per 3, chi ha detto che è fallimentare? Va bene per 3 persone, sono 3 vite. A me non sembra fallimentare. E' vero che non va applicata a tutti e allora è sempre più vero che dobbiamo essere sulla strada; quello che si diceva oggi. Il territorio: conoscerlo è una grossa risorsa per i servizi; bisogna riuscire a uscire sul territorio, però bisogna essere mobili sul territorio, bisogna essere in grado di cambiare come cambia la strada.
L'ultima cosa che volevo dire, e poi finisco, è rispetto alle proposte di decarcerizzazione, cioè vorrei porre questo problema, stiamo attenti a non ridurre le comunità, che finora sono state comunque una grossa risorsa, a dei nuovi piccoli carceri, perché in comunità alcuni tipi di misure alternative sono incompatibili con soluzioni di adesione ai progetti. Non è possibile dare gli arresti a qualcuno e pensare che possa seguire un progetto. Allora si studino situazioni di custodia attenuata, quella è la verità. Se parliamo di decarcerizzare qualcuno e pensiamo di chiuderlo in comunità, andiamo a rischiare di mettere veramente in serio pericolo la funzione della comunità terapeutica.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Per favore allora Cristiana TAMBURRANO del SERT di Frascati.»

Cristiana TAMBURRANO:- «Sono un'assistente sociale, lavoro al SERT di Frascati, provincia di Roma, in un centro socio ricreativo culturale per tossicodipendenti attivi, quindi un centro dove si fanno attività di alta soglia, ma dove il target è a bassa soglia. Sono persone che fanno uso di sostanza.
Volevo cominciare con una piccola metafora per spiegare quello che io ritengo sia la riduzione del danno; immaginiamoci il trampolino dove si tuffano veramente gli atleti, nel senso che penso che la riduzione del danno è il trampolino di lancio verso l'emancipazione dalla tossicodipendenza e non verso la riabilitazione, perché io ritengo che la riabilitazione e l'integrazione sociale si possa avere nonostante l'uso di sostanze.
Questa è la nostra esperienza e questo è quello che volevo in qualche modo raccontare e spererei che nelle linee o nel documento che esce ci sia chiarezza su questa cosa perché, obiettivamente, in questa Conferenza non so quanto questo è veramente sentito da tutti, ovvero, secondo me, c'è assolutamente bisogno di creare risorse sociali per le persone che ancora fanno uso di sostanze.
Le persone a cui mi riferisco, fondamentalmente nel mio territorio, sono persone che - praticamente il sommerso si può dire che non c'è - fanno uso di eroina e di metadone. Per queste persone negli anni si è riuscito insieme a trovare un alloggio; il problema realmente dell'alloggio è poco, però è un problema comunque in alcuni settori, formazione professionale per persone che fanno uso di sostanze, lavoro per persone che fanno uso di sostanze, lavoro vero, la borsa di lavoro è una parte del processo, ma l'obiettivo è arrivare al lavoro con la busta paga e in questo si è riusciti. Il metadone libera il tempo, c'è il discorso della noia, i ragazzi hanno chiesto risorse per il tempo libero, si è creato questo centro dopo di che mancano ancora delle cose che sono comunque fondamentali.
Una cosa che vorrei sottolineare e che abbisogna veramente di chiarezza perché secondo me, almeno nella mia Regione, ognuno fa un po' come gli pare, è il discorso della consegna del metadone individualmente alle persone, anche a quelli con le urine positive, perché secondo me non c'è reale reinserimento, integrazione se poi una persona fra i quaranta e i cinquant'anni, tutti i giorni deve andare al SERT a prendere il metadone. Non è possibile che si va in ferie e bisogna avere la lista dei SERT in Italia e vedere se c'è il Subutex, se c'è il metadone e se lo danno, non è possibile. Quindi, maggiore chiarezza sulla consegna. Questo è un mandato che mi ha hanno dato, di parlare di questa cosa, della consegna del metadone individuale: basta portare nonne, zie, sorelle, fidanzatine. L'altra cosa fondamentale che abbiamo notato è il discorso dell'accompagno nella cura per la salute. Affrontare il discorso dell'essere o non essere positivi e poi scoprire di esserlo e affrontare la cura e la compliance alla cura sono cose difficilissime.

Pensavamo che una volta che uno l'ha saputo o gli si è dato l'indirizzo dello Spallanzani, questo era possibile e invece non è così. Anche in questo abbiamo capito che c'è bisogno realmente di accompagno concreto e noi ci siamo inventati il pulmino con il trasporto qualificato, dove vanno operatori e ragazzi insieme; c'è un reale sostegno, di fatto si è creato un gruppo di auto aiuto fra questi ragazzi e il cento per cento dei nostri ragazzi sieropositivi sono in cura presso lo Spallanzani o l'Umberto I o il Gemelli, tanto che adesso si parte per la campagna dell'HCV. Altra cosa sottovalutata che invece è da prendere in considerazione, ma ci vuole un accompagno, è che i ragazzi non ce la fanno, non ce la fa nessuno ad affrontare una malattia, una diagnosi dura, a maggior ragione questo vale per i tossicodipendenti. All'improvviso, semplicemente perché sanno di essere sieropositivi, cominciano la cura e continuano la cura, che tutti sappiamo che è una cura difficilissima. Servono risorse sociali anche per questa cosa, sostenerli nella cura perché comunque l'importante è vivere.
L'ultima cosa importante è questo discorso del carcere. Ritengo che la battaglia debba essere ampia, molto si può fare. Io chiedo chiarezza nelle linee, che sia esplicitato ai responsabili dei SERT di tutta Italia che l'articolo 94/90, il 147, gli arresti domiciliari, la detenzione domiciliare e la legge SIMEONI sono dei grossi strumenti intanto per fare qualcosa.
Al mio SERT ci sono 30 ragazzi in affido, sono ragazzi che stanno in affido al SERT, con il programma metadone a mantenimento, con le urine positive, lavorano, vengono al centro, vanno dove gli pare, hanno recuperato i rapporti familiari e i magistrati hanno concesso questi benefici. Quindi è possibile. Il problema, secondo me, purtroppo è il problema degli operatori. Lo dicevo anche ieri alla Conferenza, ho l'impressione che qui c'è un discorso che i magistrati lasciano agli operatori, gli operatori sono diventati giudici e non devono diventare giudici, perché devono pensare al programma, la polizia al controllo e il giudice a decidere, mentre con questa questione del reato che è troppo alto di fatto succede che un sacco di SERT neanche prendono in considerazione le domande dei ragazzi e questa è una cosa ingiusta che va denunciata; penso sia illegale e purtroppo i nostri ragazzi, non avendo conoscenza dei loro diritti e comunque non avendo il coraggio di denunciare ad esempio gli operatori dei SERT perché se tu non fai una cosa alla quale io ho diritto passi una denuncia, se io scrivo, ho diritto di chiedere l'affidamento in prova, tu in qualche modo devi venire, questo però purtroppo non lo fanno perché tutti sappiamo che i ragazzi, in effetti, poi non hanno il coraggio di denunciare queste cose.
L'ultima cosa, una questione di principio, cioè la cosa importante, quella che dicevo ieri, è che purtroppo, a livello culturale, il ragazzo che va in carcere è una liberazione per tutti, è una liberazione per la famiglia, che è comprensibile, è una liberazione per gli operatori.
Questo è proprio sbagliato, bisogna ribadire il concetto che l'utente in trattamento, il ragazzo in trattamento, se entra in carcere e non dovrebbe più entrare in carcere, perché con la SIMEONI e con tutte le altre cose si può lavorare e come, nel mio SERT nessuno più va in carcere; comunque, se entra in carcere, deve essere seguito immediatamente, dalla settimana dopo, non bisogna aspettare che scriva e dire speriamo che non scriva e così non ci vado, ma dire continuo a seguirti, ti vengo a fare le proposte, te le vengo a fare io, stai in carcere, vengo io e ti dico c'è una borsa di lavoro fuori, c'è un corso di formazione professionale. Devo essere io che vado verso e non la solita politica di aspettare che un poveraccio, più o meno perché l'ha saputo da un altro detenuto, provi a chiedere qualcosa. Questa politica, secondo me, non è vincente, gli strumenti ci sono, ce ne dovrebbero essere altri, ma comunque già si può lavorare molto. Soltanto se anche nei SERT i responsabili e gli operatori si mettono in testa che questo è possibile, che il carcere non aiuta nessuno, che non siamo giudici, ma professionisti della relazione di aiuto.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Emma FANTOZZI, medico, che opera a Regina

