Forse è molto più "facile" lavorare con le persone che si recano spontaneamente al servizio, che comunque manifestano chiaramente una richiesta di intervento, di essere inseriti in un qualsiasi programma di trattamento più o meno personalizzato cioè tarato sull'individuo, però è più facile lavorare su chi spontaneamente accede ai servizi.
La difficoltà maggiore che richiede una formazione professionale particolare, un'attenzione ai problemi molto profonda, una sensibilità individuale da parte degli operatori e da parte di tutta la struttura, della direzione delle aziende, della programmazione a livello regionale, è la riduzione del danno; parliamo di interventi che, anziché essere di resa, impegnano fortemente i servizi e tutto il sistema di assistenza alle persone tossicodipendenti. La riduzione del danno, in questo senso, si struttura come un intervento di sanità pubblica, perché ha la tutela della salute del singolo tossicodipendente o di gruppi di consumatori, recuperando una migliore qualità della vita della persona. Interrompendo molto spesso il connubio tra tossicodipendenza, attività illegali, emarginazione, consente anche complessivamente una tutela della collettività; anche in questo senso la riduzione del danno può essere considerata come uno strumento di prevenzione, che è prevenzione primaria se si fa riferimento alle patologie evitate e in particolare quindi alle malattie infettive, prevenzione secondaria e terziaria se ci si riferisce all'uso di sostanze in generale.
Gli interventi di riduzione del danno che già sono stati attuati nel nostro Paese e inizialmente soprattutto come progetti e quindi con carattere sperimentale, hanno teso a raggiungere almeno uno di questi obiettivi che vedete elencati, che sono tutti molto importanti: innanzitutto ridurre la mortalità e la morbosità correlata alla droga - soprattutto si pensi anche alla mortalità per overdose - ridurre o eliminare l'uso endovenoso di sostanze o comunque ridurre in genere l'uso di oppiacei, migliorare la qualità della vita del tossicodipendente o del consumatore problematico, consentendogli di recuperare spazi di vita, un tempo che normalmente è invece dedicato esclusivamente alla ricerca della sostanza e quindi al suo essere tossicodipendente, prevenire l'uso problematico di sostanze, questo è un altro obiettivo molto importante, soprattutto quando si fa riferimento al grosso problema delle nuove modalità di consumo. Questo richiede una attenzione particolare, perché richiede la capacità di conoscere come si modificano, e molto velocemente, i comportamenti dei giovani assuntori di sostanze e di conoscere il loro atteggiamento nei confronti delle sostanze, il loro non riconoscersi come "appartenenti" al mondo dei drogati. Al tempo stesso bisogna dare agli operatori la capacità di intervenire, ed essere in grado di dare informazioni corrette ai giovani consumatori e aiutare la motivazione verso comportamenti di vita e stili di vita più salutari, non improntati a un consumo facile di sostanze. Un altro obiettivo molto importante, e qui ritorniamo col concetto di rete e col concetto di collettività e di tutela della salute pubblica, è quello di stimolare la comunità al problema della droga per prevenire l'emarginazione dei tossicodipendenti, evitando quindi reazioni molto spesso irrazionali nei confronti delle persone tossicodipendenti che si trovano a vivere su un territorio e quindi, anziché creare una situazione di esclusione sociale, aumentare, nell'ambito di un territorio, la consapevolezza della necessità di servizi di prevenzione e cura per le tossicodipendenze.
Questi interventi molto spesso si rivolgono proprio alle persone che sono più difficilmente raggiungibili, che, per situazioni particolari, anche temporanee o per motivazioni personali, non hanno ancora la capacità o la volontà di essere inserite in programmi di trattamento più strutturati.
Però questo non vuol dire che gli interventi di riduzione del danno debbano essere fini a se stessi. Ogni intervento deve rispondere a una strategia e deve comunque avere un obiettivo e stimolare all'attivazione di un cambiamento. E' chiaro che l'intervento non sempre riesce a determinare un cambiamento, ma comunque consente di raggiungere un primo contatto, una prima relazione con una persona, che altrimenti molto difficilmente verrebbe a contatto con i servizi.
E' fondamentale uscire dalla logica del servizio come struttura, come sede chiusa nella

quale si aspetta che arrivi l'utente, ma è molto importante acquisire questa sensibilità e questa volontà di uscire sul territorio, di andare dove il territorio lo richiede e questo, ancora una volta, richiede capacità molto profonde di conoscenza del territorio, delle sostanze che vengono usate, dei comportamenti dei consumatori, delle loro modalità di aggregazione, e anche dei riti, della quotidianità delle persone che consumano sostanze in quel dato territorio.

Accanto agli obiettivi generali di cui abbiamo detto prima, esistono tutta una serie di obiettivi specifici: favorire la presa di contatto precoce - torniamo appunto ancora una volta al discorso dell'uscita dalla struttura per entrare in contatto col consumatore e ridurre quanto più è possibile il tempo di latenza, che a volte può durare anche anni - stabilire un rapporto con persone che non hanno intenzione di andare verso i servizi (che probabilmente non sanno che possono ottenere delle risposte dai servizi, perché loro stessi non hanno chiara l'idea di che cosa vorrebbero avere da un servizio a cui si rivolgono), facilitare l'accesso ai servizi, favorendo poi anche l'accompagnamento verso le offerte che ci possono essere in un determinato territorio, costruire un rapporto significativo operatore/utente. L'intervento di riduzione del danno, l'uscita sulla strada, il creare un contatto, serve a far sì che la persona tossicodipendente sappia di avere qualcuno a cui fare riferimento. Come diceva ieri il professor CANCRINI, a volte un intervento può essere anche di attesa, cioè il non fare nulla ma far sapere alla persona che c'è qualcuno che è in grado eventualmente di dare un aiuto che, come abbiamo detto anche ieri, è anche molto spesso un aiuto per la soluzione di problemi materiali immediati; anche quella è una risposta a bisogni che deve essere data, e in tempi rapidi. Può essere talvolta la necessità di avere una accoglienza per un alloggio temporaneo, per un breve tempo, la possibilità di avere una pausa dalla quotidianità di tossicodipendenza, di avere un posto su cui stare, su cui riposare, senza essere pressati dal dover per forza aderire a un programma di trattamento, se ancora non si è maturata questa convinzione o non c'è una situazione perché questa maturazione sia avvenuta.

Ritorniamo al discorso della rete. A volte sembra di ripetere cose che dovrebbero essere ormai patrimonio di tutti, però siccome non è così, è bene ritornare su questo. Integrare le offerte terapeutiche significa proprio, anche dal punto di vista economico, di cui molto spesso si parla perché c'è anche la necessità di ottimizzare le risorse che ci sono nel settore della tossicodipendenza, che sono sempre insufficienti per i problemi che ci troviamo ad affrontare, che tutti devono mettere a disposizione le loro professionalità, le loro capacità, le loro specificità. Si è parlato anche ieri di pari dignità tra pubblico e privato, ma non è soltanto una questione di pari dignità, è proprio una capacità di integrazione, per cui ognuno offre quello che sa fare meglio e lo mette a disposizione di tutti. Questo è un concetto che deve passare: non vogliamo un servizio pubblico che faccia tutto a 360 gradi, né il servizio privato che faccia tutto a 360 gradi, ma, dalla individuazione delle reciproche specificità, dal coinvolgimento anche degli altri enti che sul territorio operano nel settore della tossicodipendenza, può nascere la possibilità di offrire un servizio migliore a queste persone.

