sti dati e ancora, e questo tra l'altro è stato presentato anche nell'ultima Conferenza sulla riduzione del danno, c'è una grossa sovrapposizione tra la popolazione inserita nel progetto che consumava eroina e quelli che consumavano cocaina, cioè c'era un doppio consumo. In quella popolazione che era in trattamento con eroina e quindi non incideva sulla cocaina, la diminuzione dell'uso di cocaina passa dal 31 al 7% e quello di benzodiazepine dall'86 al 14 per cento. Si può dire che ci piaceva di più se fosse passato tutto allo zero, ma è come dire che ci piacerebbe di più il mondo senza tossicodipendenti. Il 50 per cento della popolazione inserita nel progetto, a distanza di due anni, mantiene un lavoro part time o full time, senza avere nessun contatto col mercato illegale. Certo, si può dire volevamo che mantenessero il lavoro il 100 per cento, ma non stiamo parlando di lavoro protetto dentro le comunità, stiamo parlando di lavoro sociale.
E poi ancora, sono stati più assistiti. Scusate, ma non continuiamo a dire tutti; su quello è stato chi l'ha tirato fuori per primo, Don CIOTTI. Ha detto che non si tratta di proporre un progetto di medicalizzazione, ma un intervento salvavita che deve avere intorno un contesto psico - sociale e qui quando poi uno riesce a mantenere il lavoro - è chiaro che sta a tutti lavorare perché scattino anche delle motivazioni di vita - anche sul piano economico non c'è dubbio, il risparmio per costi a persona è enorme, se consideriamo i costi che ha una vita di tipo diverso e quindi la detenzione.
La cosa importante è che non so qui, forse sì, ma fuori, nel Paese, non è che tutti parlino il linguaggio della solidarietà. Allora voglio parlare anche a chi non parla il linguaggio della solidarietà e che può dire: "di queste cose non ce ne frega nulla perché che sia diminuito l'AIDS, che sia diminuita l'epatite B, l'epatite C, che stiano meglio non ce ne frega niente, abbiamo paura".
I reati connessi col mercato illegale, sempre secondo l'Istituto di Zurigo, sono diminuiti dal 52,6 al 20,2 e i reati gravi dall'11,7 al 2 per cento. Avremmo preferito lo zero però comunque abbiamo, noi non abbiamo fatto nulla ancora per adesso, ottenuto dei risultati. Ripeto, è un progetto di nicchia. Confrontiamoci su questo. Non è una battaglia ideologica, nessuno è convinto che l'eroina fa bene, nessuno ha intenzione di pensare di legalizzare l'eroina e via dicendo. Credo che si possa partire con l'elaborazione di un progetto italiano, che tiene dietro la forza di avere oltre 500 servizi, penso che possa essere un progetto sperimentale di 1.000/1.500 persone, che parte in alcune realtà metropolitane nei SERT, ovviamente in quei SERT che prima devono avere un percorso di formazione, di scambio di esperienze con chi le ha già fatte, in un tempo di tre anni, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e con un Comitato etico internazionale che ne garantisca il percorso, con la possibilità anche di non aspettare i tre anni, per discutere se i risultati sono disastrosi. Si possono fare step dopo step dei momenti di confronto. Questo credo che sia un terreno esplicito di confrontarsi e non è un caso che l'esperienza olandese e le altre fanno tesoro di quella svizzera, ne vedono i limiti e poi le modificano, prestando attenzione alle caratteristiche del Paese e ai limiti che sono emersi relativamente a quello.
La vicenda relativa al carcere. Sono state dette tante cose e qui vorrei intervenire sull'aspetto specifico della salute. Ho ascoltato attentamente quello che ha detto il dottor GIANFONTRA, con cui ogni tanto collaboriamo, quando ci troviamo di fronte a delle situazioni drammatiche, in cui c'è bisogno di tirarli fuori, perché muoiono in carcere, e credo che abbia descritto bene l'ipotesi di lavoro del Dipartimento.
Dico però che la realtà è abbastanza diversa. Partiamo dalla vicenda AIDS in carcere. A un certo punto, il Ministero di Grazia e Giustizia stabilisce che ci sono quattro centri clinici, nel carcere di Opera, di Secondigliano, di Rebibbia e di Marassi a Genova. Nei fatti, questi centri clinici si riempiono immediatamente di malati di AIDS. C'è un piccolo particolare, sono questioni tecniche, ma importanti, che il Ministero della Sanità non riconosce questi quattro centri clinici, come reparti di malattie infettive perché non hanno i parametri delle malattie infettive. Questo significa che gli infettivologi che lavorano all'interno dei centri clinici, con contratti a ore individuali, non possono prescrivere i farmaci

di fascia "H". Guardate che sono dovuto andare io non da questo Ministro, da quello precedente della Giustizia, a fare un incontro e cercare di spiegargli qual era il meccanismo tecnico di non funzionamento. L'infettivologo che lavora a contratto privato non può prescrivere i farmaci di fascia "H" dentro i centri clinici. Quindi, abbiamo dei centri clinici trasformati in reparto di malattie infettive, dove il medico non può prescrivere. A questo punto, scatta il problema della convenzione. Il problema è che molte volte non si riescono a fare le convenzioni. Sono stato testimone, mi hanno chiamato così di un po' per le cose di cui mi occupo; non è che abbia avuto un ruolo istituzionale nella Commissione nazionale, ma siamo in tanti, a cercare di trovare un accordo a Secondigliano tra il reparto di malattie infettive e il penitenziario. Abbiamo passato una mattina a discutere in modo molto acceso; ero in una veste strana per me, dovevo fare il mediatore, non c'è stato l'accordo perché Giustizia e Sanità hanno mandato una circolare sulla questione delle convenzioni e gli allegati, in cui hanno messo dei costi per prestazione che la medicina penitenziaria deve pagare alle ASL. Scusate, l'ASL dice noi siamo un'azienda sul mercato, le cifre stabilite dall'accordo tra i due Ministeri non ci vanno bene. Noi, per quella cifra lì, il medico infettivologo dal Cotugno, piuttosto che dal Sacco, non lo mandiamo in carcere. O si modifica la cifra, l'Amministrazione penitenziaria dice che noi oltre non possiamo andare, anche perché gli stanziamenti sono questi e allora succede che da una parte non c'è la convenzione con il reparto di malattie infettive, dall'altra c'è, ma solo per gli esami; il medico di malattie infettive non va in carcere a visitare e allora bisogna portare il detenuto con la scorta. Per esempio a Napoli, la situazione è complicata perché c'è un certo tipo di detenuti che hanno certi articoli e la scorta è più complicata. Scusate, ma racconto cose vere. Arriva in ospedale e magari ha già l'analisi fatta dall'infettivologo interno con delle prescrizioni, l'infettivologo dell'ospedale dice: "io non sono un passacarte, non riscrivo gli esami, anche perché la mia Asl deve avere un certo guadagno dalle visite" e quindi rifà fare gli esami. Mi è capitato che il detenuto di Napoli che stavamo seguendo è stato spostato a Palermo e ha dovuto ricominciare tutto il percorso. Questo riguarda i centri clinici, ma anche in generale i carceri. Oggi, una gran quantità di penitenziari non ha la convenzione con la Asl oppure, come sono andato a vedere a Catania, tanto per dire, visto che ho girato un po' tutta l'Italia, ce l'ha sui SERT e sulla psichiatria, non ce l'ha su tutto il resto. Sempre per la stessa questione di costi. I due Ministeri si devono parlare. Se uno dice che nei centri clinici vanno i malati di AIDS e l'altro dice che non sono reparti di malattie infettive, questo prescrive i farmaci, l'altro dice non puoi, perché è di fascia "H", insieme stabiliscono dei costi e l'Asl non rispetta questi costi perché sono troppo alti, abbiamo una situazione di assoluta e totale paralisi. Qua si inserisce la 231 cioè la legge sull'incompatibilità tra AIDS e carcere. Non ho avuto occasione di parlare direttamente con FASSINO, però alziamo pure tutti i termini dei T4 a duecento T4, non è questo il problema, il problema è che non esce nessuno; qualcuno a Milano è uscito perché la legge 231 che cosa dice? Che l'incompatibilità scatta quando uno è in AIDS conclamato o - e il vocabolario italiano ha dei significati, "o" è diverso da "e" - quando uno è in situazione di forte immunodepressione o quando uno ha meno del 50 per cento dell'indice di KARNOSKI che tutti conoscete, cioè l'indice di autonomia del singolo per i malati soprattutto neoplastici; la legge, siccome il titolo della legge non è solo sui malati di AIDS ma per altre gravi patologie, dice o per chi è affetto da altre gravi patologie, quando non risponde ai farmaci. I magistrati, prendiamo un esempio quelli di Roma, non scarcerano nessuno se non ha tutte queste quattro condizioni. Quindi: AIDS conclamato, meno di 100, 50 per cento di KARNOSKI e per di più non deve più rispondere ai farmaci. Ho visto i fogli scritti, ho visto il medico che certificava e gli veniva chiesto di certificare se comunque il paziente rispondeva ai farmaci. Non esce nessuno e non esce perché il magistrato, questa è la mia interpretazione, ha paura dell'allarme sociale che c'è fuori e quindi della risposta degli articoli sui giornali, delle campagne che partono. E ancora, c'è una circolare che, se non sbaglio, è circolare o decreto che è uscita dai due