Coeli.»

Dott.ssa Emma FANTOZZI:- «Dunque, io opero a Regina Coeli da molti anni e voglio dire come vengono trattati i tossicodipendenti lì. Abbiamo prima una visita di primo ingresso, poi delle visite di medicina generale, delle visite specialistiche, un servizio di medicina preventiva e abbiamo il presidio per tossicodipendenti che comprende medici e psicologi. Le figure che lavorano sono un dirigente sanitario, dei medici incaricati, i medici del SIAS, i medici specialistici, i medici del presidio TD e HIV positivi, oltre a un personale infermieristico. Il tutto è praticamente per i medici del SIAS, 24 ore su 24, come l'assistenza infermieristica. L'altra assistenza è di 8 ore giornaliere.
Tra tutte le patologie presenti nel carcere, una particolare attenzione di tipo sanitario e sociale è sempre stata rivolta verso pazienti tossicodipendenti e sieropositivi.
All'ingresso in carcere, i pazienti che mostravano sindromi astinenziali venivano subito trattati con farmaci sintomatici, per periodi variabili ottenendo come risultato uno stato di disintossicazione anche senza l'utilizzo di terapie sostitutive.
Per meglio conoscere la tipologia dei pazienti trattati nel nostro istituto, riportiamo alcuni dati circa un' indagine effettuata su un campione di 1.000 pazienti per anno, in tre anni consecutivi, '97, '98 e '99, al fine di valutare, in relazione alla popolazione detenuta, la reale percentuale di pazienti affetti da tossicodipendenza, partendo da un'accurata anamnesi, un attento esame obiettivo e di indagini cliniche; abbiamo suddiviso i pazienti in categorie.
Dunque, come già è stato detto da molti, i tossicodipendenti in matricola - perché questo è importante, che i dati che noi abbiamo sono quelle delle matricole - sono circa un 30 per cento, come è stato detto anche in altri istituti.
Noi abbiamo suddiviso questo 30 per cento in categorie e abbiamo una prima categoria di pazienti TD, che rappresentano circa il 30%, nella quale abbiamo compreso tutti quei detenuti che realmente portano i segni e le caratteristiche della tossicodipendenza e i pazienti seguiti anche saltuariamente da strutture pubbliche e in terapia metadonica in libertà, quindi sono un 30 per cento del 30 per cento di coloro che vengono definiti tossicodipendenti. Nella seconda categoria abbiamo compreso tutti quei pazienti che, per i più svariati motivi, anche al fine di ottenere vantaggi giudiziari, si dichiarano tossicodipendenti ma, dall'anamnesi, dall'esame obiettivo, dall'osservazione clinica nel tempo non portano alcun segno di tossicodipendenza e sono circa il 50 per cento. Terzo i pazienti occasionali. Nella terza categoria abbiamo compreso tutti quei detenuti che usano occasionalmente droghe leggere e sono alla loro prima esperienza di detenzione e rappresentano il 10 per cento. Nella quarta categoria abbiamo compreso tutti quei detenuti che fanno esclusivamente abuso di alcolici e sono il 3 per cento. Nella quinta categoria abbiamo compreso pazienti tossicodipendenti portatori di patologie psichiatriche e seguiti dal DSM.
Da considerare poi un 2 per cento di detenuti segnalati al nostro servizio, i quali riferivano un'unica esperienza con droghe leggere in tempi pregressi.
Inoltre, dal '97 al '99 c'è stato un incremento della popolazione straniera fino al raggiungimento, nel primo semestre del 2000, di circa il 45,50 per cento.
Dal gennaio 2000, con l'entrata in vigore del decreto legge 230, in istituto c'è stata l'introduzione di terapie sostitutive, punto di forza dell'assistenza ai tossicodipendenti da parte del servizio SERT della nostra Asl, della Asl del servizio sul quale insiste l'istituto.
La medicalizzazione, e queste sono delle nostre riflessioni, del trattamento dei tossicodipendenti è evidente, da quanto sopra esposto, è una medicalizzazione che riflette l'atteggiamento generale dei servizi pubblici, creati per il trattamento delle tossicodipendenza anche se presentata come riduzione del danno. Noi abbiamo moltissimi tossicodipendenti i quali vengono da noi e che non hanno ricevuto assolutamente alcun altro aiuto che non sia quello farmacologico.
Da quando il fenomeno TD è diventato tale da divenire uno dei problemi giovanili più

gravi da affrontare nella nostra società, nei servizi si tratta pressoché esclusivamente della tossicodipendenza da oppiacei, si disquisisce, nel tentativo di risolverlo, su trattamenti farmacologici sostitutivi e non come quando e quanto utilizzarli, su quali siano le basi strettamente organiche della tossicodipendenza per le quali il soggetto ha compulsivamente l'esigenza di assumere oppiacei.

Per quanto riguarda la nostra esperienza, l'introduzione del trattamento sostitutivo in istituto non ha fatto altro che polarizzare ancora di più l'affettività dei tossicodipendenti sul farmaco ed è veramente motivo di disagio per l'operatore medico e paramedico vedere persone legate, sempre più con modalità infantili ai cc in più o meno della sostanza sostitutiva o alla pasticca, come loro dicono, di un colore o dell'altro.

Ci si dirà che si può dare tanto farmaco da coprire ogni compulsività del soggetto, ma un tale comportamento in un istituto di restrizione, con tutte le dinamiche psicosociali che si presentano, non significa relegare il soggetto in una passività assoluta contrastante anche con le leggi che recitano come il carcere debba essere anche un momento di riabilitazione, di recupero sociale, non solo per i tossicodipendenti, ma per tutti coloro che vi entrano?

Ripetiamo che questo passaggio, attualmente, non ha portato alcun beneficio alle problematiche che esistono in carcere e che si modificano continuamente di pari passo con quelle sociali, in modo amplificato.

