti, cosa che non c'è nel documento. Mi limito ad accennare a una sola questione che mi pare centrale, cioè la necessità di andare oggi per i detenuti tossicodipendenti verso un grande regime di probation e quindi una grande iniziativa per gli affidamenti, che non siano solo affidamenti alla comunità e mi sembra che questa sia la grande necessità. Qui torna tutta la problematica dei trattamenti metadonici integrati, ancora forse più necessitati dal fatto che c'è un affidamento formale a un servizio: la cosa è che questi trattamenti metadonici, adesso che c'è stato il passaggio al Sistema Sanitario Nazionale, vengano iniziati dai SERT all'interno del carcere e quindi in qualche modo preparati anche già farmacologicamente all'interno del penitenziario, perché qui ci troviamo oggi di fronte a una sotto utilizzazione delle stesse opportunità offerte dalla legislazione. Paradossalmente i detenuti non riescono a fruire di tutte le opportunità che ci sono per uscire dal carcere e per fare i programmi che in qualche modo spet-

terebbero loro come diritto.
Possiamo individuare tre zavorre. La prima è la non conoscenza, l'ignoranza, che aumenta se poi sono detenuti stranieri, per la difficoltà della lingua, la difficoltà a sapere, molto spesso la difficoltà dei riferimenti esterni per potere applicare questi progetti. A volte, voi sapete, anche la difficoltà ad avere il pubblico patrocinio; molti di questi ragazzi sono ancora iscritti nel loro stato di famiglia, per cui non hanno nemmeno il diritto ad avere il pubblico patrocinio, perché hanno un reddito superiore e quindi, paradossalmente, la famiglia non ci pensa perché dice che un po' di galera magari li contiene e fa bene; così rimangono senza avvocato. Soprattutto le resistenze sono anche un po' nella cultura della passività, perché si pensa che il periodo di detenzione sia breve e tutto sommato vale la pena di passarselo in carcere. Quindi, una prima zavorra è conoscenza. Su questo noi sappiamo quanto potrebbe essere utile uno sportello per i detenuti. Qualche operatrice dice, e forse lo ribadirà oggi, che non è necessario un giurista, basta una buona assistente sociale, che conosca un po' la materia e sappia dare le indicazioni, possiamo anche bypassare l'avvocato in molti casi, per fare i progetti.
La seconda zavorra è una cultura che ancora persiste, secondo me è ancora prevalente nella magistratura di sorveglianza, sempre in bilico tra il garantismo dovuto dei detenuti e essere garanti della sicurezza generale. La magistratura di sorveglianza si muove un po' a pendolo, come sempre, su queste due necessità. Però il problema è anche di configurazione culturale delle scelte di molti giudici, che si sentono più sicuri se l'affidamento è in comunità. In realtà, sappiamo che paradossalmente non è così, che molto spesso alcuni affidamenti in comunità sono solo rassicuranti per l'opinione pubblica, ma anche per il giudice stesso, che pensa che il ragazzo sia più controllato 24 ore su 24; in realtà sono molto più a rischio di continuità di quanto non siano alcuni affidamenti territoriali, soprattutto se fatti in un certo modo.
Qui bisogna fare due azioni. Una, di formazione e di confronto con la magistratura di sorveglianza per ragionare sui dati, sulle evidenze e due, portare avanti delle sperimentazioni. Allora, con dei giudici che in qualche modo vogliono approfondire e capire, facciamo le sperimentazioni, non dico di fare come si fa all'Istituto Superiore di Sanità, col doppio cerchio, tra quelli che si affidano a comunità, quelli che si affidano ai servizi sociali, però apriamo un comune terreno di riflessione per riuscire a capire i dati.
La terza zavorra mi sembra che invece riguardi i servizi. Sappiamo che non tutti i servizi pubblici sono uguali, come non tutte le comunità sono uguali; è vero che anche nei servizi pubblici esistono delle sacche che continuano a non entrare nel carcere, non solo perché non ci sono le convenzioni. Ieri ci davano un dato: sono solo 40% i SERT che entrano nel carcere, ma direi che, anche quando, a volte, ci entrano, non ci investono a sufficienza. Quando il detenuto scrive per trovare una soluzione alternativa, molto spesso si risponde con l'indicazione burocratica: questa è la lista delle comunità.
Mi sembra che la terza zavorra siano delle sacche di servizio, che non investono ancora a sufficienza sul carcere, che è un compito istituzionale, d'obbligo della legge 309 e che è deontologia anche professionale. Su questo bisogna aprire un discorso all'interno delle comunità, anche all'interno dei SERT e vedere quali azioni c'è da fare. Altro punto, le azioni di contrasto sull'emarginazione. Qui vuol dire riduzione del danno sociale, ampliare e rendere più strutturali, come si diceva anche nelle relazioni dei Ministri ieri, gli interventi a bassa soglia, l'estensione della rete dei servizi a bassa soglia, costruire la rete e mettere in piedi l'opportunità, Comune per Comune. Ogni anno a Torino noi abbiamo periodicamente l'emergenza freddo, l'inverno è considerato una emergenza nonostante la ciclicità. Bisogna fornire conoscenze, una volta che esistono le opportunità, e bisogna poi produrre anche l'accompagnamento, cioè formare la capacità di poter fruire di queste opportunità perché, con l'emarginazione dura, questi percorsi non sono affatto scontati. Pensate solo alla difficile tematica dell'invio, quanto per questi soggetti senza più tanti riferimenti, anche un po' difficili nelle modalità relazionali, non sia possibile fare un invio classico verso un altro servizio, come facciamo con gli utenti "nor-