Ministeri insieme e che poi il DAP ha fatto sua, dicendo all'interno dei penitenziari deve essere garantito tutto, compreso il mantenimento metadonico, che nella maggioranza dei carceri, non c'è. Tanto per non parlare in generale, non c'è a Poggio Reale, non c'era fino a un mese fa; adesso mi hanno detto ieri che è cambiata la situazione a Marassi, non c'è a Rebibbia, è inutile che giochiamo coi dati. Ci aono stato un mese e mezzo fa: su centinaia di tossicodipendenti ne avevamo 5 in mantenimento metadonico, nel centro clinico, tutti malati conclamati di AIDS, gli altri, se entravano, anche ad alti livelli di mantenimento, stanno nel centro clinico, vengono fatti scalare e poi dopo devono andare nei singoli raggi. In genere, la crisi di astinenza come si affronta? Con psicofarmaci, vuol dire ricerca dell'eroina, uso promiscuo di siringhe, oppure ci si fa con l'anima della BIC. Non voglio scagliarmi contro uno o contro l'altro, perché poi l'Asl dice che non abbiamo il personale per potere garantire il metadone. La Direzione a Rebibbia dice che sarebbe favorevole; da altre parti, a Napoli mi pare, invece dice no, noi preferiamo che non entri, però è il SERT che deve decidere su queste cose. Se non c'è il personale, bisogna dirlo pubblicamente, si fa la denuncia e non quando si entra a verificare, a controllare, si arriva col tabulato e si dice che manca il personale; di mezzo c'è il diritto alla salute delle persone. Nessuno parla di eroina da somministrare in carcere, diamo il mantenimento metadonico. Anche questa è una cosa che assolutamente non funziona, compreso il fatto che il passaggio dal primo gennaio del 2000 dei servizi penitenziari per i tossicodipendenti è il SERT. Mi risulta che le varie Amministrazioni, di volta in volta, hanno cercato di trovare delle soluzioni, cioè il personale viene pagato da una parte, funzionalmente dipende dall'altra, non c'è un aumento del personale, c'è del personale che non sa se deve passare o non deve passare, c'è del personale che deve fare alcune ore da dipendente della medicina penitenziaria e altre ore del SERT, perché c'è di mezzo la questione della medicina preventiva. Mi pare che ci sia un percorso legislativo che in qualche modo è andato avanti. Noi eravamo a favore del passaggio al Servizio Sanitario Nazionale, ma qui si rischia di fare la fine della 180 sulla psichiatria, cioè si fa una legge e poi non viene applicata, è facilissimo criticarla e dire che non funziona. Se poi i motivi sono i contrasti tra i due Ministeri non lo so; dico che però questo è un problema grosso. Un'ultima questione che volevo far presente relativamente al carcere è questa: riporto dei dati che sono stati presentati il 30 maggio del '99 a un convegno della Comunità Europea fatto a Milano. Non li abbiamo presentati noi, li ha presentati un'altra Associazione con un progetto europeo che ha un incontro sul carcere in Spagna tra un mese e li hanno presentati come ricerca per cui io la riporto così com'è. Era una ricerca fatta anche col supporto, mi risulta, della Regione Lombardia, in una serie di penitenziari del Nord Italia, da cui emergeva un dato impressionante e cioè che il 7% di chi fa uso di sostanze si sarebbe fatto il primo buco in carcere. Non so se sia corretta o meno la percentuale e credo che, se dobbiamo dare un giudizio scientifico, non siamo in grado di sottoscrivere, né quella né un'altra percentuale. Credo che però ci sia anche questo aspetto cioè il carcere, come dice sempre CASELLI, diventa discarica sociale e mi permetterei di aggiungere che alcune volte addirittura, non so come dire, inserisce qualcuno che non c'è ancora nella discarica. Mettiamola come vogliamo però peggiora fortemente la situazione e anche questo è un aspetto su cui confrontarsi.

Un'ultima battuta invece su un aspetto positivo. In carcere capita alcune volte che la popolazione immigrata riesca ad avere un'assistenza sanitaria che non ha da altre parti. Per esempio, a San Vittore, a Milano, è così. Che cosa succede? Che quando il detenuto esce, oltre ad avere un problema di casa, di soggiorno, se ne perdono completamente le tracce, ma se ne perdono le tracce anche come possibilità di seguirlo sul piano sanitario e oltretutto lì varia da singola Asl, da singola Regione, chi garantisce alcune terapie e chi no.

Credo che, come operatori, siamo assolutamente perdenti se, al di fuori dello spazio sanitario, non riusciamo ad attivare o a entrare in sintonia con altre risorse, che organizzino una serie di risposte esterne cioè l'immigrato che esce e che è in terapia, e non

solo sulle tossicodipendenze, se ha dei servizi che se ne occupano sul piano sanitario, è più facile che sviluppi dei percorsi di inserimento piuttosto che venga abbandonato a se stesso. Ho fatto l'esempio della Banda dell'AIDS precedentemente; se uno esce ed è abbandonato assolutamente a sé, ritorna nel circuito. La popolazione tossicodipendente emerge come una delle popolazioni a più forte recidività e la prima settimana di scarcerazione risulta come uno dei momenti più a rischio di overdose, proprio per le modalità di non stretto rapporto tra la realtà dentro e fuori il carcere.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Il dottor Massimo BARRA, Presidente di VILLA MARAINI, "Strategia della ricerca attiva: un obbligo per la terapia e per la sicurezza urbana".»

Dott. Massimo BARRA:- «Non avendo l'abitudine a preparare i discorsi, sarò breve perché l'ora è tarda e voi siete stanchi e siamo tutti stanchi.
Devo dire, bravo AGNOLETTO, per tutto quello che ha detto e che condividiamo pienamente.
Io sono un po' preoccupato per il clima della Conferenza perché mi sembra che continuiamo un dialogo tra sordi e allora mi domando se non sarebbe da persone intelligenti e da persone pragmatiche cercare dei consensi che siano consensi condivisi da tutti cioè delle strategie che possano trovare una unanimità di adesione anziché continuare una contrapposizione che potrebbe pure fare sì che noi oggi qui siamo sul Titanic festeggiando le nostre convinzioni e le nostre consuetudini e tra qualche mese andiamo alla deriva nell'oceano Atlantico senza poter più mettere in pratica queste nostre convinzioni.
Dico questo perché un mese fa c'è stata una Conferenza regionale sulla lotta alla droga a Cassino, gestita dalla Regione Lazio, alla presenza del Presidente STORACE, alla quale ho partecipato; mi sembrava di stare in Afganistan, in mezzo ai talebani, rispetto a quello che è il tono di questa Conferenza, la lezione bellissima che ha fatto ieri il professor VERONESI, assolutamente inattaccabile da un punto di vista scientifico. Ma siccome l'uomo non è solo razionalità ma è anche emotività, è anche passionalità, è anche animale, animale politico, vi dirò che a Cassino tanta gente che predicava di riduzione del danno, che si riempiva la bocca parlando metadone, di fronte a un Presidente della Regione che ha detto che nel Lazio noi il metadone non lo vogliamo più dare, i tossicomani devono andare tutti in comunità terapeutica, la riduzione del danno è sostanzialmente una parolaccia, tanta gente carina, democratica, aperta, ha cominciato a dire, che "bello che oggi il Presidente è rimasto qui con noi", ma come è carino. Come operatore che è impegnato nell'azione di recupero dei tossicodipendenti, voglio avere il diritto di poter continuare a fare quello in cui credo e che non può essere soggetto agli umori delle maggioranze, delle minoranze.
Allora, mi domando: è possibile trovare dei punti di consenso? E' interesse dello Stato conoscere i tossicomani perché un tossicomane, dico sempre, che si cura è una mina vagante, un tossicomane che non si cura è una mina vagante due volte. Se il primo è pericoloso, il secondo è doppiamente pericoloso.
Per conoscere al massimo i tossicomani bisogna allargare il ventaglio delle possibilità operative. Noi abbiamo già un sistema che è abbastanza assorbente. Non credo che ci siano 500.000 eroinomani in Italia, è una cifra esagerata, gli eroinomani sono 200/250.000, 170.000 in rapporto coi servizi, grazie alle azioni in strada, alla riduzione del danno che finalmente possiamo citare, senza dover fare dei salti mortali come a Napoli. Promozione della vita, della salute, era quasi una parolaccia a Napoli, dire riduzione del danno era come dire sifilide, una volta non si poteva dire, era il "mal francese". Questa ipocrisia mi pare che qui l'abbiamo superata. Grazie alla strategia della riduzione del danno, l'assorbenza del sistema, la capacità di venire in contatto è nettamente aumentata, ma noi sappiamo che ancora ci sfuggono le ali estreme, cioè che esi-