Ancora una volta, obiettivo specifico è evitare la cronicizzazione e favorire spazi di autonomia di vita. Poi dovrebbe esserci anche la capacità di lavorare con le persone che ancora consumano sostanze, che possono però a loro volta essere di tramite, di aiuto, per allargare ancora maggiormente il contatto con altri utenti, per dare una serie di informazioni fondamentali per la riduzione di quei rischi di cui parlavamo prima, per la riduzione della mortalità per overdose, per la riduzione della trasmissione delle malattie, in particolare dell'HIV, per l'acquisizione di stili di vita comunque meno rischiosi, anche se si continua a consumare sostanze. Predisposizione di interventi con gli utenti per cui l'utente non è un soggetto passivo ma, per quanto possibile, partecipa attivamente alle azioni che vengono realizzate con lui, oltre che per lui. La valutazione dei risultati degli interventi sicuramente è un elemento fondamentale che non può essere considerato soltanto come un criterio di qualità aggiuntivo, ma deve essere parte integrante di qualsia-

si attività che venga programmata.
Questo volume poi esamina tutte le tipologie di intervento, quelle che dovrebbero entrare nella routine del sistema di trattamenti; si parla di interventi di strada, della distribuzione di materiali, di profilassi delle strutture a bassa soglia, dei farmaci sostitutivi, nell'ottica della riduzione del danno, dell' attivazione delle risorse dei consumatori, della riduzione della mortalità per overdose, della importanza del counseling, di tutte le problematiche di riduzione del danno e detenzione di tossicodipendenti e di extracomunitari, nelle particolari problematiche della riduzione del danno alcool - correlato, che ha anche la peculiarità di essere una sostanza psicotropa legale, il che comporta anche un'altra serie di problemi e di tutto il campo dei nuovi utilizzi.
Questo testo contiene un capitolo sugli interventi innovativi. Ne abbiamo sentito parlare anche ieri, sono interventi ancora preliminari, realizzati in alcuni paesi, sono esperienze comunque molto interessanti, delle quali dobbiamo assolutamente tenere conto e che necessitano, se vogliamo pensare a un'eventuale attuazione di analoghe iniziative nel nostro paese, anche della soluzione di problemi, sia legali che amministrativi.
Vorrei dire una parola solo sull'analisi delle sostanze, che è una tematica molto importante, soprattutto per quanto riguarda le nuove sostanze, anche per la creazione di quel sistema di allerta rapido, che ci è anche richiesto a livello europeo.
Anche in questo campo stiamo facendo qualcosa, però è difficile riuscire a ottenere delle informazioni rapide sulle sostanze che circolano sul mercato, perché ancora adesso possiamo avere informazioni solo sulle sostanze che provengono dai sequestri. Stiamo cercando almeno di ottenere che queste sostanze sequestrate possano poi eventualmente essere sottoposte a controlli da parte di altri laboratori particolarmente indicati, per evidenziare le caratteristiche dei prodotti che sono in commercio e quindi delle sostanze che magari non sono ancora incluse in tabella e quindi non sono considerate stupefacenti, ma che comunque potrebbero avere degli effetti sulle persone che le consumano.
C'è quindi anche il quadro internazionale, una breve panoramica su quello che si fa a livello europeo nel campo della riduzione del danno e in generale sulla problematica della droga.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Diamo la parola al professor CANCRINI, in qualità di Presidente dell'Osservatorio Italiano Droghe.»

Prof. CANCRINI:- «Il Ministro Livia TURCO mi ha chiesto, in quanto Presidente del Comitato Scientifico dell'Osservatorio, di presentare quello che il Comitato Scientifico dell'Osservatorio sta facendo sul tema somministrazione terapeutica di eroina in questa sede, invece che nella Plenaria di ieri. Il ragionamento che è stato fatto è che questa è la sede in cui ragioniamo con i tecnici, cioè con le persone che lavorano, e siamo meno sottoposti, diciamo, alla passerella delle grandi opzioni politiche e possiamo ragionare un po' più serenamente.
Il Comitato Scientifico dell'Osservatorio ha preso in esame le esperienze che sono state fatte in Svizzera, naturalmente, come era inevitabile, e ha preso in esame con molta attenzione anche l'esperienza di cui si parla di meno, che è quella inglese.
Dico subito che non c'è un giudizio definitivo del Comitato Scientifico, che intende visitare le strutture e aggiornarsi anche sulle esperienze che si stanno facendo in Olanda, per i motivi che adesso vi dirò.
In Svizzera, il programma che è stato portato avanti sulla base dei referendum è, come sapete, sperimentale, ed è stato controllato da una équipe di esperti, diretta da Hugh TENNAGHEN, a cui partecipavano degli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Perché la decisione di alcuni Cantoni, permessa dal governo svizzero, aveva creato delle perplessità a livello di OMS ed è stato chiesto al governo di riferire in modo molto accurato su quello che stava accadendo.
Avete sentito parlare tutti molte volte dell'esperienza svizzera. Vorrei sottolineare alcuni

particolari che, secondo me, rendono i suoi risultati di incerta valutazione. Il primo problema è quello che riguarda una forte contraddizione fra le indicazioni che emergono dal rapporto e i criteri di inclusione del campione. I criteri di inclusione del campione chiedono che la persona abbia problemi di eroina da almeno due anni; da almeno due anni significa non dei cronici e non delle persone che hanno fatto molte altre esperienze. Sappiamo tutti, la letteratura ormai ce lo dice, i lavori di Carla ROSSI in particolare, di Tor Vergata, l'hanno dimostrato con chiarezza, che mediamente i tossicomani da eroina arrivano al contatto con i servizi dopo cinque anni di abitudine. Due anni è veramente poco. Questa sperimentazione controllata con eroina è stata fatta con i pazienti normali utenti dei servizi, non è stata diretta a una categoria specifica, non è stata vista come un tentativo di intervenire, laddove gli altri metodi avevano fallito. Nelle raccomandazioni finali si consiglia invece che l'eventuale dilatazione di questa esperienza riguardi soltanto situazioni molto selezionate e che abbiano fallito i precedenti tentativi. Non si capisce bene, se avrete modo di studiare questo rapporto vi troverete di fronte alla stessa perplessità che abbiamo avuto noi, il perché di questo passaggio, in cui probabilmente c'è un insieme di ragionamenti che sono in parte scientifici, in parte politici, insomma c'è una complessità della questione che va studiata.

Il secondo problema su cui insiste in particolare TERNEGET, che è il direttore del Centro di Ginevra, è il seguente: le persone incluse nel programma con eroina avevano a loro disposizione un set, un insieme di sostegni di ordine psicologico e sociale di notevole spessore e sicuramente superiore a quello previsto per gli altri utenti. Capite bene che questo cambia notevolmente i risultati di una ricerca. Per carità, è assolutamente giusto che tutti coloro che entrano in un trattamento farmacologico dispongano del massimo possibile di, chiamiamoli così, integratori psico - sociali, però confrontare una popolazione trattata con un farmaco che ha queste integrazioni con una popolazione trattata con un altro farmaco che non ha le integrazioni, porta inevitabilmente a delle discrasie; è abbastanza difficile valutare attribuendo all'eroina in quanto tale i risultati che si ottengono.

Terzo, il problema dei risultati. I risultati sono stati fatti confrontando quello che si otteneva con l'eroina con quello che si otteneva con il metadone specialmente. C'è anche un riferimento a una coorte di utenti di comunità terapeutiche, ma lì è molto più incerta la possibilità di confrontare, perché i campioni sono molti dissimili. Rispetto al metadone c'è un indice di ritenzione nel trattamento maggiore in quelli che hanno ricevuto eroina. C'è una maggiore diminuzione di comportamenti criminali, c'è però una minore tendenza all'inserimento attivo della persona in progetti di studio o di lavoro.

Come vedete, è un panorama complesso. Forse questa è la ragione per cui nelle raccomandazioni finali si insiste per l'uso dell'eroina soltanto per i cronici.

Un'ultima osservazione sull'esperienza svizzera riguarda il clima. Queste strutture sono state messe in piedi da persone che credevano fortemente nell'esperienza, che sentivano di portare qualche cosa di innovativo, di forte, di importante e che avevano, diciamo, una scorta di entusiasmo nel loro lavoro, che indubbiamente ha degli inevitabili effetti sui risultati, perché è chiaro che la capacità di costruire relazioni con gli utenti è funzione anche dell'entusiasmo delle persone che lavorano in un progetto.

Faccio questa osservazione per dire che questo è esattamente ciò che non c'è invece nell'esperienza inglese. Nell'esperienza inglese, dal 1924 e per una decisione governativa di allora, tutti i medici del Servizio Sanitario inglese possono prescrivere eroina ai tossicodipendenti. Siamo nel 1924 e la polemica è contro l'HARRISON Act, quello con cui il governo degli Stati Uniti ha invece inaugurato la stagione di quello che sarà il proibizionismo. I medici del Servizio Sanitario inglese vengono ritenuti sufficientemente preparati da decidere loro quello che devono fare con i loro pazienti e tutta la filosofia dell'esperienza inglese si basa su questo. C'è un primato del tecnico, è il medico che decide. L'eroina è in farmacopea, si può prescrivere? Benissimo. La vuoi prescrivere ai tossicomani? E' una tua responsabilità e speriamo che ti vada bene. Questa è la sostanza del