Infatti è nel carcere che si raccolgono in pochi metri quadrati tutti i problemi legati a stati di disagio come quello manifestato dagli stranieri, i quali hanno difficoltà di comprendere la lingua italiana, con valenze religiose e politiche totalmente estranee alla nostra cultura e per questo di difficile comprensione e come l'annoso problema del trattamento di pazienti psichiatrici dentro e fuori il carcere.

Riteniamo che, sia con il precedente ordinamento che con il nuovo, l'obiettivo da perseguire sia il recupero, la riabilitazione e l'inserimento sociale del tossicodipendente. Questo può essere possibile soltanto con un'attività svolta con principi di sinergia e continuità terapeutica, che coinvolga tutte le figure professionali preposte al recupero di un detenuto tossicodipendente e dentro il carcere.

Questa continuità viene meno quando il detenuto in libertà non trova sul territorio strutture idonee ed adeguate a supportare le necessità della propria patologia, questo soprattutto in pazienti psichiatrici e stranieri.

La nuova legge BINDI equipara in stato di detenzione il cittadino italiano a quello straniero ed extracomunitario, rispetto al diritto alla salute. In carcere, viene sicuramente e adeguatamente curato, ma quando esce dal carcere, quasi sempre in stato di disagio psichico ed economico, quali strutture trova sul territorio, chi e come garantisce loro le continuità terapeutiche? Sulla base della nostra osservazione, attualmente nessuno di questi problemi è stato risolto.

Proposte dentro al carcere: che si può fare in un istituto di restrizione come quello che è Regina Coeli che è un carcere mandamentale? Voi dovete sapere che Roma, città di 3 milioni e mezzo di abitanti, prende il 90 per cento dei detenuti, di coloro che hanno bisogno, che incontrano un iter giudiziario, vengono per primi a Regina Coeli, cioè il 90 per cento di tutti coloro che debbono venire.

Le proposte sono proposte piccole, essenziali, quelle che è possibile fare in un carcere mandamentale; non possiamo fare grandi progetti quando c'è un ricambio continuo.

Proposte: lavoro di équipe in istituto da parte del gruppo che ha in carico i TD e qui ci sono difficoltà di orari fra i SERT e quello che noi possiamo fare, perché ci sono degli orari codificati, orari lavorativi degli operatori, adeguati agli orari propri della vita dell'istituto di restrizione, continuità psicoterapeutica e socio terapeutica intramoenia, laddove questa già esista positivamente in libertà, mi riferisco quindi anche a cose che mi sembra abbia detto l'operatrice di strada e anche la collega che parlava di una sua esperienza con momenti di semi residenzialità, servizio sociale numericamente adeguato per tessere rapporti concreti e duraturi con le famiglie, con i servizi e con le strutture extra-

carcerarie che si possono coinvolgere, attività fisica per i tossicodipendenti che comporti una presa di coscienza da parte loro del proprio corpo, delle sue funzioni, delle sue possibilità, tendente a farlo stare bene con se stesso, nei giorni festivi e prefestivi attività di gruppo che, oltre a momenti di riflessione, che permettano di superare il vissuto abbandonico che la maggior parte dei soggetti porta dentro di sé, il servizio finisce alle ore 13 di sabato, il sabato pomeriggio e la domenica è nulla; ci sono seminari brevi per gli agenti di Polizia penitenziaria finalizzati alla conoscenza vera del soggetto tossicodipendente.»

Sottoegretario CORLEONE:- «Visto il numero di interventi, cercherò di essere brevissimo dicendo che il tema dell'inclusione sociale, al cui interno è inscritto il problema della riduzione del danno e del carcere, deve essere in qualche modo coniugato.
Il modo che vedo di mettere assieme questi temi è a partire da una considerazione che il Presidente CASELLI e io ormai ripetiamo come un tormentone, anzi, in un dibattito di qualche giorno fa, qualcuno ha detto che è quasi stantia l'espressione che noi usiamo, il carcere come discarica sociale.
E' vera, non so bene chi l'ha inventata, non so bene se l'ho inventata io, il mio amico VESCE o il mio amico Adriano SOFFRI, però noi l'abbiamo presa e la usiamo perché è vera e perché è patrimonio collettivo, credo, di chi lavora nel carcere. Il problema è questo: un'istituzione totale come il carcere può fare inclusione sociale?
Penso che sia un salto mortale. La sfida che ci viene data, soprattutto agli operatori, è questa perché il carcere non può dire "no, tu non entri" e il problema, quando c'è in carcere il tossicodipendente, lo straniero, la persona con disagio psichiatrico, il malato, in qualche modo bisogna affrontarlo. Allora, il paradosso è che il carcere deve diventare un pezzo dello Stato sociale nel momento in cui lo Stato sociale è un po' sul banco d'accusa della società. Allora il salto mortale diventa doppio salto mortale. Il rischio è che diventi poi un terzo salto mortale quando, nel carcere, si affronta il problema della tossicodipendenza, stretti fra la logica della sicurezza, che è diffusa nella nostra società, e il problema delle alternative, quando ancora non è chiaro se noi vogliamo scegliere vie ideologiche salvifiche oppure vie sperimentali.
Credo che l'intervento di ieri del Ministro VERONESI abbia spazzato via molti luoghi comuni e che finalmente costringa tutti a parlare delle cose come sono in Italia, come sono in Europa.
Ho sentito che il Presidente del Consiglio forse ha qualche perplessità su quello che succede. L'ho invitato a venire, perché non ci si può sottrarre a un dibattito specialmente quando un dibattito è sulla base dell'intelligenza e non del pregiudizio e soprattutto perché nel '93, alla Conferenza di Napoli, il Presidente del Consiglio AMATO riconobbe che le politiche di riduzione del danno erano quelle che potevano aiutare ad affrontare il problema e citava espressamente le politiche nel '93 dell'Olanda e della Carta di Francoforte. Sette anni dopo, credo che debba venire il Presidente del Consiglio a interloquire con il Ministro VERONESI, altrimenti vuol dire che si ritorna al '90, alla legge CRAXI più che la JERVOLINO VASSALLI, e questo credo che non sia consentito a nessuno.
Torno al problema del carcere, che è drammatico. C'è una questione su cui noi dobbiamo interloquire col Ministro VERONESI, il Ministro VERONESI ha detto che solo il 5 per cento dei detenuti tossicodipendenti ha un trattamento metadonico. Noi lo sappiamo che è vero, un anno fa erano ancora meno, su 15.000 tossicodipendenti vi erano 600 trattamenti metadonici, quasi tutti a scalare e credo che di questi 600, 100 erano di San Vittore. Fino all'anno scorso, il problema era facilmente risolvibile, è colpa del carcere che non fa entrare.
Oggi, noi dobbiamo capire se la responsabilità è ancora del carcere che non fa entrare il SERT o è il SERT che non va. Noi dobbiamo avere un monitoraggio, perché siamo