stono dei tossicomani che sono così patologici, che sono nella doppia diagnosi, che sono matti, che sono così autodistruttivi, che non gliene frega niente; recentemente ci hanno incendiato il camper, è stato un ragazzo che ce l'aveva detto: stanotte vi incendierò il camper, io ho la malattia, sono pregiudicato, ho obblighi con la giustizia, sono tossicomane, devo morire e che mi fate?
Questa fascia di disperati crea l'allarme sociale; noi sappiamo che quello andrà a fare un reato, e quando entra in carcere noi speriamo che ci resti un po', dopo ventiquattro ore sta fuori un'altra volta, dieci volte; questa è una fascia di 30/40/50.000 persone.
Per queste persone qua, che possiamo fare di più di quello che abbiamo fatto fino ad oggi? E' la strategia di riduzione del danno. E' una strategia di sinistra o di destra? Perché quando GASPARRI dice che la vecchietta, la signora dei Parioli, gli dice: "ma perché non gliela date l'eroina, perché così questi evitano di attentare al mio patrimonio", questo è un sentimento di sinistra o di destra? Cioè quello di conoscere, di neutralizzare al massimo la offensibilità di queste persone che sono limitate, sono limitate, che meccanismo è? Ed è un meccanismo anti cattolico? Ma la parabola della pecorella smarrita, dove è andata a finire? Il pastore lascia le sue pecorelle per andare a cercare la pecorella smarrita. Chi si oppone a questo fa violenza, perché crea e induce patologia. Allora, è un delirio pensare che le istituzioni, in un Paese così operativo come l'Italia, così fertile, così ricco di intelligenze, riescano a contattare tutti i tossicomani; è un delirio, 250.000 persone, siamo a 170.000, non è un delirio, bisogna allargare le ali.
Cosa si può fare per allargare le ali? Sicuramente la sperimentazione di eroina, ma la sperimentazione di eroina non sarà definitiva perché nessuno ha detto che prendere l'eroina alla USL, non lo dico in senso spregiativo, prendere l'eroina in un posto passivo è diverso dalla ricerca attiva, perché nella ricerca attiva il soggetto è protagonista, ha potere, mentre nella somministrazione passiva perde potere, è una persona malata che viene assistita e siccome il rapporto tra eroina e piacere è fondamentale, se tu ci levi il piacere che è legato al potere, ci rimane un certo squallore. Certo, sarà sempre meglio piuttosto che andarsi a sbattere, a prostituirsi. Noi diamo le siringhe, ma saremo un po' ipocriti a dare solo le siringhe? Il dubbio ci viene perché noi diamo le siringhe sapendo che quelle siringhe serviranno per farsi una sostanza che è stata comprata al mercato nero, che è stata pagata cara e per pagare la quale il soggetto ha dovuto o prostituirsi o rubare o rivendere la sostanza.
Quindi, mi pare che una sperimentazione, per allargare la fascia, l'assorbenza del sistema, sia più che legittima, doverosa anche perché l'Italia sta in Europa e tutto quello che avviene in Europa fatalmente prima o poi, volenti o nolenti, deve succedere anche in Italia, senza che questo noi lo carichiamo di una attesa messianica, quasi che la somministrazione passiva di eroina possa risolvere d'incanto tutti i problemi.
Dall'altra parte, introduco un concetto scandaloso, il concetto della coercizione. Credo che i tempi siano maturi per riflettere sulla coercizione. Chi mi conosce, sa che VILLA MARAINI è stata la prima a scendere in strada; dal 25 del '92 ad oggi abbiamo fatto 800 interventi di overdose per strada e quindi non può pensare che noi non siamo dalla parte dei tossicomani, non siamo alleati, terapeuticamente alleati con i tossicomani e che non siamo convinti che non esista tossicomane, per quanto assatanato, per quanto diabolicamente posseduto, che non possa guarire.
Noi abbiamo 50 ex tossicomani che costituiscono il valore aggiunto della nostra struttura, che fanno cose che nessun operatore fa, proprio perché l'investimento libidico è quasi obbligatorio per recuperare ed è importante perché il risultato è funzione anche dell'operatore.
Se l'operatore ci crede, il risultato è buono, se l'operatore è scoppiato, è in burn - out, ha gli affari suoi, ha i problemi suoi, è chiaro che è sciatto poi nell'applicazione, le sue vibrazioni sono vibrazioni depressogene, è meglio che stia a casa.
Per questo gli operatori che si occupano di tossicodipendenza dovrebbero avere un mese di più di ferie, dovrebbero potere stare, se non gli va di lavorare, a casa, perché un ope-

ratore depresso manda depressione in giro, che non è quello di cui si ha bisogno.
Questi soggetti, queste cronache di morti annunciate: noi vediamo delle persone refrattarie a tutto e a tutti e noi diciamo questo si ammazza, questo va a finire che si ammazza, questo una volta fa l'overdose, la sera dopo fa un'altra overdose, la sera dopo fa un'altra overdose, alla fine si ammazza. Ci sarà mai una possibilità di prevenire tutto ciò? Cioè noi dobbiamo fare finta che questo non avvenga, non esista? O non è ipotizzabile che questa persona possa essere inviata in un centro idoneo, non per guarire perché guardate, c'è questo grande equivoco, che il tossicomane disintossicato sia guarito, il tossicomane disintossicato è tossicomane.
La tossicomania alterna periodi di intossicazione a periodi di non intossicazione e quindi pensare, per esempio, che per l'inserimento nelle strutture a custodia attenuata debba essere disintossicato, quasi che il tossicomane disintossicato sia molto diverso dal tossicomane non disintossicato, è negare profondamente che la malattia non è la malattia di chi si droga, ma di chi è incapace di sopravvivere senza droga in una data fase della sua esistenza, per cui il fatto che si droghi, che sia intossicato o disintossicato è secondario, è assolutamente secondario.
Sarà possibile ipotizzare che questa persona venga inviata in una struttura per un mese, obbligatoriamente e quindi mi rifaccio a quello che veniva detto; gli affidamenti vengono fatti senza una grande responsabilità della struttura e senza una partnership con la magistratura, anche perché i tempi sono diversi. I tempi del tossicomane, sono che in una settimana muore, risorge, muore, risorge; i tempi della magistratura di sorveglianza sono molto più lunghi.
E' possibile creare delle équipe on line nell'interesse del paziente, perché comunque lo Stato deve essere un padre autorevole, non può essere un padre assente, non può essere uno che fa finta che quello che avviene non avvenga perché questo crea morte, crea disperazione e allora dico non ci potrebbe essere un accordo politico innanzitutto, per permettere alle ali estreme di essere sperimentate?
Tra l'altro il ricovero coatto, nella nostra legislazione, esisteva già nella 685, che era considerata una legge liberale rispetto alla JERVOLINO VASSALLI, che prevedeva, all'articolo 100, la possibilità di un ricovero coatto che non è mai stata messa in pratica se non per gli ospedali per cui la coazione non era per il tossicomane che non si voleva curare, ma era per l'ospedale che lo rifiutava e questo è stato abolito dalla JERVOLINO VASSALLI che invece era ritenuta una legge, giustamente, più repressiva.
Su questo si può cominciare a discutere, superando la logica degli schieramenti. Non dico che si possa barattare la sperimentazione di eroina volgarmente con il ricovero coatto; dico, in una ottica di moratoria, di cui abbiamo bisogno, perché noi non possiamo vivere questa continua incertezza, che fa sì che le strutture convenzionate non siano in una condizione di par condicio rispetto alle strutture pubbliche, non fosse altro perché le strutture pubbliche lo stipendio ce l'hanno assicurato alla fine del mese, mentre tutti quelli del privato sociale dipendono dagli umori, dagli accreditamenti, dai soldi che arrivano, per cui VILLA MARAINI questo mese non ha pagato lo stipendio ad operatori che vengono chiamati invece tutti i giorni dalle forze dell'ordine, perché una delle interfacce tra tossicomani e mondo sono le forze dell'ordine, in cui ogni giorno dei tossicomani vengono arrestati e in cui noi siamo chiamati a portare il metadone: è un altro uso umanitario del metadone, che vorrei fosse diffuso in tutta l'Italia, perché comunque diminuisce la conflittualità all'interno delle celle di sicurezza delle Caserme, dei Tribunali dove molte volte i tossicomani stanno come cavalli nelle celle, con la lingua di fuori ad aspettare qualcuno che se li fili o ad aspettare il turno, a volte per ore e ore, in condizioni di malessere e noi abbiamo visto che il tossicomane che va in causa coperto con tutte le sue endorfine stimolate dal metadone, alla fine si difende meglio e prende meno pena di quello che è talmente disorientato nel tempo e nello spazio, sta talmente male che tutto quello che lo circonda non lo interessa e non è neanche in grado di difendersi e mi sembra che questa sarebbe una battaglia di libertà.