mali". Bisogna in qualche modo accompagnarli e quindi sviluppare anche una cultura non solo della costruzione di opportunità, mense, dormitori, informazioni, docce, lavanderie e drop - in, ma anche una cultura della relazione che produca l'accompagnamento e formi la capacità di poter fruire delle opportunità.

Le azioni positive per l'inclusione. Questo vuol dire opportunità di lavoro a largo spettro, misurare anche le poche offerte di lavoro che possiamo disporre con la reale capacità dei soggetti, che va dalla costruzione di centri diurni, per coloro che hanno ancora capacità molto fragili, sono molto indeboliti, a inserimenti lavorativi veri e propri. Lo strumento delle borse lavoro non deve essere l'unico e le cooperative sociali non devono essere l'unico terminale degli inserimenti lavorativi di queste persone; abbiamo sempre insistito che abbiano funzioni trampolino e invece in realtà, nei fatti, poi non è così, perché le disponibilità sono poche. Serve una strategia per l'inclusione che sia una strategia di ricostruzione dei legami sociali, sapendo che solo con l'integrazione noi leghiamo insieme tre obiettivi fondamentali, la salute personale del soggetto, la sanità pubblica e l'ordine pubblico. Noi sappiamo che le città sicure si costruiscono solo se riusciamo a produrre più integrazione sociale e l'integrazione sociale la fa la nostra azione, in quel senso della costruzione dei rapporti. Pensiamo quindi anche a un controllo sociale, non abbiamo paura di questa parola, però un controllo sociale leggero, che sia di aiuto anche alla persona e che, guarda caso, poi, a conti fatti, vuol dire anche un risparmio sui conti economici. Quindi, è un'operazione lungimirante.

Un'altra azione fondamentale di cui abbiamo bisogno è lavorare sul gruppo dei tossicodipendenti, questa parola inglese difficilmente traducibile, empowerment, che vuol dire rafforzare, rendere protagonisti i ragazzi, gli utenti, e valorizzare le risorse che pur ci sono. La tossicodipendenza solo in pochi casi annienta completamente l'individuo; la maggior parte dei casi nasce dalle risorse che richiedono comunque protagonismo e integrazione.