di fronte alla legge e alle circolari del Presidente CASELLI e del Ministro DILIBERTO e della ex Ministra BINDI che quella cosa la accettò, in cui si dice anche trattamento metadonico a mantenimento, per la prima volta, in carcere.
Noi dobbiamo avere un monitoraggio per sapere se il SERT va e viene respinto, perché allora interviene il DAP e interverrà con inflessibilità. Poi, conoscendo CASELLI, non c'è pericolo che questo sia il termine più adatto.
Se invece è il SERT che non va, allora dobbiamo affrontare il problema con il Ministero della Sanità, con le Regioni perché noi dobbiamo fare supplenza altrimenti, la legge ce lo dice. Se non va il SERT, noi dobbiamo fare supplenza. La cosa migliore è se noi facciamo in ogni carcere una riunione operativa dove ci sono istituti penitenziari, Asl, azienda, SERT, fare riunioni per pubblicamente capire che cosa succede, perché forse, se facciamo un monitoraggio burocratico, fra un anno siamo ancora qua. Forse dobbiamo avere un quadro rapidamente in cui ci si guarda in faccia e si dice che si fa e cosa non si fa.
Il problema della custodia attenuata. Penso che queste esperienze sono molto limitate numericamente, coinvolgono in tutta Italia poche centinaia di persone. Secondo me, questo non vuol dire che sono esperienze da abbandonare, ritengo che, come tutte le esperienze, le sperimentazioni, bisogna capire se queste possono accrescersi e come.
Per esempio, pongo qui la questione su cui credo vi sia un dibattito da fare all'interno del mondo penitenziario, all'interno del mondo dei SERT, perché il problema è ormai che anche le custodie attenuate non si possono pensare gestite interamente dal carcere, dal mondo penitenziario, ma devono essere gestite assieme, con una piena integrazione, dal SERT e dalla responsabilità penitenziaria.
Non sono convinto che le custodie attenuate debbano essere solo di tossicodipendenti. E' una mia idea, però è anche condivisa per esempio dalla dottoressa STRAFFI, che dirige i nostri istituti a Venezia, insomma è un ragionamento.
Lo dico perché è un dibattito insomma, credo anche teorico concettuale, perché può darsi che certe custodie piccole si possano fare per tossicodipendenti, certe custodie attenuate molto più vaste penso che si debbano fare con tutti i soggetti problematici "poveri" che noi abbiamo, anche perché forse se aiutiamo i tossicodipendenti a togliersi dalla monomaniacalità forse non è nemmeno male, a confrontarsi con qualche altro che ha qualche altra forma di difficoltà relazionale non è male, non lo so, questo è un altro punto.
Siccome noi vogliamo espandere le custodie attenuate, penso che una custodia attenuata solo di 100 tossicodipendenti, forse non è adatta; forse si può pensare invece a forme diversificate di custodia attenuata.
Il problema delle misure alternative. Noi abbiamo un problema difficile, di rapporto con la magistratura di sorveglianza, lo dobbiamo dire. I magistrati sono uomini in carne ed ossa, donne in carne ed ossa, e sentono l'umore della società, i messaggi e quindi non è un caso che sono diminuiti gli affidamenti, come ha scritto Livio PEPPINO su Fuori Luogo qualche mese fa; sono diminuiti, ma non per cattiveria.
Noi vogliamo, da questa Conferenza, lanciare invece un messaggio per cambiare questo segno, credo sia importante, credo che sarebbe sbagliato che da questa Conferenza uscisse il messaggio che l'alternativa sono le comunità e basta. Noi dobbiamo dire che vi sono progetti di affidamento che devono vedere i SERT coinvolti in prima fila. Questo è il messaggio che va dato, perché questo è quello che noi dobbiamo fare perché altrimenti roviniamo le comunità, quelle buone, quelle che non sono buone sono già rovinate per conto loro; roviniamo quelle buone o ne facciamo costituire altre ad hoc per fare dei piccoli carceri. Questo per noi sarebbe inaccettabile.
Questo è un quadro di interventi su cui credo che noi dobbiamo riflettere, pensare, da questa Conferenza io credo che si dimostrerà che, contrariamente a quanto alcuni pensavano, non solo non è stata inutile ma potrà essere utile.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Ora la parola a BERTOLINI, del SERT di

Montecatini.»

BERTOLINI:- «Cercherò di essere veramente breve. Vi volevo dire questo, tutti gli interventi sono stati molto interessanti, però stamattina ho apprezzato l'intervento del Sindaco di Bagnolo. E' stato un intervento importante, perché tutti i discorsi che facciamo noi qui poi bisogna in qualche modo tradurli in pratica. Tradurli in pratica significa andare sui territori e certe cose realizzarle. Allora, se il punto è questo, occorre che in qualche modo i nostri territori abbiano una forma e un'organizzazione e una rete di opportunità, così come oggi si dice, in grado di cogliere anche tutti gli spunti legislativi, tutte le occasioni che a livello nazionale vengono date, perché si risolvano questi problemi.
Per far questo occorrono decisioni forti politiche, guardate, non solo a livello centrale secondo me, ma anche a livello locale.
Il Sindaco di Bagnolo ci ha dimostrato che nel momento in cui su di un territorio si riesce a realizzare un patto territoriale, in questo caso sul versante dell'immigrazione, tantissime cose possono essere fatte, molte di più di quello che si pensi e quindi l'accoglienza è legata alle politiche che si fanno sul territorio.
Vorrei anche riportare un po' l'attenzione della Conferenza su quello che si fa, anche sul versante dei territori, cioè i nostri territori, molti di questi hanno, guardate, credetemi, un fortissimo capitale sociale. Parlavo in questi giorni con qualcuno che mi diceva: ma noi non siamo l'Olanda, non siamo la Svizzera. E' vero, non siamo né l'Olanda né la Svizzera, perché i nostri territori hanno un fortissimo capitale sociale e la ricchezza dei nostri territori, di molti dei nostri territori, io per esempio vengo dalla Toscana, non è data solo e soltanto dalle risorse economiche, ma anche dal capitale sociale. C'è un bellissimo libro di un economista che è SEN, che è un premio Nobel per l'economia, del '98, il quale dichiara che la ricchezza di un territorio si misura non solo e soltanto dal reddito degli abitanti, ma anche dalla capacità che questo territorio ha di accogliere le persone che sono maggiormente in difficoltà. Lui lo collega alla libertà, dice che non è un caso che laddove c'è stata democrazia e libertà non ci sono mai state carestie, mentre laddove ci sono stati dei governi autoritari le carestie hanno sempre colpito.
Credo che questi temi in qualche modo attraversano anche quello che stiamo dicendo, però non la voglio fare troppo lunga, voglio semplicemente riprendere alcuni, tre punti molto concreti, di cui parlava anche stamattina Leopoldo, che sono sul versante delle richieste.
Non parlerò del carcere, ne abbiamo parlato abbastanza, ne abbiamo parlato moltissimo. Io credo che anche le misure alternative al carcere siano praticabili laddove i territori, dove le comunità locali hanno certe caratteristiche.
Voglio semplicemente dire due o tre cose, in particolare modo, sul versante degli extracomunitari tossicodipendenti, perché anche questo è un problema. Ricordo che c'è una legge in Italia, che è la legge 40, che a parte il principio etico dell' Universalità della cura, la legge 40 prevede per gli extracomunitari anche privi di permesso di soggiorno il trattamento sanitario, quindi possono "tranquillamente" accedere ai servizi delle tossicodipendenze. Noi non siamo assolutamente d'accordo sulla concentrazione in alcuni SERT, penso che tutti i SERT possono attrezzarsi, ma naturalmente non possono essere solo i SERT. Dobbiamo chiedere alle aziende perché l'assistenza sanitaria è su tutte le problematiche, non può essere solo e soltanto per la tossicodipendenza. L'altro problema è però su un versante più di tipo culturale sugli extracomunitari: nei servizi delle tossicodipendenze, c'è in alcuni, nel Servizio Sanitario Nazionale invece l'assistenza sanitaria è una priorità assoluta, viene prima di ogni altra cosa - questo lo voglio ricordare perché non lo diciamo noi, lo dice la Carta dell'ONU, è un qualcosa di universalistico - manca una multiculturalità. Dobbiamo capire che la maggior parte degli interventi che dobbiamo fare in futuro sarà all'interno di una cornice che è la multiculturalità, per cui invito anche a cominciare una formazione serrata degli operatori su questi temi.
L'altra cosa sono i minorenni immigrati. Anche questa è una grossissima emergenza.