Venendo su temi concreti, c'è qualcuno che è in grado di prendere una iniziativa pacificatoria? Perché mi è parso ieri che il termine riduzione del danno sia oramai entrato, sia stato digerito da tutti, mi è parso ieri che il termine decarcerizzazione sia stato digerito da tutti; sul metadone oscilliamo perché non ho capito l'onorevole CARLESI quando ha tirato fuori l'ipotesi del metadone a 90 giorni, mi piacerebbe sapere quale rivista scientifica al mondo parla di metadone a 90 giorni se non in un salto mortale, per cercare di dire e non dire, perché poi è il contrario di quello che viene detto nel libretto del Polo delle Libertà; questo mi terrorizza perché se poi le maggioranze cambiano, io non vorrei dover dire ai tossicomani che curo guarda, vorrei ma non posso.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Claudio FILIPPINI, Sindaco di Bagnolo, per la presentazione della Carta di Bagnolo.»

Dott. Claudio FILIPPINI:- «Credo che in molti si chiederanno che cosa ci fa un Sindaco qui e io tento di spiegarlo, con il rischio di parlare un po' fuori dal coro; non perché non condivida tutta una serie di affermazioni e analisi che sono state fatte questa mattina, ma perché credo che in momenti come questo valga proprio la pena di tentare di vedere se i territori e quello che il territorio propone e come il territorio si propone in un qualche modo riesce a entrare in sinergia con quanto i servizi hanno prodotto di analisi, con quanto i servizi stanno realizzando sui territori medesimi fra l'altro, a volte però un po' all'insaputa gli uni degli altri; a volte si rischia di lavorare come dei buoni vicini, senza che ci sia un rapporto di stretta collaborazione.
Intanto proprio per questo, ringrazio gli organizzatori di averci fatto spazio e parto col dire che io rappresento un territorio di sei Comuni della bassa reggiana, sei piccoli Comuni che fra di loro mettono insieme 55.000 abitanti e che costituiranno nei prossimi anni un territorio a forte rischio, perché è il territorio della Provincia di Reggio Emilia che sarà per i prossimi anni a più grossa espansione, sia per quello che riguarda il sistema produttivo che per quello che riguarda anche le aree abitative.
Questo per dire che poi non ci vuole un genio a capire che molta di questa espansione, molti di questi cittadini che verranno ad abitare nel nostro territorio, saranno comunque cittadini immigrati e le proiezioni che stiamo facendo sono che, nonostante tutti i freni che abbiamo messo in atto, per una serie di decisioni che sono state prese altrove e non sui nostri territori, per i prossimi cinque anni ci sarà un aumento di un terzo della popolazione.
Questo vi dovrebbe lasciare immaginare il rischio a cui prima facevo riferimento. Sei Comuni quindi, dove l'immigrazione, oltre che una risorsa, rappresenterà un problema.
Noi, come Comune, abbiamo aderito volentieri nelle settimane scorse a un'iniziativa che ci è stata proposta dal SERT di Reggio Emilia, di essere la sede nella quale andare ad approfondire il tema dell'immigrazione e utilizzo di sostanze, perché abbiamo preso questa proposta come una proposta che tende ad analizzare un problema senza peli sulla lingua, senza rischiare o volere rischiare di non volere affrontare un problema.
In questo convegno, abbiamo voluto significare, anche con la presentazione del documento dove portiamo le conclusioni di quel convegno, l'importanza della nostra presenza come amministrazioni locali e quale correttore forse di una mutazione socio - economica dettata a volte da scelte improvvisate, che diventano pesanti per le nostre amministrazioni.
Vengo molto sinteticamente alla sintesi del convegno, ne richiamo alcune parti e poi farò alcune considerazioni finali.
Il fenomeno dell'immigrazione rientra a pieno titolo nel quadro dei principali problemi con cui la nostra società si confronta. L'immigrato si inserisce attualmente in contesti sociali che si stanno modificando sotto pressanti spinte demografiche e socio - economiche. L'accoglienza di nuove popolazioni può pertanto essere considerata come opportunità positiva di rivitalizzazione per l'intero paese e una forma moderna e civile di coope-

razione fra ricchi e poveri. Gli immigrati sono persone in movimento fra due mondi, va tuttavia ricordato come coloro che riescono a emigrare sono per lo più le persone più sane, più giovani e più intraprendenti, con sufficienti aspirazioni personali per adattarsi a situazioni strutturali e logistiche difficilissime, che rappresentano spesso per la loro famiglia una garanzia di sopravvivenza e di speranza per il futuro. Purtroppo il patrimonio salute in dotazione all'immigrato viene messo a dura prova a causa dei fattori di rischio e delle condizioni incontrate nel Paese ospitante, mancanza di lavoro, sottoccupazione. Vi do per buona la lettura del documento, che fra l'altro ho lasciato in numerose copie al Centro di documentazione giù al piano terra.

Dalle considerazioni che ci hanno portato, all'interno del convegno, a prendere atto che abbastanza spesso, proprio per la condizione di difficoltà vissuta dagli immigranti, queste condizioni portano questi soggetti ad avere delle esperienze di droga, di carcere e affini, da qui diviene, abbiamo pensato nel convegno, fondamentale il riconoscimento, l'attuazione e la tutela dei diritti, in conformità con la legge 40, a regolamento attuativo della circolare del Consiglio dei Ministri, che ribadisce il diritto agli interventi di cura, riabilitazione e prevenzione delle persone tossicodipendenti straniere, senza permesso di soggiorno, alla pari degli altri cittadini tossicodipendenti, anche se detenuti o internati e qui mi riferisco a una serie di considerazioni che faceva prima il dottor BARRA.

Occorre creare specifici progetti per i minori stranieri con particolari problemi di tossicodipendenze e valorizzare la famiglia dell'immigrato come fattore protettivo per l'individuo, facilitando il ricongiungimento del nucleo familiare e sostenendone l'integrazione nel nuovo ambiente, investire sul consenso delle popolazioni presenti sul territorio dove viene messo in atto un intervento a favore dei tossicodipendenti stranieri, attivando strategie di comunicazione congrue ad evitare rifiuti e reattività esasperate da parte della popolazione locale.

Vi invito a leggere il documento che, non per niente, è chiamato Piattaforma. Nel senso che pensiamo che fra i servizi e il territorio ci debba essere una sorta di piattaforma, una sorta di accordo, una sorta di contratto che veda chi gestisce le amministrazioni e i servizi che vengono erogati sui territori in una strettissima collaborazione. La comunità locale si attiva per dare significato a queste nuove presenze di immigrati, ma ancor peggio, di quelli di loro che vivono questi problemi di rapporto con le sostanze, la comunità locale contribuisce a valorizzare queste nuove presenze e quindi ad abbassare il rischio di esclusione, promuove iniziative di mediazione culturale.

Siamo un gruppo di sei Comuni, che si sono coalizzati, si sono messi insieme; abbiamo attivato degli uffici di mediazione culturale, delle modalità per fare accoglienza, delle modalità per inserimenti al lavoro, stiamo attivando delle modalità per garantire le case a questi soggetti che vengono a lavorare sui nostri territori. Crediamo però, proprio perché pensiamo che nei prossimi anni i problemi saranno destinati a complicarsi ulteriormente, stante l'aumento notevole che questi soggetti avranno sui nostri territorio, che sia opportuno e necessario che tutti gli enti e le istituzioni, a partire dal governo fino ai Comuni, si diano delle modalità per fare un monitoraggio, almeno su alcuni territori, di queste problematiche, in notevolissimo aumento.