Bisogna raccogliere queste risorse e quindi dialogare con loro in un rapporto, che però non è più un rapporto asimmetrico operatore/utente, in senso classico, ma deve essere un rapporto di maggiore vicinanza che in qualche modo sappia raccogliere le loro proposte.

Le unità mobili, i drop - in: tante iniziative vanno in questa direzione, magari hanno cominciato banalmente nel raccogliere insieme le siringhe sporche sulle strade, hanno costruito i giornali di strada, hanno cogestito insieme dei servizi; oggi sappiamo quanto sia importante l'aiuto che ci possono dare le persone tossicodipendenti anche attive nello svolgere dei ruoli di informazione, di conoscenza e anche di sostegno e a volte anche di salva vita dando loro il Narkan per salvare chi è in overdose.

Le risorse potenziali ci sono: sono fragili, a volte difficili anche da organizzare, però sono un patrimonio che dobbiamo riuscire a vedere con uno sguardo diverso, che non è solo lo sguardo clinico. Quindi, dovremmo recuperare anche un po' della legge BASAGLIA in questa direzione e quindi uscire dalle nostre asimmetrie.

Non parlo delle altre due azioni che sono di inclusione sociale, come la prescrizione controllata di eroina, perché lo farà stamattina il professor CANCRINI, che non ne ha parlato ieri in Plenaria e ci ha chiesto di poter intervenire alle 11 a proposito del lavoro di conoscenza che l'Osservatorio italiano della droga sta conducendo in questa direzione; non parlo neanche della legalizzazione della cannabis, perché anche questa è un'azione di inclusione sociale e la riflessione viene dalla Francia e dal mondo della clinica. Il centro MARMOTTAN, quello di OLIVENSTEIN, di Parigi, ci dice che mantenendo nell'illegalità centinaia di migliaia di ragazzi che fumano gli spinelli, forse non costruiamo così un buon rapporto con le istituzioni e quindi forse si può parlare anche qui di legalizzazione.

Tralascio anche il terzo tabù, almeno in Italia, che è quello delle injecting rooms, delle sale di consumo della droga che, anche queste hanno la funzione di togliere i ragazzi dalla strada, di evitare certi rischi e di produrre, anche qui, un contatto, una vicinanza

con una popolazione spesso difficile.
Mi sono semplicemente limitato a tracciare un quadro, che potrebbe anche starvi stretto, ma tenete presente che qui oggi noi possiamo anche lavorare sulla cornice e sulla dimensione della cornice, possiamo estenderla e possiamo definirla diversamente.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Chiederei di intervenire per primo al dottor Francesco MAISTO, della Procura Generale di Milano, magistrato. Il titolo del suo intervento "La Giustizia e le norme tra sanzione e inclusione".»

