Descrivo il percorso terapeutico e lo suddivido in tre fasi, pur sapendo che c'è una certa dose di arbitrarietà in ogni suddivisione di un percorso terapeutico. La prima fase è quella dell'integrazione nel contesto comunitario. L'utente viene accolto dagli altri ospiti e dagli operatori ed aiutato nel processo di adeguamento alle regole e nell'inserimento nel gruppo. L'intervento si basa sul mantenere una posizione ferma sull'importanza del rispetto delle regole, ma di comprensione delle difficoltà che l'utente propone. Attraverso l'accudimento dei suoi bisogni speciali si viene a determinare un contesto caldo ed affettivo, che promuove le sue risorse.
La fase della responsabilizzazione e il confronto con gli altri utenti incoraggia e stimola l'espressione delle sue competenze, ma anche delle sue difficoltà. Allora, in sede psicoterapeutica, è possibile la riflessione e il confronto sui nodi problematici della sua persona.
La terza fase è la costruzione del progetto. Si valorizzano le competenze attraverso il confronto con gli altri utenti, si comincia a costruire un progetto per l'uscita e si inizia a formulare la fase del distacco, perché la comunità viene ad essere considerata, da questi utenti in maniera particolare, come una base sicura da cui peraltro è difficile svincolarsi.
Segnalo due momenti di crisi per la comunità. Uno riguarda le aspettative degli operatori. Avere a che fare con questi utenti, che hanno dei miglioramenti molto rapidi, porta a sopravvalutare la capacità di funzionamento delle comunità da parte degli operatori. Quando ci sono dei crolli successivi, che di solito avvengono quando c'è un momento di confronto con l'esterno, si può ingenerare negli operatori un sentimento di delusione e di fallimento, non solo della persona ma anche del proprio lavoro, con delle dinamiche di allontanamento e di distacco emotivo nella relazione.»

Dott.ssa Rossella PINOCHI:- «Sono una educatrice professionale e lavoro nella tossicodipendenza e nel disagio giovanile da circa vent'anni per il CEIS di Lucca. Da alcuni anni, per forza di cose, mi occupo di doppia diagnosi e da alcuni mesi seguo, come coordinatrice, la gestione di una comunità di accoglienza per doppia diagnosi per conto del SERT di Lucca, Villa Delasia.
In pratica stiamo cercando di attuare l'integrazione fra pubblico e privato sociale, ma non è di questa esperienza che voglio parlare, perché essendo cominciata da poco non ci sono ancora elementi per fare delle considerazioni, se non quelli legati alla difficoltà iniziale nel mettere insieme operatori provenienti da culture diverse. Forse dovrei soltanto presentare il progetto di cui il dottor ZANDA, se vuole, potrà parlare con più precisione.
Partendo dall'evoluzione del fenomeno della tossicodipendenza, vorrei soffermarmi sull'evoluzione del lavoro dell'educatore di comunità al quale, nel tempo, sono state richieste sempre più competenze. All'operatore - che svolge un lavoro sempre più a rischio, perché abbassando la soglia abbiamo sempre meno regole che ci tutelino, che deve dare risposte sempre più personalizzate e articolate con altre professionalità e a cui è richiesta continuamente una formazione qualificata - non corrisponde una retribuzione adeguata. Parlo di soldi che gli operatori del privato sociale e delle cooperative sociali ottengono in cambio del proprio lavoro, di soldi intesi anche come riconoscimento della propria professionalità. Forse non è un caso che si chiami terzo settore e che sia un settore dove dobbiamo prenderci cura di assistere e accompagnare: lavori tipicamente femminili, senza grosse possibilità di carriera, scelti per idealità da chi proveniva dal mondo del volontariato o da chi aveva vissuto sulla propria pelle il problema della tossicodipendenza. Anche se con il trascorrere degli anni credo che non si debba più parlare di motivazioni iniziali, ma di professionalità acquisita con esperienza e con studi: dove sta scritto che questo tipo di lavoro svolto con passione non debba essere giustamente retribuito al pari di altri? Vedi i colleghi dei SERT o addirittura del mondo della scuola. Non so se questo è il luogo giusto per parlare di questa problematica, ma credo di fare la

portavoce di molti e sarebbe interessante che qualcuno a livello nazionale se ne occupasse, visto che noi, operatori del privato sociale, non abbiamo mai utilizzato l'arma dello sciopero o di rimostranze varie; forse è il caso che i politici, che i sindacati si accorgano che esistiamo, evitando che gli operatori sociali debbano sempre vivere sulla propria pelle il forte turnover che c'è in questo settore, a discapito soprattutto di chi usufruisce del servizio e che a volte serve solo per mantenere in vita le singole associazioni.
Mi trovo a parlare di questo soprattutto alla luce di dover gestire programmi articolati, con doppia diagnosi, dove al singolo educatore viene richiesto di tutto e di più e dove le associazioni o cooperative devono assumere persone con qualifiche adeguate alle quali garantire anche uno stipendio che permetta di vivere, di formarsi e mantenere una famiglia. In questo contesto, chiedo soprattutto pari dignità con quelli del settore pubblico, come già la Conferenza di Napoli aveva delineato, ma che non è ancora attuata.
Non essendo in vigore l'accreditamento diretto, gli stipendi nel privato sociale sono ancora strettamente collegati alle rette percepite per ogni singolo utente e queste sono molto basse, se riferite ai soggetti in doppia diagnosi, dove la professionalità richiesta è alta e il lavoro da svolgere ventiquattro ore su ventiquattro richiede all'operatore, sia esso psicologo, educatore, assistente sociale, assistente di base, eccetera, di ricoprire tutti i ruoli, spesso con una utenza che nessuno vuole.
A questo proposito, c'è il grosso rischio di svuotare i reparti psichiatrici per inserirli nelle comunità per doppia diagnosi, per seguire un percorso educativo ad un costo irrisorio, se è vero che alla struttura pubblica un ricovero ospedaliero costa circa 700.000 lire al giorno e la residenzialità in una comunità circa 70.000 lire al giorno.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Il messaggio è stato dato. Massima solidarietà agli educatori e riconoscimento del loro lavoro. TROCCU Emanuela, del SERT di Cagliari.»