Nella zona in particolare modo, i minorenni albanesi a forte rischio di spaccio o coinvolti già nelle tossicodipendenze, molte volte sono in Italia da soli; questi ragazzi, non hanno la famiglia, per cui è necessario intervenire prevalentemente sul versante educativo con la costituzione di case famiglia per poter ridare a questi ragazzi quantomeno un minimo di relazioni familiari.»

Dott.ssa ROTELLA:- «Sono qua a rappresentare il Coordinamento degli Operatori dei Servizi a bassa soglia del Piemonte. In realtà, quello che vogliamo comunicarvi oggi è che c'è un processo di creazione di questo coordinamento, perché non è tanto facile mettere insieme servizi molto diversi.
Nel marzo del '99, al Meeting nazionale delle unità di strada, in qualche modo si sancisce la fine del periodo di sperimentazione della bassa soglia e delle esperienze out - reach. In realtà ci siamo resi conto che in Piemonte in particolare ci sono tantissime realtà, non soltanto legate alla tossicodipendenza e non soltanto unità di strada, che fanno un servizio a bassa soglia.
In particolare, ci sono drop in center, di cui si è sentito parlare poco ma che ad esempio VERONESI ha citato, dormitori, a Torino ce ne sono tantissimi, centri diurni per adulti in difficoltà, gruppi a bassa soglia all'interno dei SERT, ambulatori medici a bassa soglia, ISI, Informazione Sanitaria Immigrati, associazioni cooperative che si occupano di educativa di strada, sportelli di orientamento e sostegno.
Questi servizi hanno iniziato a dialogare mettendosi in rete e per avere anche uno scambio di formazione. I servizi nuovi andavano a vedere gli altri servizi e piano piano abbiamo iniziato a collaborare.
Ci siamo resi conto che il lavoro nella bassa soglia ha tantissimi elementi in comune, anche se non si rivolge soltanto a tossicodipendenti, anche quando lavora con i senza fissa dimora, perché poi tantissimi tossicodipendenti sono anche senza fissa dimora, anche quando lavorano con stranieri, oggi se ne è parlato tantissimo, alcolisti, persone con problemi psichiatrici che hanno perso, non hanno più un contenimento familiare.
Ci siamo accorti che abbiamo un po' parallelamente messo a punto metodi di intervento molto simili, anche se non ancora completamente definiti.
In particolare, abbiamo trovato come punti in comune il rapporto informale, la multi disciplinarità dell'équipe, l'utilizzo di strategie di rete e di empowerment, l'elevata accessibilità a interventi professionali qualificati, ad esempio l'accompagnamento educativo, il contenimento e supporto psicologico, l'informazione e la presa in carico sanitaria, la mediazione dei conflitti, la facilitazione all'auto aiuto, la possibilità di fare prevenzione e di entrare in contatto col sommerso.
Questi strumenti hanno dato grande qualità al lavoro nella bassa soglia e un valore sanitario molto elevato che ormai è riconosciuto e anche i servizi ne hanno consapevolezza.
Rimangono però da risolvere dei problemi, anche questi trasversali rispetto a questi servizi. In particolare, la scarsità della letteratura, soprattutto un approfondimento della realtà italiana che, rispetto al Nord d'Europa, favorisce la presa in carico come valore aggiunto al servizio erogato, la formazione e il riconoscimento di nuove figure professionali, l'educatore pari o grezzo, come è stato detto ieri, la conversione di professionalità prima inesistenti in questo ambito, in particolare il medico e lo psicologo. Un collega oggi ne ha parlato, io sono psicologa e ho trovato grande difficoltà a convertire i miei modelli di riferimento in questo lavoro, il dialogo con i servizi di diverso approccio, molto da costruire, e il passaggio dal concetto di bassa soglia come lusso a un concetto di bassa soglia come necessità, per poter offrire una gamma completa di interventi ai nostri clienti.
Gli obiettivi del coordinamento sono produrre materiale informativo, proporre momenti di scambio tra i partecipanti, promuovere attività di formazione, definire la professionalità di chi opera nella bassa soglia, sostenere situazioni difficili relative ai singoli servizi,

disegnare una rete dei servizi, raccogliere e legittimare le esigenze dell'utenza, promuovere momenti di confronto con le istituzioni, sensibilizzare l'opinione pubblica.
I destinatari del coordinamento, coloro che invitiamo a partecipare sono tutti i servizi sanitari e dell'assistenza nella Regione Piemonte, che adottano un metodo di lavoro che tende ad aumentare il più possibile l'accessibilità ai servizi perché poi ci sembra questo un po' l'obiettivo comune di quello che è la bassa soglia come termine.
Abbiamo già fatto un piccolo percorso che è quello intanto di iniziare a guardarci in faccia e a dialogare e confrontarci sul lavoro di rete che ogni servizio ha fatto, per cui abbiamo istituito un'organizzazione molto grezza ancora, che prevede un piccolo gruppo di segreteria, l'assemblea che si riunisce ogni tre, quattro mesi e poi quattro gruppi di lavoro, che stanno lavorando in modo anche abbastanza sostenuto, sulla visibilità, in particolare; questo gruppo si è occupato di questa comunicazione, di venire a Genova, gli spazi di progettazione comune, la formazione e, come vi dicevo, la rete e le mappe. Troverete questo volantino in fondo alla sala e ci sono anche i contatti.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Renato BARLETTI, responsabile unità mobile SERT Sanremo, coordinatore unità mobili Liguria.»