discorso.
Nel 1964, nel momento in cui c'è la grande diffusione di eroina fra i giovani, molti medici cominciano ad avere dei problemi su questo e c'è una normativa più restrittiva. L'eroina può essere somministrata soltanto nei centri specializzati e da quei medici che ne fanno richiesta e ottengono il permesso di farlo per gli utenti tossicomani. Il medico inglese può continuare a somministrare eroina al paziente tumorale, al paziente con l'asma cardiaca, in varie situazioni mediche però, per farlo con i tossicomani in un trattamento di lunga durata, deve chiedere un'autorizzazione che comunque viene data con una certa facilità.
Dal '64 ad oggi, le cose sono andate così e quello che è successo è interessante da valutare e da leggere. Offre uno spaccato molto articolato da cui è difficile trarre delle conclusioni certe.
Un primo dato è che l'utilizzazione della somministrazione terapeutica di eroina, col passare degli anni, diminuisce progressivamente. La grandissima parte dei medici che possono prescrivere eroina preferiscono prescrivere metadone. Questo è un elemento interessante. E' chiaro che ci sono degli aspetti collegati alla diversa cinetica farmacologica, una somministrazione al giorno o più somministrazioni, vari aspetti che naturalmente hanno tutti quanti la loro importanza. Ma attualmente, nel Servizio Sanitario inglese, sia nei centri specializzati, sia nei medici autorizzati, l'eroina la prescrivono in pochi. La grandissima parte fa metadone per via orale.
Secondo dato: in uno studio con i medici che ancora prescrivono eroina, che è stato pubblicato due anni fa, cioè perché lo fai e con chi lo fai, c'è un'indicazione abbastanza precisa. Lo faccio in situazioni particolari, quando tutte le altre strategie terapeutiche sono fallite, e come estrema risorsa, non perché mi aspetto dei risultati eccezionali, ma perché è una sostanza in qualche modo più appetibile e quindi posso avere in trattamento qualche persona in più. Questa è la risposta. Sull'efficacia c'è molta incertezza.
Terzo dato interessante, una ricerca di follow - up, l'unica che è stata fatta e pubblicata. Un gruppo di Londra, SIMPSON e altri, ha valutato un campione di circa 140/150, non ricordo il numero esatto, di tossicomani che sono entrati in trattamento con eroina a metà degli anni '80 e sono stati seguiti per dieci anni, quindi ci sono i risultati a tre e cinque anni, a sette anni e poi a dieci anni.
I risultati di questa ricerca propongono una mortalità abbastanza alta, dato sicuramente negativo, una situazione di uscita dalla tossicodipendenza anch'essa abbastanza alta, curiosamente. Col passare degli anni si esce dal programma, non è una somministrazione senza termine, c'è un termine. Più del 50% è fuori dal programma, è fuori dalla droga a distanza di dieci anni, che è un risultato importante.
Il dato sulla mortalità preoccupa, perché riguarda l'Inghilterra nel suo complesso, un Paese in cui l'eroina viene somministrata con una certa facilità, che ha una mortalità nella popolazione tossicodipendente che è da due a tre volte superiore - parlo di mortalità per overdose - di quella degli altri paesi europei.
Come vedete, sono dati molto contraddittori, complessi da valutare. Sicuramente non c'è, per la libertà che hanno i medici inglesi di prescrivere eroina, una differenza significativa sulla criminalità collegata alla droga nel suo complesso. Il fatto che i medici inglesi possono prescrivere eroina, non incide in modo particolarmente evidente sulle statistiche che riguardano la criminalità collegata alla droga.
Attualmente, la riflessione che viene fatta è quella per cui accettare che esista la possibilità di somministrare eroina in alcune categorie specifiche di utenti in Inghilterra, viene ritenuta ancora una scelta positiva.
Vediamo la sperimentazione olandese, in corso e che proporrà i suoi risultati nell'ottobre del 2001. Il Ministero della Sanità olandese ha incentrato la sua sperimentazione sul tentativo di lavorare con dei criteri di inclusione nella ricerca stretti, non come quelli svizzeri, cioè di verificare se la possibilità di dare eroina aiuta effettivamente a portare in trattamento un numero di persone che non arriverebbe senza questa possibilità.

Vedremo che cosa diranno quando hanno portato avanti la loro esperienza e credo che sia importante ascoltare questi risultati.
Il parere che il Comitato Scientifico ha dato, fornendo questi dati, è quello di riflettere. Credo che questa sia la cosa più importante; credo che veramente non abbia senso oggi demonizzare la somministrazione terapeutica di eroina, però non ha nemmeno senso l'idea che con la somministrazione terapeutica di eroina noi risolviamo i problemi. Questo veramente mi sembra una cosa che non ha senso. Sto dicendo quello che secondo me non va detto. Mi sembra che sia giusto esaminare con attenzione quello che è successo altrove e poi fare una riflessione attenta sulla situazione nostra oggi in Italia. Il parere dei membri del Comitato, che è stato trasmesso in questa fase, in attesa di approfondimenti che sono necessari sicuramente, di altri risultati che arriveranno, è quello per cui oggi abbiamo in Italia una priorità reale più importante di questa, cioè quella di assicurare a tutti gli utenti in trattamento farmacologico quell'insieme di sostegni sul piano psicologico e sociale che altrimenti rendono il trattamento farmacologico una cosa senza senso. Noi su questo dobbiamo lavorare. Allora, il problema non è tanto quello di invocare da subito un'altra sperimentazione da fare partendo a gennaio. Questo è il parere per lo meno dei membri del Comitato che, ripeto, hanno apertura rispetto ai risultati complessivi; però ritengono di dover segnalare che la reale priorità è un'altra. La reale priorità è quella per cui nei Dipartimenti, laddove c'è trattamento farmacologico, ci sia quell'insieme di provvedimenti psicologici e sociali che sono necessari, che si attui la decarcerazione perché, anche qui, nell'esperienza svizzera c'è un trial che riguarda il carcere con risultati complessi da valutare, ma sicuramente molto incerti.
Il problema nelle carceri, possiamo risolverlo dicendo a Regina Coeli mandiamo l'eroina? A parte che c'è già, quindi il problema è molto relativo. A me ha stupito molto che un funzionario del Ministero di Grazia e Giustizia abbia detto all'indomani della morte del detenuto che aveva fatto da chierichetto al Papa, che è impossibile evitare che la droga entri in carcere. D'altra parte, se è così è così; che in alcune carceri sia impossibile, posso rendermene conto, però non è che risolviamo il problema mandandocela.
Il problema delle carceri, c'è qui CASELLI e credo che non sono io a dover debbo parlare però, con riferimento ai problemi di droga, è quello di mandare fuori i detenuti tossicodipendenti, di offrire loro occasioni di aiuto alternativo. Penso che le pene alternative, la decarcerazione di cui ha parlato ieri il Ministro FASSINO, sono l'obiettivo prioritario.
Vorrei aggiungere una cosa a titolo assolutamente personale. Lavoro con i tossicodipendenti dal 1967 e quindi ci sono diventato vecchio, ho cominciato nell'Istituto di Farmacologia dell'Università di Roma, al Centro Tossicosi da stupefacenti. Personalmente, non ho mai portato avanti con particolare entusiasmo il discorso delle terapie farmacologiche sostitutive. Le persone che hanno lavorato con me lo sanno. Ritengo che, anche laddove le si mette in opera, bisogna considerarle con grande chiarezza come passaggi. Ho sempre pensato, ho scritto un libro una volta, "Quei temerari sulle macchine volanti", che i tossicomani fossero persone che girano un po' in un mondo loro che sta sicuramente lontano dalla terra. Per ricominciare a vivere bisogna scendere e i paracadute servono per scendere, perché altrimenti ci si fracassa. Allora intendiamo i trattamenti farmacologici sostitutivi in termini di paracadute, questo è quello che io penso. Vedo che ormai le strategie di riduzione del danno, la relatrice che mi ha preceduto l'ha detto con chiarezza nel suo intervento, vengono viste in questo senso, cioè il raccordo con i servizi e con gli altri interventi sono il punto centrale. Siamo d'accordo tutti su questo. Allora il mio problema è che senso ha che oggi tutti i giornali parlino soltanto di eroina. Qui divento matto, nel senso che dico ma è possibile? E' possibile che esista un'incomunicabilità così forte fra gli operatori che ogni giorno stanno accanto ai tossicodipendenti e i giornalisti? Mi auguro che i giornalisti riprendano, come un tempo facevano, a visitare i servizi, le esperienze, le cose che accadono e che informino i lettori in modo un po' più reale. Tutti i problemi vanno esaminati, anche quello dell'eroina,

dobbiamo farlo con grande attenzione, su tutte le esperienze dobbiamo riflettere, ma riflettiamo anche e molto sulle esperienze positive che stanno andando avanti.
Credo che quando si parla di droga nel carcere, bisogna parlare dei problemi di Regina Coeli, ma anche delle carceri in cui invece sono stati fatti dei programmi importanti, perché questo va detto, perché questo poi invece è oggetto di ampliamento, diventa priorità, diventa cosa che ritorna sull'attività a favore dei tossicodipendenti. Insomma, non inseguiamo favole, stiamo nella realtà.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Ora c'è il dottor Roberto MOLLICA, responsabile SERT Milano e anche in qualità di responsabile della SIT, Società Italiana Tossicodipendenze. Il suo intervento è "Metadone a bassa soglia: tra riduzione del danno e terapia", in collaborazione con il dottor Giampaolo GUELFI.»