Dott.ssa Emanuela TROCCU:- «Forse non è assolutamente il caso di mandare in cantina la definizione di doppia diagnosi, perché mi sembra che su questa definizione ci sono ancora abbastanza problemi, non perché la definizione di per sé non sia chiara, ma perché forse non è completamente condivisa. Mi pare che il problema più grosso non sia centrato sulla "seconda diagnosi" e cioè sulla diagnosi comorbosa, ma forse sulla prima diagnosi psichiatrica e cioè su quella di tossicodipendenza.
Da questo punto di vista, sarebbe il caso un pochino di riflettere su cosa si intende, su che cos'è, praticamente, la tossicodipendenza. Dal punto di vista psichiatrico, è una malattia mentale, sta in asse 1; le altre diagnosi possono stare in asse 1, in asse 2 e si parla di comorbilità.
Può sembrare banale, però questo si aggancia a un secondo punto: la partecipazione della psichiatria alla tossicodipendenza. Essa sembra quasi voler entrare dalla finestra, cioè occuparsi della comorbilità quando un po' sembrava aver rinunciato ad occuparsi della tossicodipendenza; forse è importante che la psichiatria si occupi di entrambe le patologie, che sono tutte e due patologie psichiatriche a pieno titolo.
Noi, a Cagliari, già da molto tempo abbiamo fatto una scelta rispetto alle tre prospettive di trattamento: i trattamenti sequenziali, paralleli e integrati e abbiamo scelto quello integrato. Abbiamo prima iniziato a trattare i pazienti in comorbilità psichiatrica e poi abbiamo chiamato il tutto unità di doppia diagnosi.
Per questo lavoro, fatto come SERT, non ci hanno dato nessun tipo di riconoscimento esterno o di definizione esterna, né a livello di Regione, neanche, in realtà, a livello di ASL. Non lo dico per dire: "poverini noi", ma per spiegare che questo tipo di approccio, quando è unilaterale, può fare molto, ma ci sembra che però abbia anche dei limiti, cioè quelli del SERT, a cui mancano tutta una serie di strutture e di potenzialità, che, per esempio, invece ha la psichiatria, in particolare la psichiatria ospedaliera e territoriale.
Il nostro problema attuale è costituire con la psichiatria dei Protocolli di intesa, ma non tanto per la presa in carico degli utenti con comorbilità psichiatrica, se non per alcuni

aspetti che comunque sono rilevanti, per esempio la disponibilità, anche a livello legislativo, di contributi oppure di residenze, alloggi, eccetera, ma per le problematiche, per esempio, dei trattamenti in regime di ricovero che sono, credo, tutti un punto abbastanza dolente e anche per la necessità di strutturare con la psichiatria trattamenti che abbiano a che fare non solo con la comorbilità psichiatrica, ma anche con la patologia della tossicodipendenza. Mi chiedo: se non ho altro posto migliore, dove lo mando un cocainomane che non riesce a smettere di farsi, se non al servizio di psichiatria, dove esistono le professionalità in grado di lavorare sul problema? Forse non è il posto ideale, però probabilmente è la professionalità più centrata.»

Dott.ssa Patrizia NELLI:- «Sono un'operatrice sociale di una piccola comunità di Reggio Emilia e vorrei fare una domanda in merito a una cosa molto pratica. La nostra difficoltà come operatori è quella di gestire soggetti con doppia diagnosi sulla componente della flessibilità delle regole. Nella quotidianità il problema principale è riuscire a distinguere il capriccio dalla difficoltà effettiva, a livello proprio di ansia. Mi chiedevo, anche facendo riferimento alle esperienze della Casa di Giano, che risultati si possono ottenere su ragazzi di questo tipo a livello educativo.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Credo che questa sia un'ottima occasione per poter creare uno scambio anche al di fuori di questo pulpito o del dibattito ufficiale. Angelo GIGLIO, della ASL di Torino.»

Dott. Angelo GIGLIO:- «Una riflessione che mi è venuta stamattina e anche adesso è questa: Comorbilità, nuovo Eldorado. Lo dico proprio in termini di provocazione.
L'altra è questa per tanti anni si è detto: "il paziente con problematiche psichiatriche, parlo come SERT, a chi lo mando? In psichiatria? Si è fatto una pera, ha spinellato, usa troppo Tavor? Lo mando ai colleghi del SERT?"
Altra provocazione sul terzo servizio, terzo settore. Ci coordiniamo? Lavoriamo insieme, mettiamo insieme i saperi, anche quelli dei pazienti? Uso il termine paziente non identificandolo mai in utente che è il classico del SERT, né il qualcos'altro che è il classico della psichiatria.
Nella mia ASL, tra SERT e psichiatria, abbiamo svolto una brevissima inchiesta. Devo dire che questa mattina ho sentito parlare da parte della collega RUSSO del Veneto quasi, per me, di una situazione idilliaca nella prassi di lavoro. Nella mia realtà, e sono quasi vent'anni che opero in questo campo, come psichiatra, sempre nelle dipendenze, la situazione è molto diversa, è molto più frastagliata, è molto più spigolosa: se dovessi definire questo oggetto direi che è un porcospino tra i due servizi.
In questa brevissima indagine, ho visto che sicuramente gli appartenenti ai servizi di psichiatria, DSM o appartenenti al SERT come identità, non conoscono l'organizzazione dell'altro, cioè non ne sanno le risorse, le capacità. La psichiatria non sa, per esempio, che in misura maggiore, nel SERT, ci sono più operatori psicosociali che medici, i quali sono molti di meno. In psichiatria, almeno nella mia realtà, ci sono più medici e infermieri, mentre sono quasi inesistenti gli assistenti sociali, gli educatori, eccetera. Quindi, questo sbilancia molto, no? E da qui la difficoltà di creare insieme. Guarda caso, viene fuori una richiesta potentissima, cioè quella di fare dei momenti di formazione comune, perché questo è fondamentale per conoscersi, riconoscere.
Vorrei anche dare un dato, che è un'altra provocazione: sono d'accordo con la collega di Cagliari, sul fatto che il rischio grosso non è un attacco alla Psichiatria, ma è che la psichiatria rientri dalla finestra, dopo che se ne è andata sbattendo la porta, dicendo che il tossicodipendente non era suo. Fate voi, poveri sciagurati, fratellastri del SERT!»

Dott. Graziano BELLIO:- «La collega di Cagliari ha detto qualcosa che volevo dire io, ma la rafforzo. Ho sentito parlare molto di doppia diagnosi, turbe mentali e di pochi psi-

