ATTI PARLAMENTARI

XIV LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. **XXX-*bis***
n. **1**

ATTI DELLA CONFERENZA NAZIONALE SUI PROBLEMI CONNESSI CON LA DIFFUSIONE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE SVOLTASI A GENOVA NEL MESE DI NOVEMBRE 2000

Presentata dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali

(MARONI)

Trasmessa alla Presidenza il 5 settembre 2001

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

INDICE

Sessione plenaria di apertura ..... *Pag.* 5

Sessione plenaria sulle politiche regionali ..... » 43

Proposte alternative dei cartelli ..... » 73

SESSIONI DI LAVORO

Prevenzione e dinamica della complessità sociale: bilancio e sfide ..... » 89

Fenomeni di abuso: nuovi soggetti per altri « oggetti » .. » 145

Nuove esigenze e rete dei servizi fra Asl, enti locali e privato accreditato ..... » 205

Inclusione sociale possibile ..... » 261

Inserimento lavorativo e sociale con particolare riguardo ai problemi delle condizioni di svantaggio ..... » 335

Etica dei trattamenti e delle prevenzioni ..... » 369

Tossicodipendenza femminile e genitorialità ..... » 407

Comorbilità psichiatrica: esperienze e prospettive ..... » 457

Le sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 del DPR 309/90: bilancio e proposta di modifica ..... » 507

Alcool, sostanze legali d'abuso e giovani: una nuova sfida per un comportamento antico ..... » 553

Valutazione dei trattamenti e delle prevenzioni ..... » 607

Incontro con i giovani ..... » 639

Rapporto sulle proposte emerse nelle sessioni di lavoro ... » 677

Tavola rotonda « Proposte alla politica » ..... » 691

Intervento di chiusura dell'onorevole Livia Turco, Ministro per la solidarietà sociale ..... » 711

SESSIONE PLENARIA DI APERTURA

Chairman Dr. Guido BOLAFFI, Capo di Gabinetto del Ministro per la solidarietà sociale

«Ministri, Presidente GHIGO, Onorevoli Senatori e Deputati, Signor Sindaco, Autorità, Avvocato CONTRI, amici operatori dei SERT e delle comunità, carissimi invitati. A nome del Ministro Livia TURCO e del Dipartimento Affari Sociali, aprendo la sessione inaugurale della Terza Conferenza Nazionale sulla Tossicodipendenza, vorrei innanzitutto ringraziarvi per aver accolto il nostro invito. Al di là dell'aspetto rituale di questi appuntamenti, fondamentali soprattutto per la grande opportunità di incontro e di diretto scambio di esperienze, io credo che l'importanza e la difficoltà della materia del nostro discutere richieda a tutti noi il massimo di apertura, di onestà intellettuale e soprattutto di grande, grandissima reciproca tolleranza. Il senso di questo incontro sarà illustrato da quanto esporranno i Ministri, da quanto sarà detto nelle relazioni e dai vostri interventi in merito. Vorrei precisare che il lavoro del Dipartimento degli Affari Sociali per la preparazione di queste giornate, è stato svolto con umiltà e passione, doti proprie dello "spirito di servizio" del lavoro pubblico, che viene svolto per una buona efficienza delle istituzioni e per la soddisfazione degli utenti. Pochi problemi come quello della droga sono in grado di sollevare grandi passioni senza per questo automaticamente produrre soluzioni da tutti accolte e condivise. Per questo, lo ripeto, c'è bisogno di discutere e soprattutto di ascoltare.

Da parte nostra almeno, in questi anni, prima di Napoli e soprattutto dopo Napoli, abbiamo cercato di mettere la nostra modesta attività, fin dove abbiamo potuto e saputo, al servizio di quella grande maggioranza, consentitemelo di chiamarla così, silenziosa ma operosa degli operatori dei SERT e delle comunità, che lavorano in prima linea in questo difficile fronte della sofferenza sociale.