Dott. Francesco MAISTO:- «Ho condiviso con molti dei presenti il lavoro di preparazione di questa Conferenza e quindi anche la redazione del documento al quale faceva riferimento poco fa Leopoldo GROSSO, così come avvenne anche per la redazione del documento della Conferenza Nazionale di Napoli e quindi rinvio, per molte argomentazioni, a quei documenti. Credo però di dover segnalare in qualche modo, le innovazioni, le novità e i fenomeni che emergono sempre di più in questo campo.
Il primo problema fondamentale è oggi quello a proposito dell'esplorazione, nella coppia inclusione/esclusione sociale, della forte commistione del rapporto quasi inestricabile tra tossicodipendenza, senza fissa dimora ed extracomunitario. E' un fenomeno emergente che, mi si passi il termine, mette insieme tre aspetti patologici nella stessa personalità, con una serie di problematiche, alcune a noi già note per quanto riguarda lo svantaggio sociale, penso per esempio ai senza fissa dimora, altre dal punto di vista del trattamento. C'è un problema di politiche sociali e di relazioni, così come è stato impostato da Leopoldo GROSSO, ma la prima tappa vera dell'esclusione sociale è la negazione di fatto dei diritti fondamentali della persona umana, laddove ciò che viene in rilievo non è l'appartenenza, la categoria, la tessera, il far parte di una chiesa o di un'altra, quanto piuttosto la nuda vita dell'essere umano.
In questa materia, cioè quando ci muoviamo sul terreno della marginalità sociale, si fa sempre fatica a discriminare, a distinguere ciò che è effettivamente oggetto di rilevanza, di riconoscimento di soggettività giuridica, per l'essere umano, cittadino straniero ma comunque titolare e portatore dei diritti fondamentali della persona umana, e ciò che invece gli viene gentilmente concesso dai servizi, dall'assistenza pubblica, dall'assistenza privata o dallo Stato.
Credo che questo sia il primo e fondamentale problema, il riconoscimento delle soggettività giuridiche, perché il limite del dibattito sui diritti dei consumatori e dei tossicodipendenti consiste innanzi tutto nella rappresentazione di questi come una galassia indistinta, vischiosa, che quindi non consente di chiarire a quale punto si vada a collocare la negazione del diritto e cioè se a livello di previsione o di qualificazione, ovvero a livello di tutela sia essa tutela giudiziaria o extra giudiziaria.
Su questo terreno ci sono dei diritti chiari e dei diritti, consentitemi di usare questo termine, opachi. I diritti dei tossicodipendenti variano in funzione dello status, della situazione giuridica specifica in cui si trovano e quindi non sono uguali per tutti. Certamente c'è una soglia di diritti fondamentali della persona umana, inviolabile e dei diritti di cittadinanza che la Costituzione e la Dichiarazione universale riconoscono a tutti. Si tratta, in particolare, per limitarsi ai diritti specifici dei tossicodipendenti o dei consumatori in quanto tali, dei diritti a) ad essere informati ed educati; b) ad essere ascoltati; c) ad essere rappresentati; d) ad essere risarciti. Essi si collocano tutti nella categoria della protezione dell'integrità umana e non cessano di essere diritti per il solo fatto di presentarsi in forma non completa o, come alcuni dicono, in forma zoppa.
C'è poi il problema dei diritti dei tossicodipendenti detenuti e su questo credo che la Consulta abbia prodotto abbondante materiale, come si rileva dai lavori preparatori e cioè il diritto all'assistenza e soprattutto all'assistenza sanitaria negli istituti di pena e qui il rinvio è a tutte le norme dell'ordinamento penitenziario e alle norme successive. Quali sono gli elementi nuovi che ci fanno pensare che una parte di questi diritti opachi in real-

tà si vada offuscando sempre di più nel corso del tempo, che è poi il senso del discorso che cerco di fare questa mattina? Come voi ben sapete, noi abbiamo un sistema di giustizia penale nei confronti dei tossicodipendenti autori di reato che, nella stessa previsione normativa, nasce come sistema integrato con i servizi di salute e quindi anche con quelli relativi alle tossicodipendenze. La tesi è questa: l'approccio normativo al sistema integrato servizi, salute e giustizia penale ci consegna un sistema con tendenziale punizione del tossicodipendente che delinque, condizionato però alla terapia. Invece, l'approccio empirico ci offre un quid completamente diverso e cioè una giustizia penale autoreferenziale, sganciata, nel senso che non è nel sistema empiricamente determinata. Per essere ancora più esplicito e assertivo, voglio affermare che nonostante le previsioni normative e i dichiarati impegni di governo, il sistema giustizia penale, servizi, salute dei tossicodipendenti che delinquono non è ancora un sistema a regime, anzi, direi ancora di più, è un sistema che rischia, per alcuni numeri che vi farò vedere tra poco, di andare fuori regime, di andare fuori norma.