Dott. Renato BARLETTI:- «Parlo da un punto di vista, che è quello che è dall'altra parte dello specchio, in confronto ai servizi ed è l'ottica della strada. Mi voglio mettere a ruota alla collega che ha parlato prima, ricordare appunto il primo gruppo di studio di Bologna, dal quale sono passati due anni, in cui gli operatori di strada dicevano di avere raggiunto una funzione e una funzionalità all'interno della rete dei servizi, quindi di non essere più un qualcosa di sperimentale, un qualcosa di improvvisato, che inseguiva una qualche utopia, bensì di avere dato, con l'esperienza appunto, con la sperimentazione negli anni, un valore al proprio lavoro, alla propria funzione, nel senso di essere quelli che raggiungono le persone che non arrivano ai servizi, oppure quelli che raggiungono le medesime persone che arrivano ai servizi, però offrendo un qualcosa di diverso che ai servizi non chiedono e che i servizi comunque non sono attrezzati a dare.
I punti nodali, appunto le marginalità dure che si incontrano oggi per strada sono legate ai senza fissa dimora, agli extracomunitari, al problema del carcere, alla difficoltà di accedere al metadone..
La difficoltà che si vive è quella di non riuscire a dare una risposta che non sia, che non esca comunque dalla discrezionalità. Mi sembra che oggi, parlando, si diceva della circolare BRANCACCIO che risale a quattro anni fa e che cita una legge degli anni '50 in cui i Comuni, quando capiscono che una persona vive anche senza dimora nel proprio Comune, danno un indirizzo ipotetico, via del Comune 25; se il signor Tal dei Tali risiede in quel Comune e ha diritto appunto alla carta di identità, al certificato di residenza e soprattutto, da parte di un operatore, ad accedere a un servizio.
Nel caso, ad esempio, di un tossicodipendente, questo vuol dire che se è di Genova, ma vive per strada a Roma o a Palermo o a Udine, non può rivolgersi a un servizio. Penso che questa sia la cosa fondamentale nell'ottica proprio di riduzione del danno e non vorrei ritrovarmi fra un po' di tempo a dover dire che siamo quelli che abbiamo perso una serie di occasioni. Abbiamo visto che la risposta, gli strumenti per dare le risposte ci sono; purtroppo mi sembra che siano troppo legati alla discrezionalità di quel Comune che si attiva per darla, mentre tutta un'altra serie di Comuni non la dà e noi ci troviamo, ad esempio io parlo per la provincia di Imperia, Sanremo, di comuni molto piccoli, un territorio frammentato in cui magari ci sono delle persone che vivono per strada, ma sono residenti in un Comune che è a venti chilometri, molto piccolo, e non possono comunque essere presi dall'Asl di riferimento. La riduzione del danno - e faccio, in senso un po', velato una critica in generale - sarebbe un errore e forse potremmo continuare a parlare di sperimentazione, di cose per idealisti che pensano di salvare la vita, di cambiare il mondo, se l'unico strumento della riduzione del danno rimanesse il famigerato camper

che va nel luogo dello spaccio.
Penso che la riduzione del danno debba essere innanzitutto una strategia complessiva d'intervento che coinvolga tutti gli attori presenti su quel territorio, quindi i SERT ma anche i Comuni, le associazioni di volontariato affinché si lavori in quella direzione tutti insieme. Quindi l'invito a questa Conferenza, seguendo quella precedente, è che l'importanza della riduzione del danno è di renderla attiva, innanzitutto nella cultura di chi sta nei servizi e di renderla il più funzionale possibile.»

Dott.ssa CONTINO:- «Credo che ormai siamo giunti alla conclusione, per cui dobbiamo innanzitutto orientare questi ultimi interventi su una domanda fondamentale: che cosa vogliamo che ci sia scritta in questa mozione finale di questa giornata di lavoro?
Non so se poi Leopoldo GROSSO riassumerà un po' quello che pensa possano essere i contenuti di questa mozione.
Rispetto alla riduzione del danno mi sembra che a questo punto si possa dire che la riduzione del danno, in qualche modo, come filosofia, come strategia di intervento complessiva è condivisa. C'è chi la mette in atto in un modo o in un altro, nel senso che può essere attuata in maniera più o meno complessiva però ne condividiamo i presupposti.
Allora, ciò detto, bisogna, secondo me, immaginarsi che non diventi più un elemento del Fondo droga e quindi sperimentale e quindi possiamo a questo punto chiedere che nella legge sulla tossicodipendenza venga inserito, nell'articolo in cui si scrive che i SERT sono deputati alla prevenzione, cura e riabilitazione, anche che i SERT devono essere deputati anche alla riduzione del danno. Quindi, i SERT devono occuparsi di prevenzione, cura, riabilitazione e anche riduzione del danno. E quindi usciamo così dalla logica del Fondo droga che ci fa stare con la spada di Damocle, perché fra tre anni i progetti finiranno e chissà se ancora si continuerà a parlare di riduzione del danno.
Rispetto al discorso fatto da FASSINO ieri, sono contenta che il sottosegretario alla Giustizia abbia espresso il suo parere, fatto sta però che il nostro Ministro della Giustizia ha detto una cosa molto preoccupante, perché aver detto che le misure alternative devono essere realizzate sostanzialmente nelle comunità terapeutiche e quindi non più nei SERT e quindi le comunità terapeutiche devono poi fare da tutor è una cosa molto grave, molto pesante e che ci fa tornare indietro.
Vi riporto un aneddoto: cinque giorni fa sono andata a parlare col nostro magistrato di sorveglianza perché, a fronte di una chiusura ulteriore, rispetto ai nostri programmi di "decarcerizzazione e misura alternativa" con i SERT e con il territorio, siamo andati in qualche modo a dialogare, come è nostro costume. Il magistrato ci ha detto che a questo punto si deve occupare sostanzialmente della difesa sociale e quindi non chiedetemi ancora una volta di fare programmi sul territorio; posso soltanto a questo punto pensare a programmi in comunità terapeutica, programmi di un certo tipo e quindi in certe comunità terapeutiche. La cosa è molto preoccupante, aggiungendoci anche che ho in qualche modo indicazioni che mi vengono dall'alto. Ne avevo parlato già con CORLEONE, mi ha detto tranquilli, non ci sono queste indicazioni dall'alto. Devo dire che però ieri, sentendo FASSINO, ho detto se queste sono le linee, è ovvio che il dialogo col magistrato di sorveglianza si chiude e quindi si chiude la possibilità, per i SERT, di poter aprire e mettere in atto programmi di misure alternative.
Questo è molto grave perché in realtà bisogna che qualcuno parli con FASSINO e che gli spieghi che, se vogliamo potenziare una politica di decarcerizzazione, quello non è il sistema, perché i tossicodipendenti che scelgono di andare nelle comunità sono pochissimi e quindi le carceri continueranno a essere piene di tossicodipendenti.
Bisogna che su questo punto siamo molto chiari, perché in un clima come quello che stiamo vivendo è ovvio che un magistrato di sorveglianza, che già si trova in questa forbice tra cura e custodia, ha gli elementi per poterti dire di no.
Poi, rispetto al carcere debbo dire che, paradossalmente, nella nostra realtà addirittura per ovviare proprio al problema di un carcere pieno di tossicodipendenti e di una magi-