Dott. Roberto MOLLICA:- «Cercherò di illustrare quella che è l'efficacia e l'attività clinica del trattamento a metadone a bassa soglia. Volutamente e provocatoriamente, ho messo un sottotitolo, che è "Tra riduzione del danno e terapia".
Farò due piccoli incisi nei confronti del professor CANCRINI. Il primo: nel 1967 avevo solo cinque anni, per cui non ho la sua esperienza e, partendo da questo presupposto, volevo dire che comunque, come spero di illustrare, le terapie farmacologiche hanno un significato intrinseco dal punto di vista clinico. Seconda cosa, concordo con lui per quanto riguarda l'atteggiamento che c'è stato da parte della stampa nei confronti delle dichiarazioni del Ministro ieri. Ha detto tante altre cose, personalmente non ho sentito l'affermazione diamo l'eroina a tutti, per cui mi rendo responsabile di quello che dico, il Ministro non ha detto quello che i giornali hanno scritto.
Sono anche responsabile dell'area di documentazione epidemiologia, ricerca clinico sperimentale del servizio delle dipendenze e sono anche segretario nazionale della Società Italiana Tossicodipendenze.
Partirò dalla definizione di bassa soglia e riduzione del danno, faccio una overview molto veloce sui riferimenti storici più importanti, dopo di che passerò sempre di più su aspetti specifici, partendo dalle indicazioni dell'Unità Europea, la visione della situazione europea e italiana, alcune esperienze nazionali e locali anche di efficacia di trattamento metadonico a bassa soglia e le relative conclusioni.
Per bassa soglia si intendono quei servizi che facilitano l'accesso dell'utenza, offrono un ampio ventaglio di alternative terapeutiche, per cui non si limitano solo a dare metadone o siringhe, ma devono essere disponibili all'invio a programmi più specializzati, più strutturati, se già di per sé non sono in grado di farlo. Gli obiettivi prioritari sono quelli di controllare l'astinenza, migliorare la qualità della vita e tutta questa attività deve essere orientata alla riduzione del danno, che è l'insieme di interventi finalizzati a contenere i danni sanitari, sociali ed economici associati all'uso di sostanze stupefacenti.
I requisiti per operare la riduzione del danno, definiti da BOONINGHAM nel 1990, sono costituiti da realismo, apertura mentale e pragmatismo, gettare ponti nei confronti di un contesto che deve essere molto ben conosciuto e lavorare con ottimismo.
Le metodologie di approccio che possano differenziare gli interventi a bassa soglia da quelli non a bassa soglia. Li ho riassunti in questo modo: questo è l'approccio classico, utilizzato all'interno dei servizi delle tossicodipendenze, che prevede che il paziente venga visto praticamente da tutti gli operatori delle varie estrazioni professionali che, a loro volta, dopo una riunione in équipe, definiscono il trattamento.
L'approccio per priorità, che si cala in una maniera più puntuale all'interno della riduzione del danno e del trattamento a bassa soglia, invece prevede che alla richiesta del paziente nei confronti di un problema principale, anche di più problemi prioritari, l'utente venga inviato dai professionisti di riferimento che avviano un programma di trattamento. In un secondo tempo, chi, come operatore, come professionalità, in quel momento è rimasto fuori perché il suo intervento non è necessario, può essere tranquillamente coin-

volto in tempi successivi.
Le dimensioni e gli ambiti in cui ci muoviamo sono i consumatori, non solo intesi come consumatori di sostanze, ma anche di servizi. Anzi, principalmente in questa ottica, gli operatori dei servizi, gli amministratori, e le istituzioni. I riferimenti storici sono tantissimi. Riporto quelli che secondo me sono i principali, per quanto riguarda l'argomento.
Nel periodo tra il gennaio '94 e il settembre '97, la National Library of Medicine ha censito 941 articoli sul metadone, non esclusivamente di tipo farmacologico, ma anche di indirizzo sociale.
Già nel 1987 Robert NEWMAN, che è il direttore del BETHESDA INSTITUTE di New York, si poneva alcune domande che sono quelle che si è posto anche ieri il Ministro VERONESI: dare metadone funziona? Sì, funziona, si hanno dei risultati. Perché allora non viene accettato? GRONBLAD e altri suoi colleghi svedesi, nel '90, hanno evidenziato che il trattamento con metadone riduce il rischio di infezione da HIV. Questo gruppo di americani, in tre situazioni differenti, hanno evidenziato come il trattamento metadonico, se associato ad altre modalità di intervento, anzi, se integrato ad altre modalità di intervento, counseling e psicoterapia, l'associazione del metadone con questi altri interventi, produce un miglioramento dell'outcome dei pazienti. Nel '94, HOFFMAN e MULCKAN invece hanno definito le fasi del trattamento metadonico finendo con la Review di FORREL; altri colleghi del National Addiction Institute di Londra nel '94 hanno riassunto un po' quella che era stata la conoscenza scientifica pubblicata fino a quel momento. Recentemente, sempre il gruppo degli inglesi, che hanno provveduto a pubblicare la Review, hanno avviato un programma che è il National Treatment Outcome Research Study, con il quale vanno ad indagare i benefici dei trattamenti rivolti ai soggetti con dipendenza da sostanze.
Focalizzo solo su aspetto. Loro hanno notato che qualunque sia il trattamento, per ogni sterlina investita nel trattamento, si ha un risparmio di tre sterline, risparmi su costi rivolti ai costi subiti dalle vittime di crimini e alla riduzione del ricorso al sistema di giustizia, per cui una spesa di 1.600.000 sterline per i trattamenti ha dato un risparmio immediato sui costi delle vittime di più di 4 milioni di sterline e di circa un milione di sterline sul sistema di giustizia. Sono dati estremamente attendibili, so chi li ha fatti, un'amica che lavora presso l'Università di York, si occupa di economia sanitaria. La sintesi di tutti questi riferimenti storici non sto a leggerla, sembra calata dall'alto, ma purtroppo è proprio in questi termini. La fonte è del tutto recente, giugno 2000, è Euromeetwork.
Indicazioni dell'Unione Europea, anche queste estremamente recenti, si basano sui seguenti elementi chiave: analisi e dimostrazioni scientifiche quali base del processo decisionale, priorità chiare e obiettivi comuni, obiettivi da rendimento per valutare i progressi, metodi di valutazione per misurare l'efficacia delle strategie. Faccio notare che sono tutti collegati in modo conseguente, per cui sono degli elementi concatenati l'un l'altro. Le strategie dell'Unione Europea sono le seguenti: una riduzione rilevante della prevalenza del consumo di droghe illecite, una riduzione in misura sostanziale dell'incidenza dei danni correlati all'uso e della mortalità correlata all'uso, un aumento rilevante del numero di soggetti sottoposti con successo a trattamento, riduzione della reperibilità delle droghe illecite, riduzione del numero di reati legati alla droga, riduzione del traffico illecito per la produzione di droga, i cosiddetti precursori, fra cui le sostanze base.
La situazione europea: questi sono dati che ho derivato dall'ultimo rapporto dell'Osservatorio di Lisbona, è una stima di prevalenza, per cui è indicativa di qual è il tasso di tossicodipendenti per mille abitanti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. La situazione italiana è questa, siamo quelli che presentano il range più ampio, con l'estremo massimo corrispondente a 13 soggetti, che è solo secondo a quello del Lussemburgo.
Incidenza dei casi di AIDS per milione di abitanti: a decorrere da metà degli anni '90 sia l'Italia che la Spagna hanno avuto un netto decremento di questo aspetto, l'incidenza è il numero di casi nuovi per anno, fino a raggiungere, per quanto riguarda l'Italia, una situazione che tende ad approssimarsi al resto dell'Europa. Contestualmente, c'è un