La seconda tesi è che conviene chiedersi se si debba ancora coltivare un sistema di questo tipo. Se questa è l'enunciazione, nel contesto della legislazione vigente, non si può omettere l'opzione di fondo, quella cioè di tenere sempre distinto il modello terapeutico dal modello di funzionamento della macchina della giustizia penale, in modo che non ci siano improprie commistioni dell'uno con l'altro o comunque in modo tale che non ci sia una realtà asservente rispetto all'altra così come è avvenuto molte volte nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale. Ma non ci si può nascondere che le scelte vanno in un senso completamente diverso, penso per esempio ai lavori della Commissione LA GRECA, insediata a suo tempo dal Ministro FLICK e cioè al cosiddetto patteggiamento terapeutico, del quale pure parla il documento di preparazione del Congresso e credo allora che bisogna capire con precisione che cosa sta avvenendo in questo ultimo periodo. Uso due lucidi che sono tra quelli prodotti dall'Amministrazione penitenziaria.

Il primo lucido mostra una tabella con il Quadro complessivo delle misure alternative, con i casi pervenuti nell'anno di riferimento; se letta dall'alto verso il basso, guardando la prima tabella a sinistra, cioè quella che indica gli anni dal 1976 fino al 2000, vedrete che vi dà dal 1976 fino al 2000 un trend di crescita delle misure alternative fino ad arrivare alla Conferenza Nazionale di Napoli e cioè fino al 1997, quando, tenuto conto dei livelli di crescita di decarcerizzazione in vista di programmi di reinserimento sociale ivi compresi i programmi trattamentali, terapeutici per tossicodipendenti, si raggiungono 24.939 misure alternative. Nel 1998 i casi pervenuti diminuivano ed erano 23.391, fino ad arrivare, al 1999, laddove i casi pervenuti si abbattevano tanto da arrivare a 17.926, cioè siamo in un picco di decremento di alternatività rispetto al carcere. In questa prospettiva, viene da chiedersi quale praticabilità possa avere la proposta di ieri del Ministro di Giustizia, che parlava di allargamento ulteriore dei parametri normativi per accedere alle misure alternative al carcere, laddove invece, a parametri normativi attualmente esistenti, il sistema non produce ciò che dovrebbe e cioè quella integrazione tra giustizia penale e servizi, fatta in maniera tale che, se a livello edittale le pene sono alte, però poi si compensa la rigidità del sistema sanzionatorio con la flessibilità dell'esecuzione della pena, sicché le misure siano in qualche modo compensative rispetto alla rigidità della sanzione penale. Abbiamo invece un abbattimento delle misure. Ma c'è qualcosa in più. Se andate a verificare la combinazione dei casi pervenuti e degli affidamenti che prima venivano indicati come 47 bis, e poi sono 94, del Testo unico della legge sugli stupefacenti, sia dalla libertà che dal carcere, dal '98 al '99 abbiamo una diminuzione di utilizzo di quella misura specifica che fu creata proprio per i tossicodipendenti, l' affidamento per tossicodipendenti o alcool - dipendenti. Di converso, abbiamo invece un aumento, vedete nella casella delle detenzioni domiciliari, della misura che è la meno adatta per quella funzione di empowerment di cui parlava Leopoldo GROSSO, cioè dell'affidamento. Quindi abbiamo, a decremento dell'affidamento e specificamente dell'affidamento terapeutico, un aumento delle detenzioni domiciliari, pur nel tratto costante