Da questo punto di vista noi, come Comune, non ci tiriamo indietro, mettiamo a disposizione anche delle risorse economiche, insieme ai servizi e insieme a tutti quelli che sono deputati alla gestione, non solo dei singoli territori, ma anche dalla Regione, ma anche dall'amministrazione statale, mettiamo anche la nostra disponibilità e le nostre intelligenze per quanto possiamo, perché questo problema venga tenuto in attenta considerazione, perché riteniamo che questo sia il problema dei prossimi anni e che qualsiasi progetto anche per la salute che venga fatto sul territorio, locale o non locale, non possa più non tenere in considerazione la presenza di questi soggetti immigrati, presenza che diventa ancora più difficoltosa, quando i soggetti immigrati hanno a che fare con le sostanze.

L'impegno che noi ci prendiamo è questo, facciamo la nostra parte sui territori, perché

avvenga un reale coinvolgimento delle persone in una attività di accoglienza di questi nuovi cittadini dei nostri paesi. Contemporaneamente però crediamo e chiediamo che questo non rimanga il problema dei servizi, ma che diventi un problema delle amministrazioni e degli enti nel loro complesso.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Ora se vuole può parlare il dottor Alessandro ZANA', del SERT di Pordenone, su "Miglioramento clinico nella tossicodipendenza attraverso un processo di integrazione individuo/gruppo/società. Analisi del fenomeno "Ragazzi della panchina" nel periodo 1995/2000".»

Dott. Alessandro ZANA':- «Volevo parlare dell'esperienza avvenuta, e che è tuttora in corso al Servizio Tossicodipendenze di Pordenone, che riguarda dei pazienti a bassa soglia e molto frequentemente non responders, in un periodo che ormai dura da circa sei anni. Premetto che questo discorso è frutto della collaborazione e del lavoro dei Ragazzi della panchina, degli operatori e dei volontari, anche se io sono il portavoce.
Pordenone, nel nord est d'Italia, è una piccola città, ricca, con un reddito pro capite medio alto, con importanti insediamenti industriali e in cui vi è pressoché piena occupazione, città anche in cui il rapporto percentuale tossicodipendenti/popolazione era, nel corso degli anni '80, tra i più alti d'Italia.
Per comprendere il fenomeno "I Ragazzi della panchina", è forse utile partire proprio da qui, da una città che presentava, in quegli anni, una forte contraddizione in termini di qualità della vita tra la maggioranza della sua popolazione e una minoranza significativa della sua giovane generazione.
Il problema, trascurato in quel periodo, mostrerà il suo volto più drammatico a dieci anni di distanza quando la sieropositività porterà a termine il suo decorso allora inevitabile. Per una realtà come Pordenone, sarà un brusco risveglio, quello della metà degli anni '90, anche in considerazione del fatto che in rapporto alla popolazione, le morti si portano via, in quei dieci anni, quasi un'intera generazione. Un brusco risveglio dunque, causato da alcune morti drammatiche che scuotono una comunità tranquilla come quella pordenonese. In una casa abbandonata muore un ragazzo bruciato dal fuoco, che aveva acceso per salvaguardarsi dai topi. A poca distanza di tempo, muore di overdose un altro ragazzo in un bagno dell'Ospedale civile, viene ritrovato sei giorni dopo. Improvvisamente, qualcosa scuote la città, il caso finisce sui giornali e contemporaneamente i ragazzi della piazza iniziano a guardarsi in faccia. C'è la paura di morire e c'è un primo, rabbioso grido silenzioso. I ragazzi si trovano presso una panchina, all'uscita dell'Ospedale civile, il luogo di ritrovo non è nascosto ai più. Anzi, c'è un continuo via vai di persone che vedono e passano oltre, incuranti all'apparenza di ciò che succede. La panchina è un mostrum, un'esibizione di quel grido silenzioso, che la città ancora non ha raccolto. Il grido si spegne nella frattura, che c'è tra i due gruppi sociali che mal si sopportano vicendevolmente ma le morti, quelle morti rendono palese un sommerso che per svariati motivi si era lasciato andare alla deriva.
Le strutture di competenza, il servizio Tossicodipendenze, i servizi sociali si trovano impreparati a gestire un'esplosione di aggressività così improvvisa. Per contro, i ragazzi si vedono impotenti, hanno appreso nel corso degli anni a essere impotenti e non sanno come uscire da quella situazione. Lo fanno in maniera rivendicativa, cercando i colpevoli di quella situazione e lo fanno in maniera disperata perché il tempo stringe. Si forma un gruppo, persone che vivono il problema HIV sulla loro pelle, si trovano per provare a dirsi cosa stia succedendo, chiedono aiuto a un medico del SERT, che sarei io, perché possa nascere qualcosa che dia loro una mano.
Intanto, purtroppo, le morti continuano e i mezzi di informazione tengono alta l'attenzione sul problema. Il medico cerca uno strumento, che possa scuotere tutte e due le realtà, sia quella della tossicodipendenza sia il quotidiano della comunità di Pordenone. Per lui l'emergenza è sociale, non riguarda solo la parte legata all'uso di sostanze. Si pensa

alla poesia e si contatta uno dei massimi poeti viventi, Andrea ZANZOTTO, per un incontro aperto a tutti sul tema L'uomo di fronte ai fatti estremi, cioè la morte. Chiede ai ragazzi un confronto su questo tema col poeta, e riesce in questo modo a stabilire un contatto diverso, a dare uno stimolo. Il pericolo è che, distoltasi l'attenzione dal fatto di cronaca, tutto muoia; bisogna far sì che il gruppo intraprenda una strada a lunga percorrenza, che creda a una modalità diversa di vita, che non sia la oppressiva ruota quotidiana imperniata sull'uso di sostanze. Coinvolge due assistenti sociali del Servizio, per cercare di elaborare i messaggi che provengono dai ragazzi, i ragazzi a loro volta si coagulano intorno a un leader che all'interno della piazza ricopriva già questo ruolo. Le riunioni settimanali al SERT si susseguono e emergono temi di grande sofferenza. I ragazzi vogliono parlare dell'eutanasia, la morte occupa il loro quotidiano in maniera pressante. Riescono tuttavia, in gruppo, a stemperare quell'angoscia che altrimenti non saprebbero come canalizzare in modo non lesivo.

Iniziano a crearsi relazioni diverse fra le stesse persone che frequentano la piazza. Contemporaneamente, attraverso iniziative di respiro più ampio, un libro che raccoglie gli scritti dei ragazzi, un film documentario che ne fotografa la realtà, il gruppo esce allo scoperto e incontra la città.

Le reazioni sono contrastanti ma ci sono, la risposta della città funge a sua volta da stimolo per il proseguimento dell'esperienza. L'apprezzamento da parte della società ha incrinato la convinzione di impotenza. Nel frattempo, il gruppo viene fortemente segnato dalla morte del leader iniziale, figura carismatica che aveva coagulato intorno a sé molti ragazzi.

Si cercano, nelle parole dei ragazzi, i loro obiettivi. La richiesta più pressante riguarda un posto in cui poter stare, una sede propria in cui incontrarsi in maniera diversa rispetto alla panchina. La richiesta più drammatica è di poter morire con dignità, ovvero che il resto della città riconosca a ognuno dei ragazzi uno sforzo per recuperare la frattura che fino a quel momento ha tenuto le due parti lontane. La sensazione è che il gruppo dei tossicodipendenti voglia lasciare un segno, voglia ripristinare un ponte interrotto. Per farlo, è necessario tuttavia superare la diffidenza di chi sta dall'altra parte, diffidenza acuita da una ritualità che allontana il resto della popolazione per la quale non è condivisibile nemmeno il sostare come alienati su una panchina.

Si aprono dibattiti in città, ma cosa vogliono questi Ragazzi della panchina? Pretendono di insegnare qualcosa a chi? Anche la città è spiazzata e non sa come instaurare un dialogo. Vogliamo un posto per noi che non sia un ghetto, lo vogliamo in centro alla città. I ragazzi continuano a riunirsi in una stanza del SERT, c'è un nuovo leader, ci sono persone che lentamente iniziano a cambiare il loro stile di vita, in virtù anche di migliori relazioni e di un'appartenenza diversa rispetto alla piazza. Si cerca di trovare strategie per ottenere gli obiettivi che il gruppo si propone. Lentamente, il gruppo riesce a capire che un atteggiamento rivendicativo non paga, si devono usare altre armi, mediare, proporre, pazientare, convinti che la strada per il riconoscimento e il riscatto è lunga.