aumento di questo dato per quanto riguarda il Portogallo.
La prevalenza per HIV invece è un dato diverso, non è la progressione, non è l'incidenza dell'AIDS, non è la malattia conclamata, ma è la presenza degli anticorpi all'interno dell'individuo, per cui il contatto col virus, potrebbe non essere ancora malattia. La Spagna detiene il primato, noi siamo secondi, assieme alla Francia. Non ho riportato il dato del Portogallo, che, pur essendo molto alto, è stimato, per cui non è attendibile. Comunque, tendenzialmente va a sovrapporsi a quello della Spagna.
Questo è il numero di trattamenti sostitutivi per 100.000 abitanti tra una età compresa tra 16 e 60 anni, all'interno degli Stati membri dell'Unione Europea: Spagna, Irlanda, Olanda. Noi siamo quarti, è un dato tutto sommato confortante, che risale al 1998. E' un dato confortante se visto anche in un'ottica di andamento. Questi sono i dati contenuti nell'ultima relazione sullo stato di tossicodipendenze. In azzurro ho segnato il numero assoluto degli utenti SERT che hanno un modesto calo negli ultimi due anni, in verde quelli che sono i soggetti dediti a eroina come sostanza primaria, in giallo invece il numero assoluto dei trattamenti metadonici, che hanno una modesta controtendenza rispetto alla sostanza di abuso primaria, cioè l'eroina. Questo vuol dire che, proporzionalmente, i soggetti eroinomani sono introdotti più facilmente in un trattamento con sostitutivi. Questo elemento è più evidente se si tengono in considerazione i dati relativi al consumo legale, per cui commerciale, di metadone: ha una curva maggiore rispetto a quella del numero di utenti, il che vuol dire che, oltre ad esserci più persone immesse in trattamento metadonico, a questi viene dato anche un dosaggio maggiore. Per quanto riguarda l'andamento dell'HIV, c'è una tendenza al calo.
Le esperienze nazionali locali. Le unità mobili sono il primo fronte che si pone in contatto con l'utenza tossicodipendente consumatrice. Il progetto MIRO' è gestito dalla LILA, che ha coinvolto oltre che l'Italia, Francia, Grecia, Spagna e Portogallo e aveva la finalità di sottoporre a utenti, a consumatori, a frequentatori dell'unità di strada, un questionario che andasse a valutare la soddisfazione del servizio che le unità di strada fornivano. In Italia sono stati coinvolte le unità mobili di quattro città, Trieste, Livorno, Ravenna e Napoli, con un totale di più di 500 interviste, con differenti domande, tra cui cosa vorrebbero venisse implementato o migliorato. Le risposte sono state: un aumento del numero e dell'attività delle unità mobili e una riduzione della soglia per quanto riguarda l'accesso ai trattamenti metadonici.
Il progetto unità mobili della città di Milano ha osservato che circa il 50% dei soggetti che contatta sono già inseriti in programmi presso SERT, per cui c'è una netta sovrapposizione di utenza, da qui una serie di considerazioni del tipo: a cosa serve il SERT se poi un gruppo di persone vanno all'unità mobile a prendere siringhe o acqua distillata piuttosto che altro. La mia considerazione è anche un'altra: che senso ha tenere due offerte rivolte alla stessa popolazione? L'unità mobile di Bologna - questi sono dati di Salvatore GIANCANE che ho acquisito via Internet - ha un'erogazione di trattamenti metadonici anche con l'avvio di programmi e nel 50 per cento dei soggetti trattati dall'unità mobile c'è stato un invio presso SERT piuttosto che a un comunità terapeutica, per cui ci sono queste forme di aggancio, di rete, a cui si riferiva Leopoldo GROSSO nella sua introduzione. A Milano, dal '91 al '94, si è avuta questa variazione nel numero totale dei soggetti trattati con metadone, particolarmente per questo SERT, che ha attuato un'attività di bassa soglia di accesso al trattamento, con riduzione dei tempi di attesa da 60 a 2 giorni e ampliamento degli orari di somministrazione fino a dodici ore al giorno. Questo ha comportato un aumento lineare, progressivo e netto dell'utenza in metadone da circa 70 a più di 500 soggetti.
L'osservazione su cinque anni di nuovi ingressi ha dato questo tipo di risultato: una riduzione del tasso di disoccupazione al momento della presa in carico, una riduzione della prevalenza per HIV, un aumento della scolarità. Come andavano queste persone in trattamento metadonico? Su 100 soggetti, in questa osservazione, se ne erano persi 4, per quanto riguarda quel mese. Su 500, vuol dire 20 soggetti. Sono dati molto favorevoli,

per cui è una dimostrazione dell'efficacia in termini di ritenzione in trattamento, per quanto riguarda questo tipo di approccio. Un campione di questi 613 soggetti sono stati valutati al momento dell'avvio del trattamento e a tempi successivi e si è osservato che c'è stata una riduzione significativa del tasso di disoccupazione, che è passato da 42 a 23 per cento, e un aumento di un indicatore clinico, il GAF del DSM quarto, con dei punteggi che inizialmente erano 56 e sono aumentati a 63. Sempre questi 613 soggetti sono stati suddivisi in due sottogruppi, i cosiddetti bravi, nel senso che nel corso del trattamento per almeno due mesi consecutivi non avevano avuto assunzioni di eroina e i cattivi, in sostanza i non responders al requisito dei due mesi di negatività continuativa. Come vedete, il dosaggio medio e mediano per tutti e due i gruppi era di 70 mg, per cui era un dosaggio clinicamente ritenuto utile. Cinque sono i mesi di osservazione, che risultano essere necessari per far sì, mediamente, sono dati medi questi, che un soggetto risponda, si negativizzi per due mesi, per cui risponda al nostro requisito. Chi non rispondeva, comunque aveva dei trattamenti con una durata media di tredici mesi. Sui cattivi si può dire che si stava facendo un'opera di riduzione del danno o magari si sta anche continuando a farla. Non è detto che a distanza di tempo, qualcuno dei cattivi diventi buono, c'è da considerare che comunque nonostante i tempi medi siano di cinque mesi, molti dei responders hanno avuto la negatività a distanze temporali cospicue rispetto all'inizio del trattamento, fino a quaranta mesi. Quindi sostanzialmente, aspettare può valere la pena. Per esempio, questi soggetti che sono in trattamento da pochi mesi, nel giro di altri due mesi o nel giro di dodici, possono avere una risposta nei confronti del consumo di eroina.
Su una parte di questi invece che aveva concluso il trattamento per interruzione o perché aveva completato il programma, c'è una netta differenza per quanto riguarda la prevalenza della recidiva. Chi interrompe il trattamento ha una recidiva garantita, quasi nel cento per cento dei casi, qui è quasi nel 95 per cento dei casi. Purtroppo, anche chi completa il programma ha recidiva, ma con un tasso minore.
L'applicazione di una bassa soglia di accesso al trattamento metadonico è auspicabile in quanto permette di anticipare e favorire il contatto con una parte del sommerso e prevenire ulteriori compromissioni psico - socio - sanitarie. Lo dicono tutti e lo sappiamo. Ingredienti indispensabili: orientamento istituzionale, la disponibilità di risorse, la motivazione e la formazione degli operatori. I soggetti che hanno poca motivazione a cambiare sono quelli più difficili da trattare, sono quelli che si incontrano per strada, sono quelli su cui si dà un po' di metadone, magari dato anche bene clinicamente, ma non si riesce a fare di più perché non sono disponibili. Bisogna motivare questi soggetti, questi utenti, ma per fare questo ci vuole una motivazione degli operatori a farlo, per cui è un discorso molto complicato. Ultimo aspetto, l'intelligenza: non faccio altro che riferirmi a quelli che sono i concetti di BUNING, per cui si può ipotizzare una progressione dell'accesso del trattamento a bassa soglia tra la riduzione del danno e la terapia, per cui contattare, facilitare il contatto e l'accesso ai programmi, trattenere in programma, motivare al cambiamento, consolidare i miglioramenti quando vengono raggiunti, monitorare la dismissione dal programma al fine di contenere le recidive.
La sessione si intitola Inclusione sociale possibile, io la pongo come domanda. Secondo me, il trattamento metadonico a bassa soglia consente l'avvio di un processo di riabilitazione in situ, dove è emerso il problema che ha portato il soggetto a nostro contatto.
Faccio una rapida carrellata su quelle che sono le fonti che ho utilizzato per le notizie che vi ho trasmesso; compatibilmente con quanto riportato dalla stampa, già nel '92 c'era stato questo tipo di posizione.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Francesco GIANFROTTA, magistrato, direttore dell'Ufficio quarto del DAP, "Tossicodipendenza e carcere: attualità e prospettive".»

Dott. Francesco GIANFROTTA:- «La relazione di Leopoldo GROSSO e tutti gli interventi

di questa mattina mi pare che si segnalino per una qualità positiva che li ha accomunati, quella di essere stati dei contributi non viziati dall'ideologia, che è un rischio che si corre frequentemente quando si affronta una questione complessa come quella delle droghe e in particolare la sotto questione del rapporto tra droga e carcere. L'ideologia è falsa coscienza, come si diceva una volta, e quindi espone al rischio di affermazioni o non sufficientemente documentate o non documentate affatto.