della diminuzione delle misure alternative. Questo pone una serie di problemi.
Il primo problema è, indipendentemente da ogni questione, da ogni opzione ideologica o scientifica che si faccia sull'assetto normativo attuale del Testo unico sugli stupefacenti, se si debba ancora continuare a praticare una soluzione sistemica di questo tipo, oppure se non bisogna pensare a qualcos'altro. In questa prospettiva allora, non è certamente questa la sede, va posto il problema della collocazione che avrebbe, per esempio, nella revisione del sistema sanzionatorio di cui al Codice GROSSO, tutto il problema delle sanzioni a carico dei tossicodipendenti che commettono reati, visto che una sanzione specifica, autonoma, in quel sistema sanzionatorio riformato, non è prevista.
L'aumento delle detenzioni domiciliari, tendenzialmente anche per i tossicodipendenti, ci porta a dire un altro dato, cioè che in molti casi noi dobbiamo prevedere una ristrutturazione dei servizi pubblici o anche delle iniziative all'interno delle comunità per tossicodipendenti, perché la misura è più rigida, nel senso che laddove si prevede la detenzione domiciliare, allora il servizio pubblico deve pensare a portare il metadone o altro presso l'abitazione e non è più il tossicodipendente che va verso i servizi.
Se prendiamo in considerazione l'altra tabella, vado avanti velocemente, per quanto essa riguardi il primo semestre del 2000, in relazione ai casi pervenuti, vediamo che la somma tra 6.846 e 2.949 ci dà 10.760 misure alternative, il che vuol dire che anche a raddoppiare non arriveremo mai alle 23.391, alla fine del 2000. Il sistema quindi, così come è congegnato, non funziona.
Ci sono delle sacrosante esigenze per provvedere in alcuni casi specifici, con decretazione d'urgenza, in relazione ai sussulti e agli assalti della criminalità organizzata. Però bisogna porre il problema se e che cosa comporti l'applicazione del decreto legge che due giorni fa è stato approvato dal Governo, che non prevede un'esclusione per fasce di devianti che commettono reati, in particolare mi riferisco al decreto legge 24 novembre 2000, numero 341, perché, se applicato ai tossicodipendente, soprattutto per quanto riguarda l'articolo 10, sulla parte relativa alla modifica della legge SIMEONE, nella parte relativa alla sorveglianza elettronica in caso di arresti domiciliari e di detenzioni domiciliari, se applicata anche ai tossicodipendenti, e soprattutto se in comunità, (articolo 16, comma 5 bis), dice che non possono essere concessi gli arresti domiciliari a chi ha posto in essere una condotta punibile a norma dell'articolo 385 del Codice penale nei cinque anni antecedenti al fatto per cui si procede; il che significa che si nega alla radice, per quanto concerne i tossicodipendenti, che il percorso tossicomanico possa essere accidentale. La risposta sanzionatoria, per quanto in via cautelare, diventa qui inflessibile nel senso che il tossicodipendente che nei cinque anni, per un qualsiasi altro fatto, abbia commesso condotte che siano di approssimazione al 385 Codice penale, come quindi anche lasciare la comunità, quindi non è necessario che ci sia una sentenza, ma solo una condotta analoga a quella di cui al 385 del Codice penale, non potrà mai più avere la misura attenuata, cioè né gli arresti domiciliari, né le prescrizioni e così via e dovrà necessariamente rimanere in carcere.
Credo che, su questi due punti fondamentali, vale la pena di coltivare ancora un sistema di intreccio pena/terapia come quello delineato dal DPR 309/90, vale la pena di applicare anche ai tossicodipendenti il decreto legge così come nella previsione governativa; naturalmente la mia posizione non è che in termini estremamente negativi. Ancora una volta, se non si partisse a formulare le norme e le sanzioni dalla specificità del malessere, ma se si partisse invece dalla generalità della delinquenza per poter approdare poi alla tossicodipendenza, si commetterebbe un grosso errore di politica legislativa e quindi non si farebbe, per chi lo merita, una attività di inclusione sociale, bensì di esclusione sociale.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La parola alla dottoressa Daniela GALEONE, dirigente del Ministero della Sanità. Il suo intervento è intitolato "Linee guida per la valutazione dei progetti di riduzione del danno".»