Ai ragazzi del gruppo non interessa dimostrare a se stessi il proprio valore, interessa dimostrarlo a una società che li ha rifiutati. Aiuta la risonanza data al progetto dall'invito alla Conferenza di Napoli, aiutano le numerose attestazioni di stima e interesse di svariate zone d'Italia, aiutano le modalità che il gruppo ha di proporsi, anche attraverso la sua immagine pubblica. Riesce a passare una prima messa in discussione dello stereotipo del tossicodipendente, le opinioni si diversificano, fuoco di paglia o piuttosto gruppo di auto aiuto con un suo pensiero, una sua idea, una sua tenuta alla frustrazione causata da un obiettivo, la sede, che tarda ad arrivare, ma è sempre motivo di coinvolgimento nei discorsi dei ragazzi e nel loro impegno.

Anche la città e le sue istituzioni iniziano a riconoscere nel gruppo un interlocutore. I ragazzi possono dire la loro, finisce quella povertà che è di chi non ha voce su niente. La tenacia, la tenuta pagata da alcuni, ha un prezzo altissimo, alla lunga si rivela vincente. Si arriva addirittura a indire un consiglio comunale per stabilire o meno il patro-

cinio del Comune all'apertura della sede. All'approvazione seguono fiaccolate e petizioni di protesta dei cittadini del quartiere in cui sorgerà la sede dei ragazzi. Tutto questo sta significare quanto la città comunque si sia mobilitata intorno a questo gruppo, quanto questo gruppo abbia permesso di far discutere i cittadini su un problema come quello della tossicodipendenza, che spesso è esclusivamente materia di cronaca nera, ricondotto all'overdose o a uno spazio malavitoso, raramente avvicinato dal punto di vista umano da parte di chi non è direttamente coinvolto.
Anche il comportamento dei cittadini pordenonesi regala uno spaccato delle reazioni che permettono oppure ostacolano comunemente la possibilità di integrarsi da parte di un soggetto, siano essi i tossicodipendenti o qualsiasi altra minoranza.
Il rimandare a uno stereotipo rinforza il comportamento deviante, creando una devianza secondaria come reazione. La categoria tossicodipendente, riconosciuta tale dalla società, per reagire, spinge il tossicodipendente a riorganizzare il sé intorno a tale categoria, per darsi un'identità che finisce con il coincidere con il comportamento stigmatizzato. L'assunzione di un'identità deviante secondaria, rende difficile qualsiasi progetto di recupero, in quanto la persona si vede impotente, di una impotenza appresa che blocca qualsiasi tipo di cambiamento. La devianza sarebbe un tentativo di adattamento al fallimento. Si crea così una sub cultura deviante, che mantiene un'identità di gruppo. La società, nell'allontanare tale gruppo, a tutti gli effetti lo consolida. A Pordenone, ha prevalso la scelta di chi ha cercato di comprendere, senza allontanare. Anzi, valorizzando la diversa storia che ognuno ha, ritenendola una ricchezza. Ha prevalso anche la capacità di chi non era in sintonia con le proposte del gruppo, di dare comunque una possibilità in quanto credibile, e il gruppo e, di conseguenza ogni individuo che ne fa parte, è stato capace di resistere all'alternanza di successi e frustrazioni, ricavando da questa resistenza modalità di pensiero più stabili, imparando a dilazionare la gratificazione e a pianificare le proprie aspettative in un percorso di tipo progettuale.
Ma che cos'è questo gruppo? Cos'è per lui questa sede? E' un gruppo di auto aiuto che si avvale attualmente della collaborazione di due operatori, un medico ideatore e responsabile del progetto e un educatore. Ha già cinque anni di vita, nel corso dei quali ha avuto variazioni sostanziali dei membri pur mantenendo una sua coerenza di percorso. Inizialmente, il fattore aggregante sono state la tossicodipendenza e la sieropositività che accomunavano la maggior parte dei suoi elementi. Ora alcuni sono usciti dalla tossicodipendenza, altri hanno avuto un sensibile miglioramento dal punto di vista clinico, altri purtroppo sono morti.
Il suo obiettivo è promuovere, attraverso iniziative di diverso respiro, un'idea più articolata del mondo della tossicodipendenza e contribuire attivamente al miglioramento delle condizioni di vita non solo di chi vive quotidianamente questo problema, ma anche di chi gli sta attorno in un'idea di integrazione gruppo/società. Si punta al recupero del valore dell'identità del tossicodipendente, agendo prima sulla devianza e poi sulla tossicodipendenza. L'idea è di approccio alla persona e non al tossicodipendente. Si può ipotizzare addirittura che l'offrire una terapia rinforzi lo stigma, per cui può essere che una parte dei tossicodipendenti rifiuti le terapie per non sentirsi ulteriormente stigmatizzato. Con noi era venuto un docente dell'Università di Padova.»

Docente di Padova:- «L'esperienza che avete sentito si è andata coniugando con un percorso che, come alcuni docenti della Facoltà di Psicologia di Padova, si stava facendo e questa coniugazione ha sortito questo grande effetto. Sono state utilizzate delle parole come devianza secondaria.
Giustamente CASELLI ha fatto appello a questo aspetto, modificando il titolo di questa sessione, non più Inclusione sociale possibile, ma Mantenimento sociale possibile, modificando la strategia generale di intervento, non tanto quella di cercare di reinserire e quindi di riuscire ad operare in termini di inserimento sociale, ma di fare tutto ciò che è possibile per mantenere la rete sociale, che la persona che usa appunto sostanze consi-

derate illecite possiede ancora. Sono stati sottolineati appunto nel corso di questa mattina tutta una serie di aspetti forti che sono stati portati come contributo, tra cui anche la motivazione degli operatori. La motivazione degli operatori può non nascere non tanto forse da aspetti, così definiti, di drop - out o comunque di stanchezza rispetto al servizio svolto o meglio, non guardiamola solo in questo modo, ma rispetto al fatto che gli operatori che si occupano di questo particolare fenomeno trovano a dover condividere con altri operatori, vedi la magistratura, vedi altri tipi di operatori, quelle che sono assunzioni di tipo paradigmatico generale. L'operatore non riesce ad essere individuato in termini di teoria specifica di riferimento, perché le teorie psicologiche a cui si fa riferimento e che vengono considerate sono diventate di senso comune, le utilizzano tutti, le utilizza lo psicologo, l'operatore, l'educatore, il magistrato, l'assistente sociale, tutti fanno riferimento alle stesse teorie psicologiche.

La proposta è, se in termini di azione di intervento si è arrivati ad un forte accenno al pragmatismo, tutte queste teorie psicologiche a cui finora abbiamo fatto riferimento, alla prova dei fatti non hanno comportato alcun valore aggiunto, come operatori, come "esperti" di questo settore, ridiscutiamo della teoria, cioè forniamo agli operatori delle teorie, che siano in grado di dare un supporto pragmatico alle azioni che adesso sono diventate fortemente concrete e non sono più appunto così elevate, altrimenti si corre il rischio che l'operatore non possieda un patrimonio di conoscenze e di competenze specifico, che gli consenta di differenziarlo da qualsiasi altro operatore, che non in termini socio - sanitari appunto si muove in questo senso.

Le azioni concrete ormai le abbiamo, ma discutiamo di queste teorie che, alla prova dei fatti si sono rivelate assolutamente fallaci, cioè non hanno prodotto alcun intervento. La persona che consuma sostanze illecite si ritrova, nel percorso che è stato precedentemente individuato a ritrovare la propria stigmatizzazione in termini di devianza secondaria, in quanto si sente fare da tutti gli operatori esattamente gli stessi discorsi.

Che cosa possiamo fare in questo modo? Ridiscutendo della teoria, proporre un cambiamento di paradigma rispetto a questo fenomeno in termini di approccio, utilizzando l'esperienza pragmatica delle azioni di intervento per cercare di modificare la teoria stessa. Queste teorie psicologiche che alla prova dei fatti non hanno retto, confermano l'identità fortemente tipizzata della persona che fa uso di sostanze. Dobbiamo interrompere questo processo di attribuzione rispetto a queste persone, modifica del paradigma. Il conferimento identitario non può più essere di carattere tipizzato e quindi cessare attribuzioni di carattere biopsicologico, disposizionale, tipiche, causalistiche in senso generale, siano esse probabilistiche oppure causalistiche in senso forte, soprattutto non utilizzare più questo termine di personalità che diviene questa sorta di promotore dei comportamenti considerati devianti secondari cioè diventa una sorta di motore; è il cuore che produce tutta una serie poi di atteggiamenti e di comportamenti. La tossicodipendenza, se continua a permanere all'interno di una tassonomia psichiatrica e quindi di una nosografia psichiatrica classica, conferisce identità tipizzata. Non c'è la considerazione di malattia di chi riceve dall'esterno questo tipo di etichetta. Serve una cessazione e diminuzione dei processi di etichettamento e quindi ecco il carcere; è stato detto in maniera precisa che la depenalizzazione non è intervenuta in questo senso, in quanto anche se la persona che fa uso di sostanze illecite viene depenalizzata riceve comunque tutta una serie di riconoscimenti esterni che ovviamente gli confermano invece l'identità tipizzata stessa. L'esperienza di Pordenone in questo senso è fondamentale perché incrementa le occasioni di incontro e non di etichettamento. Le persone vanno all'associazione non perché si sentono etichettate, ma semplicemente perché riescono a trovare qualcuno che parla loro in un altro modo e che non li riconosce né come malati, né come etichettati in senso secondario.