Dal programma potrete notare l'articolazione delle nostre giornate e le scansioni delle sessioni di lavoro. Una formula che abbiamo voluto aperta e in grado di far parlare quanto più possibile senza predeterminazione chiunque abbia voglia di decidere di parlare. Puntando soprattutto a due novità che voglio sottolineare. Il ruolo essenziale,non di facciata, del decentramento federale dell'azione pubblica con regioni ed enti locali protagonisti in prima persona, e quella dei giovani, a cui abbiamo voluto dedicare un apposito spazio ed un evento mai sperimentato prima. Prima di concludere consentitemi però una piccola, piccolissima riflessione personale. È capitato di rado per la eccessiva volatilità della politica italiana ad un funzionario come me di avere l'opportunità di lavorare alla preparazione di due eventi istituzionali con lo stesso ministro. A me è capitato que-

sto con Livia TURCO. Prima di Napoli, a Napoli, e oggi qui a Genova. Lo considero non solo un privilegio, ma il segnale di quella continuità di guida politica che, soprattutto nel campo sociale, il lavoro pubblico necessita per essere minimamente produttivo.
Cominciamc allora i nostri lavori dando la parola al Sindaco Prof. PERICU, ringraziandolo vivamente per l'aiuto che ci ha dato nell'organizzazione di questa conferenza. Grazie signori.>>

Prof. Giuseppe PERICU, Sindaco di Genova

«Da parte della città che ho l'onore di rappresentare, un benvenuto a tutti per questa importante Terza Conferenza Nazionale, attesa, oggetto già di profondi confronti e dibattiti. E consentitemi di ringraziare Livia TURCO,di aver scelto la mia città per questo incontro. Noi ci siamo resi subito disponibili. Riteniamo che essere la sede dove ci si confronta su temi di così grande attualità e rilievo sia per noi un onore. Ci consenta anche però, Ministro, di ritenere che forse questa scelta sia dovuta all'azione che già si fa nel settore delle tossicodipendenze. Abbiamo molti protagonisti che hanno saputo di volta in volta enucleare anche azioni originali per intervenire in questo tipo di fenomeno. Ci siamo avvalsi di una forte collaborazione tra istituzioni e di una forte collaborazione tra le istituzioni e il terzo settore - l'ampio e variegato mondo del volontariato - con un modo di comportarci abbastanza silenzioso, com'è costume, d'altronde, della città. Ma io penso che possa aver dato qualche risultato positivo. Come sindaco di una grande città partecipo frequentemente ad incontri internazionali con sindaci di altre città e a me viene sempre in mente una relazione introduttiva del sindaco di Vienna, che rappresentando, in una giornata precedente il Natale di due anni fa, una Vienna luminosa, ricca, festante, e introducendo un dibattito sui ruoli delle città in Europa, sottolineava come nella sua città lui contasse circa un venti per cento della popolazione che subiva forti situazioni di disagio. Io penso che tutte le grandi città europee abbiano situazioni di questo tipo, di disagio che deriva da una pluralità di fattori. A volte, in molti casi, anche disagio economico, ma in tanti altri casi disagio psicologico, difficoltà di rapportarsi coi sistemi di vita moderna, in tensioni che non riescono in alcun modo a soddisfarsi. Il disagio è la matrice di fondo sulla quale occorre operare ed è nell'ambito di questa matrice che bisogna trovare poi i rimedi più direttamente operativi a tutte le forme in cui il disagio abbia a manifestarsi in modo dannoso, molto dannoso, troppo dannoso per sé, per chi lo sopporta, e per gli altri. In questo quadro il ruolo del Comune, e ci tengo a sottolinearlo, è un ruolo duplice. La recente legge sui servizi sociali, che punta ad una forte collaborazione tra pubblico e privato, riserva a noi un ruolo di coordinamento e di regia. E tale ruolo vogliamo svolgere. Però io ritengo che le amministrazioni pubbliche, e soprattutto l'amministrazione comunale (ciò non vale per gli altri enti probabilmente meno vicini ai cittadini) non possono assistere impotenti e non intervenire anche direttamente ogni qualvolta le sollecitazioni che provengono dall'ampio mondo del privato e del volontariato non siano raccolte e ci siano delle vicende sulle quali occorra intervenire. Da un lato regia, ma da un lato anche compartecipazione di responsabilità e quindi anche assunzione diretta di responsabilità. Consentitemi in questo mio breve saluto introduttivo, però, di richiamare l'attenzione su alcuni profili che mi paiono di rilievo, alcune novità, se tali possono chiamarsi, non certamente per voi che siete operatori del settore. Da un lato il fenomeno dell'alcolismo, dall'altro lato il fenomeno delle nuove droghe. Sono fenomeni che si affiancano a quello che era l'obbiettivo principale e iniziale della lotta alla tossicodipendenza, ma sono elementi che sono motivo di gravissima turbativa sociale. Io mi augurerei che in questa conferenza, in particolare, il tema delle nuove droghe venga attentamente esaminato e sviluppato in modo che ci provengano, per noi che, come amministrazioni comunali, siamo frequentemente vicini a questi fenomeni, suggerimenti di comportamento che ci possano essere utili nella nostra azione. Azione che in città si indirizza moltissimo sul tema della riduzione del danno. Nell'appunto che mi è stato for-