stratura di sorveglianza, che nonostante le innumerevoli proposte non risponde positivamente, il nostro direttore del carcere si è assunto delle grosse responsabilità, dando gli articoli 21 che sono la possibilità di uscita delle persone per lavorare fuori, dei tossicodipendenti addirittura in situazioni con metadone protratto, per cui è vero che esistono delle vie di uscita, però insomma credo che questo sia una cosa che debba rientrare nella mozione, anche perché ieri parlavo con un responsabile di una comunità che opera a Trieste e diceva: "noi grideremo a gran voce che non ci stiamo, che queste 40.000 lire o 50" non so quante al giorno in più, che il Ministro ci propone anche per potenziare il nostro ruolo di controllori, questo non ci sta bene. Quindi credo che questo sia uno degli altri punti fondamentali.
Rispetto al discorso della sperimentazione che faceva stamattina CANCRINI, noi siamo un servizio che da anni opera con la filosofia della riduzione del danno, con programmi di metadone ampiamente integrati, con programmi di lavoro, di studio quindi programmi integratissimi, eppure esiste una fetta di tossicodipendenti, che non riesce comunque a farcela nonostante programmi così articolati e così complessi ed è per quella seppur piccola fetta di tossicodipendenti che si può pensare anche a delle situazioni alternative, come per esempio il discorso della sperimentazione di eroina.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Non c'è bisogno di interpretazioni autentiche, sarebbe semplicemente ridicolo, ma credo proprio di potere e di dovere magari in una certa misura dire che l'opzione del Ministro è la decarcerizzazione; dopo di che le strade per arrivarci e praticarla concretamente possono essere le più diverse. Se ieri ne è stata indicata una in maniera che dialetticamente può essere sembrata prevalente rispetto alle altre, sicuramente e avendo ben presenti i possibili inconvenienti che oggi sono stati esposti, sono stati segnalati e nella certezza che il Ministro e tutto quanto lo staff che con lui lavora al Ministero, al DAP, queste possibili ricadute le ha ben presenti, si farà di tutto, ovviamente, riuscendoci, perché non abbiano mai a realizzarsi.»

Dott.ssa Grazia DE PAU:- «Faccio la psichiatra in un SERT ligure, a Sanremo in particolare. Sarò telegrafica, perché pensando di essere ultima ho ulteriormente cercato mentalmente di sfrondare il discorso. Direi che da tutto quello, e tanto per fare un po' un bilancio, sentito ieri e oggi in questa sala, credo che un'indicazione molto forte per combattere il riduttivismo che appiattisce il pensiero, che appiattisce l'esistenza e che riduce tutto a un unicum impossibile nella pluralità dell'esistente, sia cercare di introdurre il paradigma della complessità in questa dimensione della cura del tossicodipendente, della progettualità col tossicodipendente.
In questo senso, mi pare di capire che anche alcuni discorsi che sono stati fatti rispetto alla focalizzazione dell'intervento sulla persona e quindi alla personalizzazione dell'intervento terapeutico, siano abbastanza riduttivi nel senso che credo che questo vale per qualsiasi intervento clinico, anche nel laboratorio di analisi, l'interesse è sempre focalizzato sulla persona.
Direi che, per allargare un po' l'orizzonte dei valori, bisogna ripensare la persona come portatrice di esperienza e quindi in una sua dimensione esistentiva e esistenziale, per cui qualunque progetto terapeutico deve essere fatto non biecamente su protocolli pragmatici come ho sentito in riferimento a questa mattina, ma proprio a partire da una condizione esistenziale che è sì unica e irripetibile, però ci appartiene anche perché credo che un modo per non ridurre e appiattire il discorso, sia pensare che tutti partecipiamo della stessa lacerazione, che fenomenicamente nel tossicodipendente si esprime in quella dimensione, però la vita è per tutti complessa, lacerata, disarticolata e questa dimensione esistenziale ci appartiene. Un modo per rilanciare il discorso sia collocare ermeneuticamente la persona in una prospettiva molto più complessa che non sia, come ho sentito dire ieri mattina, un percórso lineare verso una produttività maggiore, restituire con interventi frammentati e parcellarizzati, che sono l'inserimento nella comunità verso una

nuova produttività e un percorso lineare e progressivo in una dimensione, evolutiva e darwiniana che non ci appartiene, perché l'esistenza di tutti e in questo tutti partecipiamo anche dell'esistenza, credo che sia un elemento di forte democrazia; in quanto il percorso di tutti noi è interrotto, lacerato e abbiamo a che fare molto più con lo scacco, con la perdita, con la sconfitta, che con la restituzione a un mondo di produttività che non sento neppure mio e quindi non mi appartiene neanche e non vedo perché invece dovrei propinarlo pedissequamente all'oggetto del mio lavoro.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Allora chiudiamo i nostri lavori con Lorenzo GRIMALDI, del SERT di Monza.»

Dott. Lorenzo GRIMALDI:- «Faccio l'educatore presso il SERT di Monza e lavoro in una sezione a custodia attenuata, una piccola sezione, con dodici persone. Noi riteniamo, come équipe, che il nostro progetto, in collaborazione col carcere, abbia un senso perché la domanda che ci si pone è ma noi cosa ci facciamo qua? Allora, se dobbiamo pensare di decarcerizzare, se pensiamo che il lavoro deve essere territoriale, cosa ci facciamo noi del SERT, noi operatori SERT all'interno del carcere?
Per quanto possa essere transitorio il passaggio dei detenuti in carcere, comunque quello è un luogo dove alto può essere il lavoro speso in senso educativo, trattamentale. La sanzione è trattamentale, la storia di un tossicodipendente è un punto importante per lavorare e occuparsi in termini educativi e riabilitativi, allora la nostra presenza risponde alla domanda: che cosa ci facciamo qui nel senso che quel luogo è uno spazio di condivisione tant'è che noi, praticamente, come operatori, siamo presenti circa trenta ore settimanali, io stesso mi fermo anche fino alle dieci e mezza, undici di sera o per il cine forum o per fare delle cose comunque ricreative con i detenuti; è questo il senso della presenza che noi operatori portiamo, cioè condividere il quotidiano. Nel quotidiano c'è la traccia, c'è la possibilità di costruire, ricostruire storie che partono da un passato, ma che si affacciano a un futuro.
Noi siamo un anello di congiunzione tra passato e futuro, per quello diventa importante soffermarsi sul presente.
Io parlo di una nota positiva, abbiamo sentito diverse lamentele, la mia esperienza è positiva. Noi come équipe del carcere del SERT di Monza abbiamo una esperienza positiva con l'istituto penitenziario di Monza, anche perché abbiamo non solo la disponibilità della Direzione, ma anche del corpo di Polizia penitenziaria e gli agenti hanno un ruolo fondamentale nel lavoro che facciamo. Noi ci sentiamo in qualche modo integrati, qualcuno dei miei colleghi mi passa come se fossi un operatore del carcere, del Ministero di Grazia e Giustizia; penso che come esperienza di stare al confine, mi sento di essermi contaminato con la cultura del carcere e di aver portato qualcosa all'interno del carcere e questo penso che sia una esperienza grossissima e allora, se questo documento deve avere una richiesta, è che i SERT, le Asl, le Regioni spingano e si assumano la responsabilità sempre più di poter lavorare e intervenire in carcere. Solo in questo modo si potrà occupare e lavorare direttamente per i detenuti tossicodipendenti. Diversamente ci troveremo ancora ad avere delle difficoltà proprio a ragionare, a creare una cultura di lavoro professionale congiunta.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «E' un intervento col quale chi lavora al DAP, sia al centro, sia nelle varie realtà locali, non può che essere totalmente d'accordo e questo coordinamento prima e integrazione poi tra le varie componenti, è proprio una delle cose che cerchiamo di realizzare anche a livello di formazione, cercheremo di far partecipare i volontari vuoi come docenti vuoi come discenti ai nostri corsi di formazione, proprio perché ci sia, anche da questo punto di vista, l'integrazione, ancor più con gli operatori del SERT.»
Dott. Leopoldo GROSSO:- «Ho la responsabilità di consegnare il documento, che doma-