chiatri nei SERT.
L'anomalia del mio SERT, che si trova nella provincia veneta ed è formato ovviamente da vari operatori, è che i medici sono tutti psichiatri e questo è stato un grosso sforzo culturale della mia amministrazione, che mi è venuta un po' dietro su questa scelta di identità, che ho cercato di proporre e porto avanti.
Volevo farvi partecipi di questa mia visione del problema, che appunto parte da quanto espresso molto bene dalla mia collega di Cagliari, cioè che il concetto di doppia diagnosi può essere fuorviante se dimentichiamo la prima diagnosi, perché la psichiatria, per me, è la disciplina che deve approcciare la tossicodipendenza in quanto tale.
Oggi abbiamo sentito parlare di complessità e allora mi chiedo quale cultura medica, ovviamente adesso parlo dei medici, ma non voglio per questo dimenticare le altre professionalità, è abituata a lavorare sulla complessità e sulla interazione con l'équipe di lavoro? Si è parlato anche del caso DI BELLA e concordo con l'analisi che è stata fatta. Anzi, aggiungo una cosa, secondo me il caso DI BELLA ha dimostrato come sia fondamentalmente lontana dalla gente, quindi dai diretti interessati, utenti, clienti, come li vogliamo chiamare, la medicina riduzionistica, che ha abbandonato una visione dell'uomo, non vorrei essere retorico, complessa, proprio perché prende in considerazione tutte le varie aree vitali e afferma che una diagnosi può essere fatta soltanto a livello di tutte queste aree vitali.
Da questo punto di vista c'è una comunanza con l'area della psichiatria. Per me, la psichiatria è un'area di frontiera e parlo da psichiatra borderline, ovviamente non in senso, spero, psicopatologico; pongo la relazione col paziente al centro dell'approccio terapeutico e questo non vuol dire proporre a tutti una psicoterapia, adesso non entro nel campo delle psicoterapie, ma vuol dire per esempio riconoscere che l'uso di un antagonista o di un agonista cambia la relazione terapeutica. Anzi, forse il tipo di relazione terapeutica e l'analisi della relazione terapeutica può aiutarci anche nel dare una indicazione più dell'area paterna o dell'area materna.
Ultimo appunto sulla questione del rapporto tra SERT e servizio psichiatrico. Credo che ci sia anche bisogno di una differenziazione. A questo punto rilancio l'argomento anche all'Università, visto che anche qui è presente il problema. Credo che la psichiatria abbia un tronco comune, ma anche dei rami di differenziazione. Penso, ovviamente, alla psichiatria delle dipendenze, alla psichiatria delle demenze, che sono delle patologie a forte impatto sociale e hanno bisogno di servizi appositi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «La parola al dottor CARRA', dell'Università di Pavia, Istituto di psichiatria.»

Dott. CARRA':- «Mi serve molto la battuta del collega che mi ha preceduto riguardo allo psichiatra borderline. Forse tutto il gruppo a cui appartengo, è composto da psichiatri borderline, al di là della battuta. Nel 1997, su un finanziamento della Regione Lombardia, abbiamo avviato in Clinica psichiatrica a Pavia un progetto sperimentale per uno sportello di consultazione per la comorbilità psichiatrica e i disturbi da uso di sostenze.
Premetto che la situazione pavese riguardo ai rapporti tra i due servizi non penso assolutamente fosse delle peggiori, gli scambi erano di buona qualità, non c'era una situazione particolarmente conflittuale. Forse è stata anche questa una delle ragioni che hanno portato alla possibilità che nascesse questo tipo di servizio, che è stato successivamente, dopo la fase sperimentale, consolidato; è un servizio estremamente agile, composto esclusivamente da un supervisore clinico, due psichiatri, per complessive venti ore, non di più, e si avvale del prezioso apporto degli specializzandi per una parte testistica.
Riprendendo un po' i tre punti descritti dal professor TEMPESTA, vorrei semplicemente soffermarmi sull'integrazione tra i due servizi. Non sto riferendomi a quello che diceva la collega di Cagliari prima, se il nostro modello è stato progettato intenzionalmente in ter-

mini paralleli; sicuramente alla fine è venuto fuori qualcosa del genere, in quanto noi ci poniamo esattamente al confine tra il servizio di psichiatria e il servizio delle dipendenze, fungendo un po' da cuscinetto per una valutazione della reale componente della sintomatologia psichiatrica e, in funzione di questa valutazione, un po' sopra le parti. Ci poniamo il compito, forse a volte ingrato, di indirizzare i pazienti a un servizio piuttosto che all'altro.
La valutazione dell'Europasi, molto importante, e che è sicuramente lo strumento da noi utilizzato, è agile, sua attinente ai modelli epistemologici e psichiatrici, al di là di ogni pregiudizio ancora presente nella mia area. La valutazione è ancora in termini di esiti, in quanto sicuramente il contesto istituzionalmente deputato alla ricerca ci induce anche a questo. L'Europasi, utilizzata come strumento di follow-up, mostra un'efficacia di questo tipo di modello. Esperienza felice, sicuramente, di questi tempi, e, va anche ricordato, di costi molto contenuti, ha contribuito ulteriormente a consolidare un clima di collaborazione comunque già presente.»

Dott. Paolo COSTANTINO:- «Seguo da anni il lavoro di CLERICI e lo ringrazio per i contributi che ha fornito attraverso i suoi scritti, perché abbiamo la possibilità di affinare gli strumenti di valutazione del fenomeno e mi dispiace per non aver potuto ascoltare integralmente la sua relazione di stamattina, né tantomeno visionare le tabelle e i dati che lui ha presentato e spero che non siano riferiti, come sottolineava ZANDA, a tutti i sintomi psicopatologici che presentano i pazienti che afferiscono al SERT.
Personalmente, ho delle perplessità sulla consistenza del fenomeno, in rapporto sia alla letteratura, sia soprattutto a quanto si osserva e si fa quotidianamente nei servizi, ma anche a quanto si osserva, dal mio punto di vista, nella struttura residenziale pubblica, che è complementare al servizio.
Penso che abbiamo la necessità di approfondire ulteriormente questi aspetti e di estendere, mettendole in comune, le esperienze più evolute, per porle al servizio di tutti gli operatori che lavorano nel settore e, da questo punto di vista, non sarebbe male se questo gruppo di lavoro potesse farsi interprete di un'esigenza, provare a convocare una giornata di studio nazionale per dare spazio a più contributi di quelli che è possibile sentire oggi.
Ho un altro tipo di perplessità, che mi sembra sia emersa nel dibattito, in alcune relazioni di stamani, in alcuni interventi della sessione pomeridiana: penso che, rispetto alla difficoltà del lavoro, non abbiamo l'esigenza di nuovi riduzionismi. La relazione di SEMBOLONI, oltre che essere molto interessante, è anche molto equilibrata per i suggerimenti che si propone e mi auguro davvero che sia ampiamente rappresentata nel documento finale di sintesi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Gilberto DI PETTA, del SERT di Napoli 3.»

Dott. Gilberto DI PETTA:- «Parlo anche a nome del dottor SCURTI che è uno psicologo (io sono psichiatra) con cui lavoro; lavoriamo spalla a spalla in un SERT, abbiamo un'esperienza di diversi anni in psichiatria e i dati che stiamo osservando non sono ancora completi.
Operiamo alla periferia di Napoli, in un hinterland degradato molto vasto, e ci sta capitando sempre più spesso di osservare ragazzi molto giovani, adolescenti, in un'età che definiremmo prepsicotica, che incontrano la cannabis, poi passano alle pasticche e alla cocaina e poi esitano nel Cobret, che da noi è una droga sintetica, un oppiaceo, con cui si calmano e entrano poi nel circuito della tossicodipendenza da eroina. Sostanzialmente, ci troviamo di fronte ad una figura che gli inglesi definiscono di poli drug abuser, quindi un multifarmaco tossicodipendente che viene intercettato dalla sostanza prima che possa esplodere una qualunque sintomatologia psicotica; non si pone più la questione se sia nato prima l'uovo o la gallina, cioè il taglio eziopatogene-