Tutte queste occasioni che abbiamo ascoltato stamattina, se fanno riferimento pertanto ad un paradigma di stampo squisitamente medicalistico, continueranno ad avere un effetto marginale.

L'esperienza di Pordenone dimostra in maniera evidente che, costruendo delle occasioni, queste persone possono collocarsi in un'altra sede e quindi costruirsi un'altra identità che non sia quella fortemente tipizzata in cui invece sono stati inseriti in precedenza.
La proposta è che gli operatori del privato sociale, del pubblico, coloro che si occupano di questi fenomeni, si riapproprino del loro patrimonio teorico e quindi conoscitivo anche in termini di intervento, non vedendolo contaminato con paradigmi e con teorie che, abbiamo sentito anche stamattina, hanno mostrato tutta la loro corda in termini di efficacia.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Dobbiamo innanzitutto esaurire gli interventi già programmati, che sono otto. Poi ho io undici iscritti e, se non sbaglio, altri sette li ha Leopoldo GROSSO. Siamo a un totale di ventisei. Comincia il dottor Edo POLIDORI, Regione Emilia Romagna, "L'ottimo non può essere nemico del buono".»

Dott. Edoardo POLIDORI:- «Innanzi tutto spiego il titolo, nel senso che è il titolo di un editoriale di ADDICTION, una rivista che penso molti conosceranno, di un paio di anni fa. Quello praticamente che in questo editoriale veniva ampiamente spiegato era che noi abbiamo tutta una serie di cose ottime in mente, e penso che lo stesso CANCRINI stamattina abbia elencato delle cose, dei progetti che sono molto alti, però a volte l'inseguire le cose ottime può diventare un alibi per non fare le cose buone nel senso che ci sono delle cose buone, fattibili, che si possono fare e non si può continuare a inseguire interventi super integrati che prevedono medici, psicologi, educatori, sociologi e nel frattempo non fare le cose che siamo già in grado di fare e utilizzare gli strumenti che siamo già in grado di utilizzare. In questo senso, vorrei ricordare a tutti e prima di tutti a me stesso, che ci sono delle cose buone che possiamo già fare, mentre ci stiamo organizzando per fare delle cose ottime.
Ringrazio per avere già ampiamente sviluppato questa parte, in particolare tre persone nella mattinata, il dottor MOLLICA, il dottor AGNOLETTO e il dottor BARRA, perché mi sembra che abbiano sviluppato benissimo questi temi e quindi mi hanno agevolato nel mio intervento.
Innanzi tutto vorrei chiarire di che stiamo parlando. Di persone che hanno una patologia sì o no? BARRA ce l'ha ampiamente ricordato. Io penso che stiamo parlando di persone che hanno una patologia, che non è, se non in rarissimi casi, acuta, ma è assimilabile a una patologia cronica.
Jerome JEFF, che è uno dei più grandi ricercatori sulle tossicodipendenze, dice che è molto grave scambiare una patologia cronica invalidante, un diabete, una ipertensione, per una frattura. Le patologie acute si curano, le patologie croniche si controllano. E' un errore delinquenziale, dal punto di vista medico, trattare una patologia cronica, come se fosse una patologia acuta, così come è un errore delinquenziale fare l'opposto.
Altra cosa - io vado per flash, per punti, per stimoli, quindi do delle occasioni di riflessioni per me e per gli operatori SERT, nel senso che sono uno che viene dai SERT e quindi parlo per quello che succede nei SERT - secondo me, che è bene chiarire, è che io, in un certo senso, non so lavorare sul disagio, non so cosa farci sul disagio, questo è un termine che in questi giorni è risuonato molto. Sul disagio, non so, si fanno le manifestazioni, si fanno i concerti, si fanno le raccolte di firme, ci tassiamo tutti, ma sul disagio, così come sulla pace, non so come dire, non so esattamente che cosa si possa fare. All'interno però dell'area del disagio, io penso che si possano individuare alcuni obiettivi e quello voglio fare, cioè voglio ridurre la mortalità per overdose, voglio ridurre le patologie sessualmente trasmissibili e le patologie che si trasmettono per via iniettiva,

voglio ridurre la criminalità. Nell'area del disagio si individuano alcuni obiettivi. Per quegli obiettivi, si individuano degli strumenti e, sulla congruità tra strumenti e obiettivi che ci si è dati, si vanno a fare delle valutazioni. Altrimenti staremo a dire, a seconda della posizione politica che rappresentiamo, se questo trattamento funziona troveremo sempre chi dice che quel trattamento in realtà non funziona, ma probabilmente perché ci stiamo dando degli obiettivi diversi.

Penso che sia necessario che i servizi pubblici chiariscano per che obiettivi stanno lavorando, per quali obiettivi vengono messi in atto i trattamenti, se questi obiettivi vengono raggiunti o meno e su questo fare valutazione, per i trattamenti con metadone, per gli inserimenti in comunità terapeutica, per l'alta soglia, la bassa soglia, per tutto quello che andiamo facendo. L'inclusione sociale penso che possa partire soltanto nel momento in cui noi capiamo che il primo passo è includere le persone in quella micro parte della società e delle istituzioni che sono i nostri servizi. Penso che la prima inclusione che dobbiamo fare è l'inclusione di pazienti che sono sulla strada, alla deriva, in situazioni di svantaggio, in situazioni di difficoltà; dobbiamo includerle e tenerle in contatto con i nostri servizi.

Questo non penso che voglia dire soltanto dare un farmaco. Sono un grande sostenitore dei trattamenti con metadone e penso che il metadone sia il farmaco di elezione nel trattamento farmacologico della dipendenza da oppiacei, sia il farmaco di elezione. Però conosco anche persone che hanno smesso di prendere il trattamento con metadone, perché non ne potevano più di andare in un servizio e avere il metadone, così come si dà la ciotola ad un cane.

Penso che non sia solo una questione di farmaco, ma sia anche una questione di come i servizi si organizzano rispetto al trattamento con metadone, come gli infermieri, i medici, gli psicologi, gli educatori di un servizio concepiscono l'immagine, il valore delle persone che stanno seguendo un trattamento con metadone. E' chiaro che attorno al metadone possiamo fare tutto. Il dottor MOLLICA ha detto che più cose mettiamo attorno a un trattamento più il trattamento ha possibilità di andare bene, ma questo è l'ottimo. Nel frattempo, possiamo anche fare delle cose buone.

La mia esperienza, essendo post prandiale, è anche basata su quello che succede durante il pranzo. Non so se vi è capitato di chiedere il bis di una cosa. Vorrei il dolce, no, deve prendere tutto il vassoio. Ma io vorrei il dolce. No, deve prendere il vassoio. Allora lascio stare tutto. Non è possibile, non so come dire, che o si prende il pacchetto completo, oggi avevano già modificato, ieri erano più rigidi, non è possibile che succeda che o si prende il pacchetto completo o non si ha diritto a una prestazione, anche se è l'unica prestazione che chiedo.

Si è parlato in questi giorni di tossicodipendenti cronici. Scusate, ma io non conosco tossicodipendenti che non siano cronici, non conosco persone che in un certo senso non abbiano già, essendo dipendenti, una connotazione di cronicità, nel momento in cui accedono al mio servizio. Quando uno bussa, non so come dire, novanta volte su cento, o è mandato dai familiari o è mandato dalle forze dell'ordine o è spinto da qualcuno o, se viene lui, nove volte su dieci, è già una persona che vive sulla sua pelle un problema di cronicità; non è il metadone che gli do io che lo cronicizza, non è l'intervento a bassa soglia che lo cronicizza. Ripeto, sarebbe una cosa, dal mio punto di vista, da delinquenti pensare che io, in quel momento, sto facendo un qualcosa che lo cronicizza, perché vorrebbe dire che io non ho capito che sto trattando, sto cercando di prendere contatto con una persona che vive già, drammaticamente sulla sua pelle, un problema di cronicizzazione e allora penso che sia impossibile non dire a un diabetico che lui, con quel problema, dovrà convivere per il resto della sua vita, penso che non si possa non dire questo.