ni verrà letto di fronte alla Plenaria, ma non me la voglio proprio prendere tutta da solo. Vi faccio alcune proposte su quella che è una possibile sintesi anche se è di fase, nel senso che è molto a caldo.
Allora io vi chiederei, se siete d'accordo, che questo gruppo di lavoro assume e fa propri tre documenti che sono: 1) il pezzo elaborato dalla Consulta su questi temi, che è quello che abbiamo detto stamattina sull'emarginazione dura dove ci sono alcune proposte che in parte sono state percorse oggi e in parte no; 2) fa proprie e condivide e apprezza, anche perché sintetizzano anni di lavoro sulla riduzione del danno, le linee guida del Ministero della Sanità chiedendo, come è stato proposto, che il quarto pilastro delle politiche sulle droghe, la riduzione del danno, venga inserito tra i compiti del nuovo 444, che non so a che punto sia, è nella fase del varo, però non è ancora uscito e forse possiamo inserirlo. Il terzo documento che a me sembra importante è la Carta di Bagnolo, che apre tutta una serie di linee guida e indicazione sugli interventi per le persone extracomunitarie o meglio stranieri senza permesso di soggiorno.
Acquisiti questi tre documenti, e quindi valorizzati in questo senso col contributo di tutto quanto il gruppo di lavoro, partirei dalla considerazione che faceva MAISTO stamattina dei diritti chiari e dei diritti opachi. Da qui, si potrebbe ribadire quanto siano importanti gli affidamenti ex 47 bis, che però allo stato attuale delle cose sono un po' in crisi per una serie di motivi, che magari riusciamo velocemente a sintetizzare, dove la proposta che comunque viene fuori è se c'è la possibilità di poterli fare in trattamento metadonico protratto e non solo ma comunque sulla base di un trattamento metadonico protratto, hanno possibilità di relativo successo, ma comunque non di insuccesso, così evidente come oggi si pretende sul regime drug - free, per cui non dobbiamo certificare la recidiva di una microdelinquenza, ma dobbiamo certificare la piccolissima ricaduta che qualche magistrato di sorveglianza interpreta subito come "allora basta" e di nuovo in carcere. O riusciamo a ridefinire questo tipo di interventi su questa base o altrimenti cosa succede? Che non si fanno, per cui sono sotto utilizzati. Bisogna posizionarci in qualche modo rispetto alla proposta di FASSINO ribadendo che 1) non si può intanto, non l'ha detto FASSINO, però qualcuno l'ha anche interpretato così, obbligare nessuno ad andare in comunità; ma anche che il rischio non è quello, il rischio è che, avendo la maggior parte dei detenuti tossicodipendenti anche condanne brevi, non accettino di andare in comunità e quindi in realtà non approfittino del beneficio, perché non lo vogliono così come è proposto e quindi c'è il rischio che in realtà sia un'illusione e una manovra vuota. C'è l'altro rischio, quello che è invece di sproporzionare un po' l'utenza delle comunità terapeutiche, che se vengono sbilanciate su motivazioni chiamiamole equivoche, in realtà non possono fare bene il loro lavoro; quindi dobbiamo ribadire non solo la volontarietà dell'accesso, ma soprattutto l'alternativa e quindi di nuovo il discorso che abbiamo fatto poc'anzi sull'affidamento ai servizi con i trattamenti metadonici protratti, dicendo che su questo dobbiamo andare a dei confronti formativi tra servizi e giudici di sorveglianza, promossi magari dal DAP o dal Ministero, dai due Ministeri congiunti, o dai i tre Ministeri congiunti, che sarebbe il massimo, su cui sviluppare formazione e sperimentazione insieme.
L'altra questione che veniva fuori, sempre sul carcere, sono alcune cose che ha detto AGNOLETTO cioè la questione sanitaria all'interno del carcere; allora alcune contraddizioni ancora non sono risolte, pur essendo in una fase di passaggio difficile.
Infine, direi di mettere un richiamo, anche per uscire dal carcere, su tre questioni che sono, molto velocemente, quella sui senza dimora e sulle persone straniere senza permesso di soggiorno, con due riferimenti però precisi. 1) Stamattina non abbiamo fatto in tempo a dirlo, ma i grandi esclusi sono i minori stranieri, che in realtà avrebbero pure diritto in quanto minori al permesso di soggiorno e che sono in carcere per piccolo spaccio, sul quale poi si sommano anche delle situazioni in odore di tossicodipendenza, se non proprio di tossicodipendenza. Allora, su questi non abbiamo speso nulla, oggi però sono un target. Il dottor VERCELLONE è a capo del Comitato stranieri a livello naziona-

le, che deve decidere tra l'altro in funzione amministrativa su tutti i rimpatri dei minori - sostanzialmente oggi la posizione è che il rimpatrio del minore straniero è assolutamente eccezionale, non è la regola; questo vuol dire che noi ci dobbiamo investire e lavorare molto, soprattutto incrociando come SERT con i servizi minorili. Infine l'applicazione della legge 40, ce lo ricordava ancora il SERT di Napoli, sulla possibilità di fornire le cure anche agli stranieri clandestini. Su questo chiederei all'Osservatorio Italiano della Tossicodipendenza che osservi non solo il fenomeno in maniera asettica, ma che osservi anche che i servizi producano ciò che è d'obbligo per legge, perché quindi questa parte qui venga fatta. C'era una obiezione?»

Intervento fuori microfono:-«Sì, sulle custodie attenuate però non saprei come metterla, se non in termini di incentivarle.»

Intervento fuori microfono:-«Abbiamo parlato di un sacco di questioni tipo come i trattamenti metadonici; bisogna scegliere, per mettere in sole tre pagine, alcune priorità, però se tu mi dici sulla custodia attenuata su che cosa mireresti l'affermazione, la inseriamo sicuramente.»

Intervento fuori microfono:-«Tutto questo è già scritto, tutto questo in realtà è già programma. Allora denunciamo il fatto che c'è un ritardo nell'attuazione di tutti questi aspetti.»

Intervento fuori microfono: -«Però miriamo in maniera precisa e facciamo tre, quattro questioni prioritarie sulle cose che devono migliorare all'interno del carcere e diciamole. Ad esempio, questa sui mantenimenti metadonici all'interno del carcere l'abbiamo detta e rientra nella parte sanitaria.»

Intervento fuori microfono:-«Certo, questo lo do per scontato. Ma non c'è dubbio, anche perché comunque il passaggio di funzioni in qualche modo è sancito e quindi ormai compete al SERT.»

Intervento fuori microfono:-«Non so, io presento la realtà di Torino, dove ci sono alcuni SERT che teorizzano che proprio del carcere non bisogna interessarsi. Questa cosa dei SERT, mi sembrava che si dicesse di inserirla come funzione "obbligatoria" all'interno del 444: c'è la necessità di sottolineare questo punto.»

Intervento fuori microfono:-«Però adesso non riapriamo il dibattito, per cortesia, dobbiamo fissare dei punti. Allora chiederei al dottor BUFFA se voleva precisare un attimo ancora rispetto al carcere quali sono le questioni che oggi metteremo in maniera molto sintetica in queste pagine.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Parlo soltanto per ringraziarvi davvero e augurare a tutti di cuore buon lavoro.»