tico.
Ci domandiamo anche in questi pazienti, ragazzi che doppiano l'eventuale diagnosi psichiatrica, se incontrano la sostanza prima che qualunque evento psicopatologico possa manifestarsi, che senso ha poi parlare di doppia diagnosi?
Ci domandiamo anche se le categorie diagnostiche, il DSM quarto, ancora ricalcate sulla psicopatologia tedesca, Schneideriana, siano in grado di leggere questa sintomatologia che è frastagliata e variegata e nel linguaggio dei nostri ragazzi è indicata come "stare sballati", "stare schizzati", "stare cromati", "stare azzeccati". Queste sono definizioni di stati di coscienza e dell'esperienza alterati in alterazioni di fase ovvero alterazioni acute o di stato ovvero alterazioni croniche, che non trovano nessuna rubricazione nelle categorie psichiatriche e non per questo non hanno una profonda rilevanza psicopatologica, e questo costituisce un grosso sommerso.
Vorremmo spezzare una lancia a favore dell'intervento che sicuramente può avvalersi di tutta la ricca strumentazione psichiatrica, psicofarmacologica relativa ai nuovi neurolettici, ai nuovi andidepressivi, ma anche psicoeducativa centrata soprattutto sul lavoro dei gruppi e in particolare, parafrasando BATSON, sull'ecologia del vissuto. Noi, diversamente dalla psichiatria, qui ci troviamo di fronte ad encefali che sono già impregnati e che noi dobbiamo utopicamente, progressivamente disimpregnare; di fronte ad encefali dove esplode la psicopatologia, lo stato naif, e noi andiamo, per così dire, a medicalizzare; l'idea è che all'interno di un gruppo, dove c'è l'incontro fra un uomo e un uomo e dove quest'uomo può essere anche l'operatore, ciò produca un'emozione più intensa dell'incontro tra l'uomo e una sostanza.
Questo è un po' il concetto di base, che però implica un'attenzione sulla formazione dell'operatore. Già era molto difficile in psichiatria farsi carico dell'utente, immaginiamoci ora che squaderniamo questa prospettiva, dove il tossicomane viene visto nella sua profondità di persona ovvero di sistema encefalostoria.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Diamo spazio a qualche replica o qualche precisazione. Prima la dottoressa LO RUSSO.»

Dott.ssa Amedea LO RUSSO:- «Mi sentivo in dovere di fare una precisazione, perché ho avuto l'impressione di aver dato un'immagine troppo rosea della situazione nel Veneto, che di fatto non corrisponde alla realtà. Tutti noi nella nostra realtà locale ci troviamo tuttora in forte difficoltà nella collaborazione operativa con i colleghi delle strutture psichiatriche. Invece si era incominciato a discutere con un gruppo ristretto di colleghi della psichiatria interessati a un confronto, per ora più teorico che pratico, e avevo registrato come un segno positivo, il fatto che fosse stato organizzato un convegno da una Società di Psichiatria nel confronto con noi. Vorrei liberare la mente da troppa invidia nei nostri confronti che, devo dire, il collega BELLIO poi avrebbe confermato, descrivendo che nel suo servizio i medici sono tutti psichiatri. In realtà è anche quella una situazione un po' anomala, non diffusa da tutte le parti. Vorrei anche specificare che il problema non si risolve col fatto di avere degli psichiatri dentro al SERT, nel senso che anch'io sono una psichiatra che lavora da vent'anni in un SERT. Il problema non è soltanto la competenza e la capacità di lettura che operatori con formazione specifica possono avere più o più completa degli altri nella valutazione delle condizioni psichiche del tossicodipendente; il problema è anche potersi avvalere di strutture adeguate, come diceva qualche intervento che mi ha preceduto. Credo che bisogna dire una grande verità, che l'esistenza delle comunità terapeutiche, in questi vent'anni, ci ha aiutato ad accogliere, a contenere una patologia psichiatrica che non veniva riconosciuta e in questo senso ha perfettamente ragione l'educatrice che lavora in una comunità, quando dice che noi facciamo un lavoro che è in qualche modo al di sopra della nostra stretta competenza professionale e in questo senso credo che il problema vada affrontato e risolto nell'ottica, di, mi pare, Don Michele, del Centro GULLIVER, che dice che bisogna arrivare ad una integrazione di pro-

fessioni e di istituzioni in modo da poterci unire tutti, e non pensare che il paziente possa essere diviso e spezzettato, che sia competenza solo dell'uno o solo dell'altro.»

Dott. Angelo GIGLIO:- «Volevo solo aggiungere due cose che prima, per celerità, avevo messo da parte. Torniamo al discorso di doppia diagnosi. Secondo il lavoro che stiamo svolgendo, non ci sembra opportuno parlare di doppia diagnosi, perché questo ci può ingenerare quasi un doppio lavoro e tante altre cose, quanto di una diagnosi molto più raffinata: gli strumenti debbono essere adeguatamente messi in atto e possono andare da diversi test fino all'osservazione. Il miglioramento delle professionalità che vi sono all'interno sia dei SERT, sia della psichiatria, è un dato importante, perché probabilmente in una review che abbiamo fatto di molti casi in comune tra il SERT e psichiatria, è venuto fuori che da parte degli operatori SERT, a volte anche medici addestrati o psicologi, si sono sottovalutati per, "impregnazione SERTologica" alcuni indicatori che potevano farci arrivare ad alcune impostazioni terapeutiche, di progettazione ben precise, senza che lo inviassimo al collega della psichiatria. Questo aspetto quindi va valutato.
L'altra cosa che volevo dire è se sia l'unico strumento debba essere la comunità terapeutica, con doppia diagnosi, oppure se sia possibile sperimentare altri interventi, Day hospital diurni o interventi flessibili o interventi che non siano uno dopo l'altro ma coordinati, come delle sequenze logiche. Si parte dalla diagnosi, perché questo è un dato importante, come incaprettamento del paziente o della progettazione, ma come possibilità che accelera, produce interventi che non siano solo le comunità terapeutiche, perché altrimenti torniamo indietro. Il trattamento delle tossicodipendenze di prima generazione prevedeva il deportare il paziente con sintomo.
L'ultima cosa: i servizi per le tossicodipendenze sono nati su un sintomo, ricordiamocelo, come anche la psichiatria, che oggi si è evoluta, nacque sul sintomo. Bisogna fare lo stesso passaggio anche all'interno dei SERT.»

Prof. Achille SALETTI:- «Vorrei fare una proposta affinché l'incontro di oggi produca degli effetti, non solo sui pazienti, ma anche su di noi operatori. Anche perché l'adesione a questo incontro ha un qualcosa di straordinario e allora vorrei, se possibile, che nel documento finale che sarà letto domani, si indichi che occorre cercare di promuovere degli workshop regionali su questa tematica, proprio perché all'interno delle venti regioni che compongono lo Stato italiano sappiamo che c'è una tale diversità di approccio, di competenze, di risorse che forse, al di là dei fortunati o sfortunati che oggi hanno partecipato all'incontro, sarebbe bene anche parlarne all'esterno rispetto alla conferenza di Genova.
Come organizzazione SAMAN noi ci rendiamo, fin da oggi, disponibili quanto meno in alcune delle regioni dove siamo presenti, a ospitare questi workshop e anche, limitatamente alle nostre capacità economiche, di promuoverne alcuni. Mi auguro che lo facciano anche altre organizzazioni, sia del pubblico, sia del privato e su questo, forse, col professor TEMPESTA si può ragionare per modulare un anno intenso di lavoro e di preparazione, anche alla luce di quello che ha detto l'ultima persona che è intervenuta. Non necessariamente l'unico intervento deve essere quello residenziale; vanno declinati, vanno ripensati, e tutti quanti dovremo farlo.»