A me tocca quindi inserirmi in questo solco, in questa strada segnata, nell'affrontare un tema come quello del rapporto tra droga e carcere nella realtà e nelle prospettive, fermo rimanendo che ci sono alcuni punti fermi, alcune convinzioni profonde, radicate dalle quali credo che sia giusto partire.

La prima, che è la convinzione ormai radicata, è che la punizione del consumo non solo non è utile, ma è dannosa e la seconda, è che l'obiettivo deve essere invece quello di sottrarre il tossicodipendente dal circuito della criminalità, della devianza, nelle sue molteplici forme, perché il carcere è tendenzialmente esclusione e produce tendenzialmente esclusione e quindi lo sforzo deve essere quello di coniugare, accanto alla doverosa affermazione della legalità, l'avvio, la messa in campo di politiche che anche sul versante penale e penitenziario, non perdano mai di vista obiettivi di recupero e di reinserimento sociale, perché si tratta di obiettivi a loro volta strumentali rispetto all'altro, di riduzione dell'area dell'illegalità e del danno sociale collegato all'illegalità e allora, dentro queste coordinate, dentro questi binari, proviamo a fare un ragionamento, che ancora una volta parte da alcuni elementi aridi; sono le cifre, le statistiche, i numeri che vanno considerati e vanno analizzati sia pure con una certa prudenza.

Alla data del 30 giugno del 2000, i tossicodipendenti presenti negli istituti di pena erano il 27,38 per cento, 14.602 su un totale di 53.340 detenuti. Le statistiche dicono di una diminuzione costante, anche se con un percorso non lineare, del numero dei tossicodipendenti presenti in carcere, dal 1991, però la percentuale rimane alta e quel 27,38 per cento è lì a dimostrarcelo. Una percentuale che deve essere considerata alta, a maggior ragione se teniamo presente che nel frattempo è intervenuto il referendum abrogativo del 1993, con il quale si è, almeno in astratto, depenalizzato il consumo e quindi, se è vero che nel '93 la percentuale dei tossicodipendenti detenuti era intorno al 30 per cento ed oggi è del 27,38, una prima osservazione che mi pare si possa fare è questa e cioè che nonostante il referendum la percentuale dei tossicodipendenti detenuti, è diminuita ma probabilmente non tanto quanto era lecito attendersi.

Le possibili spiegazioni sono due. Potrebbe verificarsi che tra i tossicodipendenti in carcere, perché accusati di spaccio, sono in realtà molti quelli che vedono penalizzata come spaccio un'attività di accumulo sostanzialmente finalizzata al consumo. In altri termini, la depenalizzazione del consumo seguita all'esito del referendum del '93 non avrebbe prodotto gli esiti attesi per la difficoltà di distinguere, sulla base della formulazione astratta delle norme incriminatrici, tra consumo e spaccio, con la conseguenza di una penalizzazione perdurante come spaccio, di una sostanziale attività di consumo. E' una delle spiegazioni che frequentemente viene prospettata. L'altra: potrebbe verificarsi che in realtà la stragrande maggioranza dei tossicodipendenti in carcere, lo sono perché hanno imputazioni diverse da quelle previste dalla legge sugli stupefacenti. In realtà, credo che le statistiche non ci aiutino a risolvere in termini certi questo dubbio, ci danno però delle indicazioni che fanno riflettere, delle indicazioni abbastanza precise ed infatti, se consideriamo un arco di tempo determinato, il primo semestre di quest'anno, le statistiche ci dicono che i casi nuovi giunti, cioè i nuovi ingressi in carcere, che sono ristretti per violazione dell'articolo 73 della legge sugli stupefacenti, che è la norma base, sono il 34,65 per cento del totale dei nuovi ingressi. Di questi, i tossicodipendenti sono 6.102, su un totale di 8.854. Tra i nuovi ingressi, del primo semestre di quest'anno, i ristretti per violazione dell'articolo 73, la norma base che punisce le attività illecite in materia di stupefacenti, i tossicodipendenti sono circa il 75 per cento del totale. Tra i nuovi giunti che sono detenuti per reati diversi dalla violazione dell'articolo 73, il numero dei tossicodi-

pendenti è 6.031; i non tossicodipendenti sono 22.175. E allora, tra i nuovi giunti il numero dei tossicodipendenti ristretti per violazione dell'artico 73, coincide quasi con quello dei tossicodipendenti detenuti per altri reati, 6.102 nel primo caso, 6.031 nell'altro. Rimane comunque molto alta la percentuale dei tossicodipendenti tra i nuovi giunti che sono ristretti per violazione dell'articolo 73, spaccio o detenzione illecita; siamo nell'ordine, lo ripeto, del 75 per cento circa. Cosa si può trarre come conseguenza, come conclusioni progressive? C'è una grande parte della repressione penale delle attività illecite in materia di stupefacenti che colpisce i tossicodipendenti. Rispetto alla rimanente parte degli ingressi e cioè i nuovi giunti che rispondono delle altre imputazioni, il numero dei tossicodipendenti, pur essendo alto, è inferiore al 30 per cento, 6.000 a fronte di 22.000.

In sostanza, credo che le statistiche ufficiali non ci consentano di affermare in termini tassativi né che i tossicodipendenti in carcere sono per la maggior parte detenuti a causa del loro consumo e neppure che lo sono per la maggior parte, perché accusati di altri reati. Sono le due tesi spesso non suffragate da motivazioni adeguate che più che si confrontano e spesso si scontrano. Le cifre però ci dicono anche che, lo ripeto, la repressione delle attività illecite in materia di stupefacenti colpisce in misura rilevante i tossicodipendenti. Quel 75% è una percentuale che parla da sola. Cominciamo a trarne alcune considerazioni in termini di prospettiva. Schematizzando, la filosofia dell'intervento penale in materia di stupefacenti si può ricondurre a una considerazione fondamentale, a una idea forte, la punizione dell'accumulo di sostanza, in quanto potenzialmente idonea a diffondere la circolazione e il consumo; è questa l'idea forte che ha una sua logica perché la punizione delle sole attività di cessione potrebbe comportare la scelta del soggetto tossicodipendente in quanto non punibile come custode e depositario di quantitativi anche notevoli di sostanze, con la duplice conseguenza negativa di indebolire l'azione di contrasto del commercio e di legare il destino del tossicodipendente a quello dello spacciatore non tossicodipendente di medio e di alto livello. Questa è la filosofia complessiva che ha una sua ragionevolezza. Le cifre però che riguardano i risultati sono quelle che ho detto. Credo allora che proprio l'esigenza, che è stata ribadita dall'esito del referendum del '93, di distinguere tra consumo ed attività penalmente illecite imponga di fare ogni sforzo per non spingere verso il circuito criminale, e anzi, sottrarre al circuito criminale e quindi al carcere il tossicodipendente. Questa deve essere la cornice, che è stata già più volte sottolineata, ribadita questa mattina, nella quale, come Amministrazione penitenziaria, non possiamo che riconoscerci.

Qual è oggi la realtà del tossicodipendente nelle carceri italiane, quali gli interventi, le linee di intervento possibili e auspicabili in vista dell'obiettivo di ridurre i processi di esclusione che sono strettamente legati alla carcerazione? Credo che sia sotto gli occhi di tutti che da tempo sia il legislatore che la stessa Amministrazione penitenziaria, abbiano manifestato una certa attenzione alla questione droga, considerata la specificità del fenomeno e le problematiche correlate.

Si è puntato a un trattamento diversificato, capace di influire positivamente sui percorsi di recupero e di riabilitazione e quindi si è pensato fondamentalmente a due diversi modelli di intervento.

Un primo livello garantisce interventi di base a favore di tutti i soggetti che entrano nelle strutture penitenziarie con problematiche di tossicodipendenza; un secondo livello comprende interventi più mirati, più avanzati a favore di coloro che mostrino la volontà e una certa motivazione a voler intraprendere un percorso di analisi critica, di rivalutazione critica delle proprie esperienze e quindi di recupero.