Allora penso che gli operatori, quando operano con pazienti che vivono problemi di dipendenza, debbano anche correttamente dire che con quel problema lui ci dovrà convivere per lunghissimo tempo, che quel problema lo accompagnerà per un sacco di

tempo, indipendentemente dal fatto che lui usi o non usi eroina, perché la dipendenza è il suo problema.
Affermare questo penso sia responsabilità individuale, far capire questo è una responsabilità individuale, ma anche una responsabilità dei servizi, così come noi possiamo pensare tutte le politiche che vogliamo di depenalizzazione, di decarcerazione; un'altra responsabilità dei servizi è definire forse che è un loro compito istituzionale il cercare di fare in modo che nessuno vada in carcere, perché è tossicodipendente. Noi possiamo anche cercare di fare uscire le persone, ma forse dovremmo ricordarci ogni giorno che è nostro compito cercare di non farle entrare in carcere per problemi connessi alla dipendenza.
Ci riempiamo spesso di dati su come l'overdose sia strettamente correlata con la non presa in carico, come un trattamento con metadone diminuisca l'incidenza delle overdose, ma il trattamento con metadone diminuisce anche le carcerazioni. Ho pochi contatti con il carcere ma, stranamente, quando si ragiona sul carcere si vede che da alcune zone vengono di più che da altre, che il carcere è più affollato di pazienti che provengono da determinati territori, possono essere territori ad alta incidenza mafiosa, ma nella mia zona, Emilia Romagna, vedo che più spesso è connotato alle politiche di servizio che in quel territorio si seguono.
Quando parliamo di interventi a bassa soglia, di interventi di riduzione del danno, quanto in realtà le varie professioni investono su questi trattamenti? Quanto investono i servizi sui trattamenti con metadone? Il trattamento con metadone è una filosofia, è un modo di intervenire che è condiviso all'interno di un servizio? E' vero che oggi ci sono più trattamenti con metadone di quelli che c'erano anni fa, ma siamo così convinti che il modo in cui vengono gestiti sia di molto modificato? Personalmente ne sono poco, penso che oggi facciamo molti cattivi trattamenti con metadone. E' meglio che niente, ma penso che anche su questo dovremo ragionare all'interno dei servizi.
Quanto investiamo sugli interventi sociali all'interno dei servizi? Come mai, stranamente, è possibile accedere a un servizio e chiedere soltanto il farmaco? Questo, oggi, a volte è possibile, lo è più di alcuni anni fa, per cui io posso andare a un servizio e dire guardate, vorrei solo fare un trattamento con metadone e questo, in genere, adesso viene accettato, ma siamo sicuri che sarebbe accettato se io andassi a un servizio a dire "guardate, io voglio soltanto un aiuto per la casa, ma non voglio smettere di bucarmi"? Penso che sarebbe rifiutato, un ragionamento di questo genere nella stragrande maggioranza dei servizi.
Allora sosteniamo la riduzione del danno ma quanto, all'interno dei nostri servizi, sosteniamo la dignità a pieno titolo di interventi sociali parallelamente alla dignità a pieno titolo di interventi medico farmacologici, ma quanto gli psicologi all'interno dei nostri servizi pensano di dover modificare il loro intervento spostandosi più sul counseling, sul supporto psicologico invece che "rinchiudersi" nella psicoterapia e in un rapporto individuale con un paziente? Penso che ragionare sulla riduzione del danno voglia dire anche articolare interventi farmacologici, socio - assistenziali e di supporto psicologico e dare ad ognuno la pari dignità.
Abbiamo tante unità di strada, tanti interventi a bassa soglia, ma queste cose avvicinano o allontanano? Conosco unità di strada e interventi a bassa soglia, che hanno come unico fine tenere lontani i pazienti dal SERT, tenere alcune persone altamente problematiche, lontane da un rapporto stretto con le istituzioni e gli interventi a bassa soglia. Siamo sicuri che hanno così tanta dignità? Perché succede una cosa strana, dal mio punto di vista, che gli interventi ad alta soglia hanno stranamente un'altissima concentrazione di medici, di psicologi, di operatori, di professionalità alte e gli interventi a bassa soglia, che hanno un'alta dignità, hanno stranamente un'alta concentrazione di professionalità più basse, educatori, assistenti sociali, personale convenzionato, ma noi continuiamo a dire che hanno pari dignità ma, stranamente, se uno guarda l'organizzazione e il personale che ruota su questo intervento troviamo delle grande disparità. Penso

che anche su queste cose dobbiamo cominciare a interrogarci. Quanto, all'interno dei nostri servizi, consideriamo questo non una conseguenza di un malgoverno o di una cattiva gestione da parte dei politici di quello che accade, ma come una conseguenza di come all'interno dei servizi forse gli operatori per primi credano abbastanza poco in quelle cose che qui ci stiamo dicendo.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Susanna FALCHINI, responsabile SERT 2 e 3 di Firenze, su "Interventi in ambito penitenziario della Regione Toscana".»

Dott.ssa Susanna FALCHINI:- «Sono la responsabile dei SERT dell'Oltrarno fiorentino. La nostra unità funzionale coordina gli interventi del Dipartimento Dipendenze nelle quattro strutture penitenziarie di nostra competenza.
Vi porto una sintesi di quelli che sono stati gli interventi regionali nell'ambito penitenziario e in questo sarò supportata dalla mia collega Maria Grazia DI BELLO, che è responsabile sanitario per il settore specifico delle strutture penitenziarie.
Lo sfondo di quest'anno è stato complesso e particolare per la nostra operatività nel settore in relazione, sia ai ricorrenti periodi di tensione tra la popolazione detenuta, sia per le oggettive difficoltà che hanno accomunato gli operatori socio - sanitari e di Polizia nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria nella loro attività.
Vi sono state importanti novità dal punto di vista normativo. E' da ricordare in proposito la recente entrata in vigore, a settembre di quest'anno, del nuovo ordinamento penitenziario; è avvenuto inoltre, dal primo di gennaio di quest'anno, il trasferimento delle funzioni sanitarie del settore Tossicodipendenze alle Aziende Sanitarie, come previsto dall'applicazione del decreto 230 e dei successivi decreti che hanno individuato nella Regione Toscana una delle sedi per la sperimentazione del trasferimento anche delle altre funzioni sanitarie.
Qualche veloce dato di riferimento. Rispetto alla popolazione generale italiana del '99, i tossicodipendenti, come è stato anche già ricordato, hanno rappresentato il 28 per cento. Negli istituti toscani, il 30 giugno di quest'anno, erano presenti 3.880 detenuti, gli stranieri rappresentavano il 37,29 per cento. Si tratta di un'area di notevole intervento per i nostri servizi che, nel '99, hanno valutato e trattato 2.493 tossicodipendenti detenuti nei 18 carceri presenti nel territorio regionale, mentre 6.308 sono stati i soggetti che hanno avuto misure alternative alla detenzione. Questo dato è riferito alla sola misura dell'affidamento in prova.
Qui ci sono altri dati che si riferiscono a quella che è l'attività prevalente dei SERT territoriali. Vedete, i detenuti tossicodipendenti valutati dai servizi che operano direttamente all'interno delle strutture penitenziarie sono stati 2.493; sui detenuti seguiti dai SERT territoriali non era possibile portare in questa sede il dato regionale, ma abbiamo ritenuto significativo comunque quello rappresentato dal nostro Dipartimento che rappresenta dieci dei quaranta SERT della Regione Toscana. Quelli seguiti dai SERT territoriali durante la detenzione intesa come sede di trattamento sono stati 230 tossicodipendenti, su una base complessiva di 3.198 utenti seguiti nel '99 dai SERT del Dipartimento Dipendenze.
Questo è un altro dato che si riferisce alle misure alternative alla detenzione di sicurezza e alle sanzioni sostitutive, sempre riferito alla Regione Toscana, un dato fornito dal Centro di servizio sociale adulti per il 1999. Vedete gli affidamenti in prova dei tossicodipendenti, sia dalla libertà che dalla detenzione, mentre evidentemente le altre misure si riferiscono non soltanto a tossicodipendenti.
In merito all'attuazione del decreto 230, la nostra Regione ha formalizzato una commissione tecnico - scientifica, che ha contribuito alla formulazione congiunta con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria dell'atto di indirizzo applicativo allegato alla delibera regionale 38.
L'atto di indirizzo, sostanzialmente, ha avuto l'obiettivo, nella fase iniziale, di transizione, di assicurare l'attuazione della normativa, giungere progressivamente alla riorganiz-