Prof. Stefano VECCHIO:- «Volevo fare solo una puntualizzazione sugli aspetti istituzionali, per chiarire anche una parte delle cose che ho detto stamattina.
Credo che debbiamo lavorare per protocolli di intesa non burocratici e amministrativi, ma intesi come strumenti che cercano di comprendere alcuni livelli.
Nella ASL Napoli 1 stiamo tentando di lavorare a un Protocollo tra due dipartimenti, che individui quali sono le modalità di presa in carico dei soggetti che presentano problematiche del tipo della comorbilità psichiatrica, le possibili forme di intervento comune, la reperibilità, l'accordo sulla reperibilità notturna, le modalità di intervento sulle crisi che

avvengono al di fuori dell'orario di apertura dei servizi.
Il terzo punto interessante con cui confrontarsi, magari in un'altra sede, è l'individuazione di alcune risorse, in particolare di strutture intermedie. Abbiamo delle strutture intermedie che si riferiscono a tossicodipendenti drugfree o in trattamento con metadone, pubbliche, gestite insieme al terzo settore.
Abbiamo individuato due di queste strutture, due centri diurni, due strutture di tipo psichiatrico, cioè che fanno riferimento al circuito della salute mentale, e due gestite dal terzo settore, cioè due enti ausiliari.
Ognuna di queste ha un'esperienza diretta di lavoro con dei soggetti che è tutta autocentrata, autoriflessiva. Il nostro obiettivo è quello di creare un circuito che intanto metta insieme, non solo in rete, i servizi, ma che faccia incontrare gli operatori per poter scambiare e valutare qual è il tipo di risorsa, di struttura più utile e adatta a quel tipo di soggetto, coinvolgendo in questa ricerca, in questa scelta, anche il soggetto di riferimento, creando un luogo, un circuito in cui ci sia una accessibilità alle risorse.
In questo senso, credo che vi sia qualcosa a che fare con la riduzione del danno, cioè il rendere accessibili le risorse e abbassare le soglie dei servizi.
Dall'altra parte, questo significa anche fare contaminare, fare incontrare culture e modelli di approccio diversi con i quali ci confrontiamo, superare delle paure o dei sensi di minorità e, come dire, fare un passo avanti laddove, in questa contaminazione, è presente anche il punto di vista del destinatario dell'intervento che, in un circuito, naturalmente, può in qualche modo percorrere le vie, le risorse che gli vengono offerte, nel modo più adeguato.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Do la parola al dottor CLERICI per alcune considerazioni e poi sarà mio compito chiudere la sessione.»

Dott. Massimo CLERICI:- «Il dibattito è stato estremamente stimolante, ricco di suggestioni. Ripensavo, mentre si parlava oggi pomeriggio, a un esordio su questo tema in una conferenza a Ravenna nel 1981, con Vincenzo MUCCIOLI e con una serie di sacerdoti più o meno noti, che avevano a suo tempo impostato un seminario di una giornata sul problema degli aspetti psichiatrici. Ripensavo appunto a come sono cambiate le cose e a che tipo di sviluppo abbiamo fatto in questa direzione.
Penso che questo sia confortante per tutti, anche per coloro che hanno portato soprattutto gli aspetti negativi e di difficoltà operative in relazione al tema della doppia diagnosi. Penso però che vadano fatte almeno due o tre puntualizzazioni su alcuni temi.
Credo che il problema della definizione rimane aperto e che richiede ancora delle riflessioni da parte di tutti, che siano il più possibile ripulite da aspetti ancora ideologici; mi riferisco soprattutto all'adozione del linguaggio comune (a mio parere oggi sono uscite ancora delle affermazioni ideologiche sulla questione del DSM) che passa attraverso dei criteri sicuramente semplificatori, ma che hanno permesso in questi anni a operatori di formazione e di provenienza diversa di riconoscersi in un sistema di comprensione dei fenomeni. Credo che questo vada sempre riaffermato quando si parla di doppia diagnosi o, come preferisco, di comorbilità.
Questo è un sistema descrittivo, una semplificazione ed una convenzione, fatta per permettere a operatori provenienti da aree teoriche e da percorsi clinici diversi di ricostruire un linguaggio comune in ambito nosografico. Credo che questo vada sistematicamente sottolineato perché il DSM, se lo vogliamo utilizzare o se lo vogliamo rifiutare, comunque è un punto di partenza, non è un punto di arrivo e la diagnosi categoriale che offre è esclusivamente un punto di partenza e non può essere mai intesa come un punto di arrivo rigido e definito del percorso o del processo diagnostico che intendiamo costruire con i nostri pazienti.
Un'altra puntualizzazione riguarda gli aspetti strumentali della doppia diagnosi. Quando parliamo o utilizziamo questo tema, forse vale la pena di non farci trascinare in un'ipo-