Il primo livello si caratterizza per iniziative che ruotano intorno a tre capisaldi: gli interventi di urgenza, l'attività di informazione preventiva, gli interventi di sostegno psicologico e relazionale. Questi sono gli schemi, sappiamo che la realtà presenta luci e ombre, non ci nascondiamo di fronte ai problemi. I problemi sono quelli di una realtà che non è omogenea in tutte le situazioni, in tutte le aree territoriali e questo è un aspetto sul quale,

come dirò più avanti, le frequenti attività di monitoraggio, di rilevazione dei dati danno dei risultati di conferma e peraltro possono essere lo strumento per intervenire, con delle correzioni adeguate. Gli interventi di urgenza sono di natura farmacologica rispetto alle crisi di astinenza, di natura terapeutica in senso ampio rispetto a situazioni immediate di patologia o psicopatologia in atto, sono anche l'inizio di un processo di disintossicazione fisica o di mantenimento del trattamento farmacologico eventualmente già in atto.
L'attività di informazione preventiva riguarda i rischi connessi all'uso di droghe, gli interventi di sostegno psicologico e di investimento relazionale sono volti, nell'immediatezza dell'accesso, ad intervenire su situazioni di disagio e di possibile reattività e successivamente sono indirizzati alla creazione di una motivazione adeguata e graduale rispetto a un' ipotesi, ad un programma di trattamento più avanzato, da effettuare o nei presidi esterni, in caso di dimissione prossima, oppure nei circuiti penitenziari di secondo livello. Non è risolto il problema della scelta tra separazione dei detenuti tossicodipendenti rispetto agli altri detenuti oppure dell'integrazione, in sostanza, cioè della non separazione. Non è risolto per un dato di fatto, il sovraffollamento delle carceri italiane; al momento, non consente di mettere in pratica, di adottare una soluzione di separazione, oltre alla difficoltà di tenere conto di altre separazioni che sono imposte o dalla legge oppure da scelte di politica penitenziaria già effettuate. E' però evidente che, pur senza prendere posizione netta a favore dell'una o dell'altra ipotesi, l'obiettivo è quello di assicurare standard organizzativi e trattamentali minimi, per tutti i detenuti che presentino problemi di assunzione di droghe. Di qui l'obiettivo fondamentale di potenziare gli investimenti operativi sul cosiddetto primo livello, favorendo l'intervento dei SERT all'interno delle strutture detentive, l'integrazione degli interventi dei SERT con gli interventi di tutti gli altri operatori penitenziari, in particolare degli operatori dell'area psicopedagogica trattamentale. Qui certamente i motivi, i momenti, le situazioni di sofferenza esistono e la prospettiva è di un incremento significativo di queste figure professionali tra gli operatori penitenziari, secondo una serie di impegni governativi e anche di scelte operative dell'Amministrazione ormai già fatte. Quindi, dicevo, l'obiettivo è l'integrazione dei servizi, è anche aumentare le dotazioni organiche di certe figure professionali, l'offerta delle attività intramurarie e anche orientare i soggetti bisognosi verso l'accesso alle attuali misure alternative alla detenzione.
Il secondo livello, come è noto, si caratterizza come vero e proprio intervento specialistico sulle tossicodipendenze. Qui, salvo limitate eccezioni, la separazione dei detenuti ex tossicodipendenti, che hanno già completato la disintossicazione fisica, dal resto della popolazione è netta. Gli elementi che caratterizzano questa esperienza, della custodia attenuata, riguardano la struttura, l'utenza, la metodologia di intervento, i controlli, le attività e gli interventi trattamentali più idonei, il personale addetto. Sono interventi che puntano a qualificare in modo specifico l'offerta trattamentale, la struttura ha spazi adeguati, anche se di dimensioni contenute, idonei a ospitare non oltre i 100 detenuti, l'utenza deve essere, come dicevo, già disintossicata, di età compresa tra i 18 e i 35 anni, appartenere a un determinato territorio di riferimento, di non elevata pericolosità sociale.
Sulla metodologia di intervento l'integrazione dei servizi esterni e dei servizi offerti dall'Amministrazione penitenziaria è oggetto di particolare attenzione, i controlli vengono attuati attraverso drug test periodici somministrabili in qualsiasi momento, sulla base di una preventiva, formale adesione a un certo contratto di inserimento nella struttura; adesione rilasciata dal soggetto al momento dell'ingresso nella struttura stessa, le attività e gli interventi trattamentali idonei riguardano in modo particolare la formazione professionale e il lavoro, le attività scolastiche oltre che il coinvolgimento del sociale esterno, familiari, volontari, attraverso contatti e iniziative costanti.
Il personale della struttura ha una formazione particolare che è finalizzata all'adesione a un certo modello operativo e quindi alla piena integrazione con le altre figure professionali che operano.

Ritengo che questo modello debba, possa funzionare di più e meglio nella misura in cui funzioni, e questo può apparire un paradosso, riusciremo a far funzionare di più e meglio il primo livello. Un diverso funzionamento del primo livello può rappresentare un serbatoio più ampio dal quale attingere per le esperienze di trattamento avanzato. Quegli obiettivi che aveva indicato nella sua relazione finale una Commissione ministeriale di studio insediatasi nel 1997, la Commissione LA GRECA, cioè creare all'interno di ciascun istituto un punto di riferimento stabile per la verifica della posizione di ciascun detenuto tossicodipendente, anche ai fini della eventuale fruizione delle possibili alternative non sempre utilizzate, quegli obiettivi di ridefinizione degli standard minimi di trattamento di questi soggetti, con particolare riguardo alla partecipazione dei SERTI, di sottoporre a controllo costante l'organizzazione e l'effettiva attuazione di questi interventi, poi quegli obiettivi che riguardano direttamente, in prima battuta, il cosiddetto circuito di primo livello, in realtà hanno una potenzialità espansiva, quanto ai risultati possibili anche sul circuito differenziato e specialistico.

Vi è poi tutto il settore dell'area penale esterna. Su questo punto mi trovo totalmente d'accordo con le osservazioni sia di GROSSO, sia di MAISTO. Si tratta di uno strumento che ha avuto quell'andamento efficacemente illustrato da MAISTO nel suo intervento, il che fa molto riflettere, rispetto al quale occorre un grande investimento, una grande iniziativa di probation, come è stato detto; è un settore le cui potenzialità credo potranno più efficacemente manifestarsi nella misura in cui si riuscirà ad avviare anche un grande confronto culturale con la magistratura di sorveglianza. Sono terreni spesso trascurati, spesso ci limitiamo a recriminazioni o invettive da una parte o dall'altra. Credo che il terreno del confronto culturale tra componenti diverse, tra culture, appunto tra operatori o soggetti istituzionali che esprimono culture diverse sia un terreno difficile, ma assolutamente ineludibile.

La Commissione LA GRECA effettuò una ricognizione completa della situazione reale e dei possibili interventi da realizzare sul piano penale e processuale penitenziario, oltre che dell'esecuzione penale esterna. Interventi che, se operati, se realizzati congiuntamente, potrebbero verosimilmente produrre un risultato complessivo, ispirato da una filosofia coerente e riconoscibile. Da un lato, la riduzione del numero dei soggetti tossicodipendenti in carcere, dall'altro lato, l'intervento penitenziario andrebbe ripensato e ristrutturato connotandosi maggiormente nel senso del sostegno e del recupero. Gli interventi proposti da quella Commissione tenevano conto dei risultati della Conferenza di Napoli del '97. Il settore penitenziario ha visto, anche se tra incertezze e limiti perduranti, in questi anni, interventi volti a dare un qualche impulso alle indicazioni della Conferenza di Napoli. Sono aumentate le sezione a custodia attenuata che oggi sono 19 con il risultato che solo in otto Regioni sono assenti. Nelle sezioni di primo livello, l'attenzione dell'Amministrazione centrale è costante, perché siano assicurati gli standard minimi, gli standard dell'intervento di base, anche dopo il passaggio delle funzioni di assistenza ai tossicodipendenti dalla sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale e qui vanno ricordati i ripetuti interventi, cito solo gli ultimi, nel '98 e da ultimo in questi mesi, volti a rilevare i dati effettivi dei servizi prestati e l'attenzione costante, anche se faticosa, anche se difficile, da parte dell'Amministrazione centrale, perché siano rimossi tutti gli ostacoli che possono frapporsi alla somministrazione del metadone in carcere, anche come terapia di mantenimento.

E' stato avviato il piano di lavori per la creazione nei centri clinici di reparti attrezzati di primo e secondo livello, volti all'assistenza ai detenuti portatori di AIDS e sieropositivi, allo scopo di adeguare la risposta sanitaria del penitenziario alla legislazione vigente, che ha posto all'Amministrazione penitenziaria dei precisi compiti in tal senso.