Dott.ssa Daniela GALEONE:- «Ringrazio innanzitutto per questo spazio che ci è concesso per la presentazione di questo documento molto importante, voluto sia dal Ministro della Sanità che dal Ministro della Solidarietà Sociale.
Vorrei partire un attimo dalla legge 45, che ha dato delle indicazioni per il finanziamento dei progetti, in particolare di riduzione del danno, prevedendo quindi, proprio da parte del Ministro della Sanità, l'elaborazione di un documento per la verifica e la valutazione degli stessi. Questo documento, voglio dare solo un cenno su questo in particolare, perché è già stato elaborato e ha ricevuto anche l'intesa dal Ministro della Solidarietà Sociale, un parere positivo dal nostro Consiglio Superiore di Sanità, perché comunque riguarda la tutela della salute e però deve essere esaminato adesso dalle Commissioni parlamentari competenti prima di essere emanato definitivamente.
Soltanto un cenno quindi su questo: è un documento che si compone di tre parti. La prima riguarda la qualità progettuale e quindi la necessità di una valutazione ex ante per qualsiasi intervento di riduzione del danno; una seconda parte dà delle indicazioni per i singoli tipi di programma e infine una terza parte è ampiamente dedicata proprio alle caratteristiche che deve avere un programma di valutazione dei risultati e di valutazione degli esiti degli interventi che sono stati realizzati.
Accanto a questo documento voluto dalla legge 45, contemporaneamente è stato elaborato un documento molto più ampio, molto più articolato che riguarda appunto la riduzione del danno, documento che è stato fortemente voluto soprattutto dopo la Conferenza di Napoli dai Ministri della Sanità e della Solidarietà Sociale ed è stato realizzato da noi, funzionari del Ministero, ma soprattutto da un gruppo di operatori del pubblico e del privato sociale, che hanno lavorato insieme a noi per mettere a punto questo testo, che chiaramente non vuole innanzitutto riflettere sulle motivazioni che inducono alla tossicodipendenza, chiaramente non è questo l'obiettivo, ma ha lo scopo soprattutto di dare delle indicazioni, perché finalmente si riteneva, già dopo Napoli, che fosse maturo il tempo perché gli interventi di riduzione del danno uscissero dal carattere di progettualità, dal carattere di emergenza per particolari situazioni territoriali, ma diventassero parte integrante dell'offerta routinaria di assistenza ai tossicodipendenti da parte dei servizi, intendendo per servizi sia quelli pubblici che i servizi del privato sociale, sempre nell'ottica della rete di cui abbiamo già sentito parlare molto ieri. Rete che deve quindi coinvolgere tutti gli enti che operano nel campo della tossicodipendenza, ma anche tutte le rappresentatività della società nell'ambito di ciascun territorio e quindi non soltanto pubblico e privato sociale ma anche i Comuni e le Forze dell'ordine; tutto il tessuto sociale deve cooperare alla realizzazione di questa rete integrata.
Questo documento parte anche da un'affermazione fondamentale, contenuta nell'accordo Stato/Regioni del 21 gennaio del '99 cioè che, al centro dell'interesse dei servizi, deve esservi la persona. La persona quindi con tutti i suoi bisogni; al centro dell'interesse ci deve essere la tutela della salute della persona, indipendentemente da una formale richiesta d'aiuto della persona stessa e soprattutto indipendentemente dalla volontà di aderire a un programma drug - free e dalla volontà di accedere ai servizi.
Questo parte dalla considerazione che i problemi legati alla tossicodipendenza e i rischi che, nel corso della sua vita di tossicodipendente, un individuo deve subire, affrontare sono molto numerosi e che non consentono risposte univoche; per cui, se l'obiettivo dei servizi è sicuramente quello ottimale di ottenere una liberazione, una soluzione globale del problema della tossicodipendenza, anche gli obiettivi di una migliore qualità della vita, di una maggiore inclusione sociale, di un recupero di spazi e di tempi per il tossicodipendente non possono essere considerati di minore importanza e non possono soprattutto essere considerati una resa nei confronti della tossicodipendenza.
Quello che questo documento vuole sottolineare è soprattutto il fatto che gli interventi di riduzione del danno, anziché essere una resa, sono un impegno molto forte per tutti gli operatori e per tutti i territori.