tesi di recupero della veste o della dimensione psichiatrica nell'ambito delle tossicodipendenze, che sia esclusivamente finalizzata a una ricostruzione di aree di potere e credo che, da questo punto di vista, se ci sono delle critiche da fare vadano fatte in tutte le direzioni alla psichiatria che vede assieme alla tossicodipendenza nuove aree da recuperare dopo anni di abbandono e di arroccamento sul trattamento degli schizofrenici; mi riferisco alle demenze, attualmente all'handicap psichico e alle tossicodipendenze.
Queste critiche vanno equamente divise anche al percorso delle cosiddette comunità terapeutiche, alla costellazione delle comunità terapeutiche, che spesso vedono attraverso la doppia diagnosi una possibilità di recupero di rette e di riempimento, scusatemi il brutto termine, di strutture che sono state pensate per i grandi numeri e che attraverso la politica di riduzione del danno si sono progressivamente svuotate nel tempo. La doppia diagnosi non è un riconvertirsi per riempire le comunità ad ogni costo, ma è un progetto terapeutico molto complesso che va visto e rivisto in itinere continuamente.
La terza critica è probabilmente ai servizi pubblici, cioè ai SERT che hanno avuto in questi anni, è stato detto da molti relatori oggi, un eccesso di arroccamento su una dimensione biologistica, organicistica, farmacologica del problema, dove la riduzione del danno, e questo è un fenomeno tipicamente italiano, si è identificata con i trattamenti sostitutivi; ci sono nazioni che hanno avuto delle posizioni più "aperte", cioè più antiproibizioniste, più liberalizzatorie delle nostre, mi riferisco a esperienze nel Nord Europa soprattutto, che comunque intendono sotto il termine di riduzione del danno qualcosa di più complesso della sostituzione metadonica.
Cerchiamo quindi di capire come queste limitazioni tipicamente italiane, che sembrano essere un sistema per dare un'identità di servizio contrapposta all'identità cosiddetta forte, almeno agli occhi dell'opinione pubblica, alle comunità terapeutiche, non siano in realtà un sistema per curare il proprio orticello e per difendere delle posizioni che vanno riviste soprattutto in termini clinici, non in termini di arroccamento ideologico come spesso è stato.
Ultima questione, il problema organizzativo: rimane aperto, può essere affrontato esclusivamente attraverso la sperimentazione.
Ci sono state alcune belle esperienze, di cui si è parlato anche oggi, che ci dicono come attraverso una chiarezza sui modelli e sulle strategie di intervento e soprattutto attraverso la "conta dei numeri", cioè dei successi della ritenzione in trattamento, dei risultati, si possono ottenere delle riflessioni e delle indicazioni importanti su come si fa la clinica e su come possono essere rimodellati gli interventi che dobbiamo mettere in campo su questo fenomeno.
Credo che il problema dell'organizzazione dei servizi vada visto in un'ottica di flessibilità e d'integrazione, dove per integrazione non intendiamo le unità specialistiche della tossicodipendenza in doppia diagnosi, come derivato di unità di eccellenza psichiatrica, come sono intese ad esempio in alcuni Paesi), e cioè l'unità per i disturbi da ansia, l'unità per i disturbi alimentari e adesso l'unità per la doppia diagnosi. Si tratta di pensare, e credo che sia un obiettivo dei prossimi anni, a dei piani della salute e, all'interno di questi piani, i diversi servizi devono concorrere per le risorse, le professionalità che hanno a disposizione.
Solo i piani per la salute, a mio parere, potrebbero garantirci anche la possibilità di contenere i costi e di evitare delle duplicazioni che inevitabilmente, quando ci sono dei compartimenti stagni, ricadono sistematicamente sugli utenti, sui costi di tutti, perché i servizi sono pagati con le nostre tasse e talvolta sui faticosi tentativi degli operatori di verificare nella quotidianità anche qualche guarigione e non solo il mantenimento e l'accompagnamento di pazienti cronici.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Devo ringraziare tutti voi, perché credo che sia la prima volta in questi anni che si fa una sessione sulla comorbilità con un'attenzione, una

partecipazione così intensa. Credo che forse il punto di partenza di oggi - è l'invito che alla fine di questa Conferenza faremo anche al dipartimento degli Affari Sociali che ha il compito di coordinamento - è che parlare di doppia diagnosi significa ripensare tutta la nostra cultura, che fino ad oggi ha orientato l'approccio alle tossicodipendenze. Significa ripensare e ridefinire non solo il nostro sapere, ma anche il saper fare e soprattutto il saper essere, perché da questa riflessione forse usciamo fuori. Possiamo uscire fuori da tutte le ambivalenze, le confusioni che in questi primi venti anni hanno caratterizzato questo nostro iniziale percorso.

E' vero, siamo giovani in questo senso, però proprio questo momento di crescita ci impone una rilettura non solo epistemologica, ma anche una lettura di chi abbiamo davanti e come dobbiamo in qualche modo leggere, decodificare i bisogni al di là delle etichette. Fare diagnosi non significa appiccicare un'etichetta. Al concetto di diagnosi in questo momento gli americani hanno sostituito quello di assessment, che significa tutta un'altra cosa, che non è l'etichetta, ma è il monitoraggio dei bisogni e dell'evoluzione dei bisogni nel rapporto terapeutico, nel rapporto con l'istituzione, nella realtà quotidiana e ripensare questo significa anche ricontestualizzare il problema.

Indubbiamente, parlare di comorbilità in certe aree impone una flessibilità che è completamente diversa da quella che può riguardare altre aree urbane, sociali, di quartieri alti, eccetera. Il che significa che non dobbiamo più ragionare per categorie assolute, ma cercare proprio di capire, di adattarci alle realtà e non dobbiamo perdere di vista le cose generali, ma anche tenere conto della realtà in cui noi operiamo e questo, ovviamente, impone un coordinamento, uno scambio, e che le risorse di cui disponiamo tengano conto di queste esigenze.

Qualcuno ha proposto di promuovere una giornata sulla comorbilità: non credo che basti una giornata. E' stata lanciata anche l'idea dei forum regionali, certamente è necessario cominciare a fare un censimento delle esperienze e in questo senso, a parte questa nostra iniziativa, che è quella di cominciare a mettere insieme quelli che sono venuti oggi e hanno dato il loro indirizzo e-mail per poter così creare una rete di comunicazione. Sarà nostro compito, almeno ce lo auspichiamo, il promuovere degli incontri sistematici, però la preghiera è anche che, nel momento in cui comincia a essere operativo, presso il Dipartimento degli Affari Sociali, l'Osservatorio per le dipendenze - che è la struttura che da tanto tempo aspettavamo e che è deputata al coordinamento dell'informazione e quindi credo che sia anche uno spazio delle esperienze, delle attività, delle realtà regionali che stanno maturando - in qualche modo sia possibile comunicarle, perché è un patrimonio che non può rimanere circoscritto alla Regione, ma è di tutti. La deregulation va bene, ma cerchiamo di mantenere una comunicazione che sia la più aperta e la più fruttuosa possibile.»

LE SANZIONI AMMINISTRATIVE PREVISTE DALL'ART. 75 DEL DPR N. 309 DEL 1990: BILANCIO E PROPOSTE DI MODIFICA

Chairman Cons. LA GRECA:- «Come sapete, da ciascun gruppo deve essere consegnato un testo di natura propositiva. Per fare meglio questo lavoro, siccome dopo la chiusura del dibattito bisognerà stendere un documento che vogliamo sia il più possibile concreto, preciso e rappresentativo di quello che hanno inteso dire i partecipanti, avremmo pensato di organizzare i lavori in questo modo. Avremo innanzitutto due relazioni generali, una della dottoressa ZOTTA - che è il Prefetto di Rieti, ma si è occupata molto dell'Osservatorio sulle tossicodipendenze al Ministero dell'Interno e quindi ha una competenza specifica in questo settore - dedicato al sistema italiano.
Una seconda relazione generale sarà fatta dal dottor BALLOTTA, responsabile dell'area legislativa nell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze, che ci parlerà dei vari sistemi vigenti negli altri Paesi e dei problemi che si avvertono e si trattano a livello europeo e internazionale in genere. Poi cominceremo con una serie di interventi che abbiamo pensato di suddividere in tre aree. La prima è l'area delle esperienze operative: daremo un'informazione su quello che ciascuno ha potuto percepire nell'attuazione delle sanzioni amministrative. Una seconda area attiene ugualmente all'esperienza, però con una caratterizzazione più di tipo medico. In questa seconda area gradiremmo interventi che attengono agli aspetti medici del trattamento che si cerca di attuare attraverso le sanzioni amministrative. La terza area è quella delle prospettive, cioè delle proposte di riforma. Diamo la parola alla dottoressa Marisa ZOTTA, che parlerà in termini generali dell'articolo 75 del DPR 309/90, con riferimento all'efficacia e all'attualità delle sanzioni applicate dal Prefetto.»