Certo, abbiamo avuto dei ritardi anche legati a una fase incerta, difficile, che è stata quella che ha accompagnato per tutto quest'anno il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

Il fatto che questa fase sia ormai in via di esaurimento, grazie al completamento degli

adempimenti amministrativi di competenza delle due amministrazioni, consente oggi all'Amministrazione penitenziaria di lanciare un'ampia iniziativa nel senso del coordinamento degli interventi che rientrano nella competenza delle due amministrazioni e quindi dell'integrazione dei servizi stessi.
In quest'ottica, credo che risulteranno centrali la creazione all'interno di ciascun istituto di quello sportello informativo di cui già si è detto, di un servizio informativo per i detenuti tossicodipendenti, la ristrutturazione e la riqualificazione e il potenziamento di tutti i servizi di monitoraggio presso il nostro Dipartimento. Questi sono i nostri compiti dentro la cornice attuale, il resto non dipende da noi.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La parola a Vittorio AGNOLETTO, Presidente della LILA, che parlerò di "Diritto alla salute dei tossicodipendenti e sicurezza sociale: il contributo delle strategie di riduzione del danno".»

Dott. Vittorio AGNOLETTO:- «Parto da un dato, ossia che se non si riesce molte volte ad attivare strategie di riduzione del danno; se queste trovano enormi difficoltà, la causa principale non è da ricercarsi nelle evidenze scientifiche, relativamente alle quali credo non ci sia molto da discutere. Credo che i problemi sorgano relativamente all'allarme sociale sulla sicurezza e io voglio affrontare due temi, l'ipotesi della somministrazione controllata di eroina e del carcere, vedendoli anche da questo punto di vista, anche perché il dibattito che noi facciamo tra operatori molte volte arriva ad alcune conclusioni che poi rimangono tali e inapplicate, perché scatta un battage televisivo, mediatico, di polemiche tra i partiti, tra i politici, tutti sull'allarme sociale, e non riusciamo più a procedere.
Credo che le strategie di riduzione del danno siano in grado anche di ridurre l'allarme sociale non solo come immaginario, ma come esempi concreti di risultati ottenuti e credo che gli operatori in quanto tali abbiano il compito di confrontarsi su questo e di rendere evidenti questo tipo di risultati.
Parto, prima di tutto, dalla somministrazione controllata di eroina, da un episodio che ha creato allarme sociale e tantissimi problemi e cioè parlo della famosa vicenda della Banda dell'AIDS a Torino, che fu l'elemento che portò all'affossamento della legge 222 sull'incompatibilità fra AIDS e carcere; quello è stato l'elemento, non la loro responsabilità soggettiva anche se c'è comunque, che politicamente è stato utilizzato per affossare una legge, dicendo che si liberano i criminali e così via.
Oggi queste persone non ci sono più perché sono morte di AIDS e quelle persone non hanno più compiuto rapine quando hanno incrociato l'esperienza del GRUPPO ABELE fondamentalmente e quindi percorsi, prima ancora che di reinserimento sociale, di accoglienza; quell'episodio è stato sufficiente per affossare una legge.
Certo che se risposte di quel tipo fossero presenti ovunque e in tempi reali, l'allarme sociale salirebbe meno e sarebbe anche meno possibile utilizzarlo in modo strumentale. Che caratteristiche avevano quelle persone, scusate? Non avevano nulla da perdere. Erano persone in fase avanzata di malattia, con una dipendenza attiva, senza più nessun riferimento sociale, uscendo dal carcere non avevano nulla da perdere e la società non è stata in grado, prima ancora che di rimotivarli sulla vita, di proporgli delle ipotesi per lo meno di sopravvivenza che permettessero di guardarsi intorno. A quel punto, l'unico problema che c'era, il bisogno impellente, era di continuare a farsi di eroina, perché comunque di futuro davanti non ce n'era. Questa è la storia della Banda dell'AIDS presa anche in termini simbolici.
La somministrazione controllata di eroina sta dentro questo discorso. Mi spiace che non ci sia più CANCRINI, proprio non ho trovato un ambito di confronto con le cose che ha detto CANCRINI, perché uno non può confrontarsi dipingendo in modo diverso le proposte di altri. Sono a favore della somministrazione controllata di eroina, non sono assolutamente convinto che questa proposta vada enfatizzata, sono assolutamente consape-

vole che non risolva il problema della dipendenza, sono assolutamente contrario a percorsi di somministrazione controllata di eroina in carcere e non credo che in Italia nessuno l'abbia proposto in quanto tale, perché siamo molto più indietro. Non sono per avviare un percorso di somministrazione controllata di eroina in alternativa al sostegno psico - sociale, perché non si può parlare di una cosa e dire ma c'è anche l'altro. L'altro c'è, ci stiamo lavorando tutti da anni, nel bene o nel male. Adesso stiamo parlando di somministrazioni controllate di eroina. La vedo come un progetto, tra noi ci capiamo, siamo tutti operatori, quindi uso termini di nicchia, non ho paura a dirlo, un progetto numericamente limitato, a un livello soglia di accesso molto alto, ma in basso. Molto alto perché è difficile entrare dentro questo tipo di progetto, ma i criteri sono più bassi, cioè quelli per chi vive maggiormente una situazione di marginalità. E poi, attenzione, nel senso che in Svizzera, è stato un percorso con gruppi di controllo, con morfina e con metadone; il progetto è stato fatto per chi aveva alle spalle diversi anni di dipendenza e almeno due tentativi falliti. E' vero che all'inizio si diceva che potevano bastare anche due anni, ma è anche vero che l'analisi del campione, illustrata da diversi studi di ricerca, dicono chiaramente che la stragrande maggioranza aveva ben altro che due anni alle spalle; è vero che il progetto si è concluso dicendo che dovevano avere alle spalle maggiori anni di dipendenza. A che cosa serve un progetto sperimentale, se non per tentare di verificare delle ipotesi che poi si possono anche modificare, tant'è vero che il progetto olandese, che è partito dopo, stabilisce dipendenza di eroina da almeno più di cinque anni, età superiore ai 25 anni e registrati in terapia metadonica a mantenimento negli ultimi sei mesi; non si passa all'eroina se prima non si è sperimentato una terapia a mantenimento metadonico. Poi, consumo di eroina pressoché quotidiano, bassa integrazione sociale, con indici di criminalità comprese, povere condizioni fisico - mentali. Sono interventi di nicchia, che definirei di tipo salvavita che non mettono in discussione il resto dell'insieme degli interventi, ma come tali, secondo me, sono eticamente doverosi rispetto a quella fascia di popolazione tossicodipendente. Quindi, non si può dire, come dice CANCRINI, cosa vogliamo, aumentare il numero oltre quelli a metadone? Non c'entra niente. Questi sono interventi per coloro che non stanno neanche dentro l'aspetto del metadone, dopo di che sappiamo che dopo un certo numero di anni la maggioranza entra in contatto con i servizi, il problema è se in contatto con i servizi, tutti ci entrano in modo verticale o qualcuno in orizzontale, cioè da morto, è questo il discorso. Confrontiamoci sui dati di questo progetto che è stato realizzato, non su discorsi generali, non mischiamo l'esperienza inglese, che non c'entra nulla. Il modello sanitario inglese sull'eroina non c'entra nulla col Servizio Sanitario Nazionale italiano, non c'entra nulla con gli oltre 500 servizi per le tossicodipendenze che esistono in Italia, è giocato dentro un rapporto personale medico/paziente, come per qualunque altro farmaco, e gli indici di mortalità riportati sono indici sulla popolazione tossicodipendente, quelli portati da CANCRINI e non quelli sulla popolazione tossicodipendente in eroina presso il singolo medico e non si possono mischiare le carte.

Si può invece forse dire che l'Osservatorio per le tossicodipendenze di Lisbona ha dichiarato meno di dodici mesi fa che l'Italia è la nazione con la più alta percentuale, perché è su questo che ci confrontiamo e non sui numeri assoluti, in relazione alla popolazione, di soggetti che assumono sostanze per via endovenosa; ha una percentuale quasi doppia di quella dell'Inghilterra e di quella della Germania. Questo è il quadro da cui partiamo. Dopo due anni di sperimentazione tra i tossicodipendenti, che cosa dice non Vittorio AGNOLETTO, che non conta niente, ma l'Institute for Social and Preventive Medicine dell'Università di Zurigo che ha monitorato il progetto? Dice che il tasso di mortalità dei tossicodipendenti inseriti nel progetto, a livello annuo, è dello 0,7, quello dei tossicodipendenti ospiti delle comunità svizzere, che è comunque un target molto limitato, varia dallo 0,7 all'1,1. Per quelli che erano in trattamento metadonico, il tasso di mortalità è 2,6 e per coloro che facevano la vita da strada, è l'8,9 per cento. Allora, o si dice che questo istituto impronunziabile ha falsato dei dati, oppure ci si confronta su que-