Prefetto Marisa ZOTTA:- «Come ha accennato il chairman, alla fine di questa mattinata di interventi, dovremo preparare un documento di due cartelle con una serie di osservazioni e di proposte che verranno fuori dal dibattito e che formerà oggetto, insieme alle cartelle che prepareranno le altre sessioni che si stanno svolgendo in contemporanea, di un documento unitario che il dottor SCATASSA domani mattina leggerà alla presenza del Presidente del Consiglio dei Ministri e sul quale ci sarà una tavola rotonda a livello politico, proprio per esaminare le proposte che scaturiscono dall'applicazione degli operatori che tutti i giorni lavorano sulla droga e la tossicodipendenza.
Ho il compito di fare una panoramica generale sulle sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 del decreto legislativo 309/90 e mi permetterò di fare alcune osservazioni, sulle quali poi discutere, sull'unica proposta di modifica legislativa al decreto 75 che

attualmente esiste e sarà il nostro punto di partenza per elaborare delle integrazioni o delle ulteriori modifiche a quelle già previste.
La legge 162 del 1990, successivamente trasfusa nel testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti emanato con decreto del Presidente della Repubblica il 9 ottobre '90, il numero 309, è giunta al suo decimo anno di applicazione.
In questi dieci anni è stata espressa in diversi momenti la necessità di rivedere il dettato normativo per adeguarlo e renderlo più aderente a problematiche in continua evoluzione, come quelle connesse alla realtà della droga e della tossicodipendenza.
Il testo normativo è stato modificato solo nel 1993, a seguito del referendum popolare recepito con decreto del Presidente della Repubblica del 5 giugno '93, numero 171.
Attualmente, l'articolo 75, che è l'argomento di questa sessione di lavoro, sancisce il principio della illiceità della detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale e attribuisce ai Prefetti la competenza di avviare un procedimento amministrativo a carico di coloro che vengono segnalati dalle forze dell'ordine per possesso di dette sostanze.
Tale procedimento, pur definendosi all'interno di un sistema sanzionatorio, tende a realizzare un'ampia azione dissuasiva rispetto all'uso degli stupefacenti, ad evitare ogni forma di criminalizzazione della tossicodipendenza e ad indirizzare il più possibile verso interventi di recupero.
Ho accettato volentieri l'invito che mi ha rivolto la Ministra Livia TURCO ad intervenire a questa sessione di lavoro; questo è un settore nel quale ho lavorato per diversi anni, come direttore dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'Interno e come referente nazionale dell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze di Lisbona.
Oggi, come Prefetto in sede, continuo ad occuparmi di tossicodipendenza in un'ottica più immediatamente operativa e a diretto contatto con i problemi umani, sociali, organizzativi e di sicurezza che quotidianamente l'uso di sostanze crea per gli assuntori, per le strutture di assistenza sociale e sanitaria e per la collettività in genere.
Ho ritenuto quindi, oltre che un piacere, un mio preciso dovere accettare l'invito del Ministro a portare in questa sede la mia esperienza e le mie riflessioni sull'attualità e l'efficacia dell'articolo 75, da mettere a confronto con le esperienze e il pensiero di coloro che interverranno in questa sessione, per valutare insieme l'attualità del dettato normativo e proporre quelle modifiche che si ritengono necessarie al fine di rendere più efficaci le azioni e gli interventi.
Ritengo utile, per dare concretezza alla discussione, analizzare qualche cifra.
I dati riferiti al 31 dicembre del '99 indicano che sono state segnalate alle Prefetture 243.169 persone trovate in possesso di sostanze stupefacenti per uso personale. Questo dato si riferisce al periodo dall'entrata in vigore dell'articolo 75 alla fine del 1999.
Nel seguito della mia relazione, definirò, solo per comodità di esposizione, sostanze leggere quelle comprese nelle tabelle II e IV, hascisc e marijuana, e sostanze pesanti quelle comprese nelle tabelle I e III, eroina, cocaina, LSD, ecstasy, eccetera, pur sapendo che tali definizioni non trovano riscontro nella normativa di riferimento.
I dati di cui parliamo sono riferiti alle persone e non alle segnalazioni, perché diverse segnalazioni possono riferirsi a uno stesso soggetto.
L'età media dei soggetti segnalati è di 23 anni e la gran parte si colloca nella fascia di età fra i 18 e i 30. Si tratta quindi, in gran parte, di giovani e di giovani adulti. La quota di minorenni si aggira intorno al 7 per cento dei segnalati ed è netta la preponderanza numerica dei maschi sulle femmine, 8 su 10. Il 7 per cento dei segnalati minorenni significa, in questi dieci anni di osservazione, 16.000 minorenni. Quindi sono stati fatti colloqui su 16.000 minorenni e su questo pongo un attimo l'attenzione, perché è un dato che ci deve far pensare, ai fini del mantenimento della modifica, del miglioramento o del peggioramento dell'articolo 75.
Dal 1995 al 1999 si nota che la costante crescita del numero delle segnalazioni pervenute alle Prefetture ha registrato una leggera flessione proprio nel '99. Bisognerà però

verificare se si tratta di una inversione di tendenza quando saranno disponibili tutti i dati relativi al 2000. Non è escluso che qualcosa è uscito fuori dalla rilevazione per il '99.
Nel totale dei sequestri di sostanze, il 64,8 per cento delle segnalazioni si riferisce a sostanze cosiddette leggere, il 33,1 a quelle cosiddette pesanti, con un 2 per cento di sostanze leggere più pesanti.
Il trend, negli ultimi sei anni, indica un costante aumento dei sequestri di sostanze leggere e una corrispondente diminuzione di quelle pesanti.
Le cifre indicano quindi che, ad oggi, l'applicazione dell'articolo 75 ha riguardato ragazzi giovani e che questi ragazzi, per circa i due terzi, sono stati sorpresi in possesso di sostanze leggere.
Credo sia importante tenere presente questo dato per permettere al dibattito di restare aderente alla realtà applicativa dell'articolo 75, che riguarda, lo ripeto, due terzi degli interessati in possesso di hascisc e marijuana.
Torniamo all'articolo 75. Il momento fondamentale del procedimento amministrativo è il colloquio che la persona segnalata è chiamata a svolgere con il personale del Nucleo operativo tossicodipendenze del quale fanno parte assistenti sociali e funzionari delle Prefetture.
La norma indica quali sono gli obiettivi che ci si pone nel colloquio: accertare le ragioni della violazione, individuare gli accorgimenti utili per prevenire ulteriori violazioni. Le due parole chiave che caratterizzano l'indirizzo che la norma attribuisce al momento del colloquio sono quindi accertare e prevenire.
Mi permetto di aggiungere una cosa dettata dalla mia esperienza diretta nella realtà operativa delle Prefetture, che è relativa all'informazione.
Di droga e di tossicodipendenza si è molto parlato in questi dieci anni, sono state fatte campagne di sensibilizzazione, si è dibattuto in tutte le sedi politiche, amministrative, nelle scuole, nei posti di lavoro. Quotidianamente i giornali riportano informazioni su sequestri, arresti, morti. Nonostante ciò, le fasce deboli della popolazione che fanno uso di droga non sono informate sugli effetti delle sostanze sulla salute e sulle conseguenze amministrative della detenzione per uso personale di stupefacenti.
Questo aspetto emerge proprio in sede di colloquio con gli assistenti sociali dei NOT, che devono farsi carico anche di dare ai ragazzi, soprattutto agli assuntori occasionali, le informazioni di base per una presa di coscienza degli effetti e dei rimedi di una azione intrapresa spesso per superficialità e per sentirsi integrati nel gruppo. Quindi, accertare, prevenire e informare. Queste sono le finalità dell'articolo 75.
Vediamo ora i dati riferiti ai colloqui. Nei dieci anni di applicazione dell'articolo 75, si sono svolti nelle Prefetture 226.648 colloqui. Il secondo comma dell'articolo 75 prevede che, se il ragazzo è stato trovato in possesso di sostanze leggere e se è la prima volta che è stato segnalato, valutata la situazione, il procedimento può essere definito con un formale invito a non fare più uso delle sostanze stupefacenti, avvertendo il ragazzo degli eventuali danni per la salute e specificando le conseguenze a suo danno in caso di ulteriore segnalazione.
I formali inviti, le cosiddette ammonizioni, sono stati applicati in 109.582 casi (sono il 48 per cento).
Il comma 9 dell'articolo 75 prevede che, se l'interessato richiede di sottoporsi a un programma terapeutico e se ne ravvisi l'opportunità, il procedimento si sospende. Il ragazzo viene inviato al Servizio pubblico per le tossicodipendenze di residenza, per avviare un programma terapeutico. Con questo esito, si sono conclusi 63.403 colloqui, circa il 28 per cento. Di questi 63.403 programmi concordati con i SERT, 30.422 si sono conclusi determinando l'archiviazione del procedimento amministrativo, come previsto dal comma 11 dell'articolo 75. I procedimenti si sono conclusi con la sanzione prevista dal comma 1 dell'articolo 75 in 57.737 casi, il 17 per cento dei segnalati, 18.427 determinati dalla mancata presentazione al colloquio e 39.310 a seguito di colloqui.
Ricordo che attualmente le sanzioni previste dal comma 1 dell'articolo 75 sono la sospen-

sione della patente di guida, della licenza di porto d'armi, del passaporto e di ogni altro documento equipollente o, se trattasi di straniero, del permesso di soggiorno per motivi di turismo ovvero del divieto di conseguire tali documenti per un periodo da due a quattro mesi, se si tratta di sostanze pesanti, e per un periodo da uno a tre mesi se si tratta di sostanze leggere.

Negli ultimi cinque anni, si nota un costante aumento percentuale dei provvedimenti definiti con il formale invito; le ammonizioni nel 1999 hanno superato il 60 per cento, a fronte di una diminuzione dei rinvii al SERT e delle sanzioni comminate.

Circa un terzo delle sanzioni sono state comminate per mancata presentazione al colloquio e due terzi a seguito del colloquio per rifiuto di intraprendere il programma presso il SERT.

Sintetizzando i dati sin qui illustrati, viene fuori che nella sanzione sono incorsi il 17 per cento circa dei segnalati, molti dei quali perché non si sono presentati al colloquio.

I procedimenti amministrativi attivati riguardano in gran parte ragazzi giovani che usano sostanze leggere e che sono presumibilmente sconosciuti ai servizi pubblici per le tossicodipendenze.

La funzione svolta dai Prefetti e dal personale dei NOT che li affianca per queste competenze è definibile nell'ambito della prevenzione secondaria delle tossicodipendenze. Per prevenzione secondaria si intende che l'azione viene indirizzata ad un universo di soggetti che hanno già evidenziato un livello di rischio nel loro stile di vita.

Il colloquio rappresenta anche un momento di riflessione e di informazione rivolto a ragazzi difficilmente raggiungibili altrimenti. Questa informazione riguarda anche i danni alla salute derivanti dall'uso delle droghe di sintesi chimica che spesso sono sottovalutati o ignorati totalmente dai ragazzi. Nei casi più gravi, può essere il momento che facilita il contatto con il SERT, il cosiddetto aggancio, un momento critico per coloro che cominciano a maturare la motivazione a cercare aiuto per uscire dallo stato di tossicodipendenza, ma che non hanno ancora raggiunto un livello di determinazione sufficiente a fare il primo passo verso il SERT.

I 226.648 colloqui svolti rappresentano una risorsa enorme per tutti gli enti pubblici e privati che agiscono nell'area del disagio giovanile con competenze legate alla prevenzione, alla riduzione del danno e al recupero.

Prendendo spunto da quest'ultima considerazione e dalla necessità avvertita nella Provincia di Macerata, dove ho svolto il mio mandato fino a maggio di quest'anno, di migliorare l'operatività e le sinergie fra gli assistenti sociali della Prefettura ed il personale dei SERT e di alcuni enti ausiliari, lo scorso anno la Prefettura ha realizzato due progetti finanziati dal Fondo nazionale per la lotta alla droga, l'uno sulla formazione congiunta del personale coinvolto negli adempimenti previsti dall'articolo 75 e l'altro sulla istituzione di un sistema informativo sulla rilevazione, valutazione ed esito dei procedimenti amministrativi.

Non mi dilungo ora sul contenuto dei progetti di cui chi è interessato può prendere visione nell'abstract in distribuzione. Quel che mi preme sottolineare in questa sede è innanzitutto l'assoluta utilità di formarsi e lavorare insieme a livello provinciale e regionale, per creare una cultura univoca dalla quale scaturiscano modelli operativi omogenei, capaci di orientare al meglio l'assuntore, anche occasionale, di sostanze stupefacenti, dal momento iniziale della segnalazione al Prefetto a quello finale della sanzione o della conclusione del percorso terapeutico.

Questo aspetto si collega poi alla necessità di una utilizzazione razionale dei risultati dei progetti finanziati dal Fondo nazionale, risultati che dovrebbero costituire il background e il punto di partenza per la programmazione, da parte degli enti locali e delle amministrazioni centrali, degli interventi progettuali.

Per fare ciò è necessaria un'attenta opera di divulgazione dei contenuti dei progetti realizzati e di stimolo alla loro utilizzazione su tutto il territorio nazionale.

Un'analoga azione di divulgazione capillare andrebbe svolta anche sulle opportunità e