nito, ad esempio, noi soltanto quest'anno, negli otto mesi, abbiamo distribuito trentasettemila e ottocento siringhe pulite, ne sono state raccolte usate e riconsegnate ben trentunmilacinquecento. Su novemilaquattrocentosettanta contatti dell'unita mobile ben duemilacinquecento sono nuovi contatti. Una politica di riduzione del danno può dare frutti importanti e sicuramente di grande rilievo.
Chiudo questo mio saluto di benvenuto e so che la conferenza si svolge tra persone che operano quotidianamente in questo settore così importante e delicato. Mi auguro che il confronto, come giustamente sia, resti un confronto tra operatori che cercano le soluzioni migliori e che eventualmente ridiscutono gli stessi presupposti su cui sono impostate le discipline, ma che siano evitate in ogni modo le strumentalizzazioni politiche. Il tema non consenta che ci si speculi sopra. Il periodo, che è un periodo già di iniziale campagna elettorale potrebbe determinare a volte tentazioni di questo tipo, mi auguro che questa conferenza si caratterizzi per gli approfondimenti seri delle problematiche e non invece per delle facili strumentalizzazioni.
Grazie di essere a Genova e auguri di buon lavoro.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie Sindaco. Chiederei al Ministro Livia TURCO di prendere la parola per la relazione introduttiva alla nostra conferenza. Prego Ministro.»

On. Livia TURCO, Ministro per la solidarietà sociale

«Care amiche e cari amici, tre anni ci separano dalla conferenza di Napoli e prima di Napoli ci fu Palermo, la prima conferenza voluta da Fernanda CONTRI, che saluto. Conferenza di Napoli che fu un'occasione importante di un confronto vero e partecipato tra operatori e governo. Un confronto che consentì al governo di ascoltare valutazioni e proposte che sono state preziose per compiere scelte politiche e legislative e per arricchire il programma di lotta alle droghe. Contro le droghe cura la vita, dicemmo a Napoli. Contro le droghe cura la vita diciamo anche oggi qui a Genova. Cura della vita vuol dire reprimere il traffico, prevenire, educare, prendere in carico, non punire. Puntare cioè su una grande strategia sociale di lotta alle droghe. Questa è stata, questa è, questa sarà la politica del centro sinistra contro le droghe. Una politica che si basa su un asse culturale che non vuole farsi schiacciare nella contrapposizione ideologica tra proibizionismo e antiproibizionismo e che ritiene però che la pura repressione non porti risultati. Un asse culturale che investe in una grande strategia sociale e che considera non separabile la questione delle droghe dalla vita quotidiana delle persone. So, sappiamo, che sono in corso da ieri iniziative promosse da un cartello antiproibizionista, che raccoglie vari gruppi e associazioni. Non me ne scandalizzo perché la mia cultura mi porta a rispettare tutte le espressioni pacifiche di critica e di dissenso, anche le più radicali. E siamo qui per ascoltare quanto ci verrà contestato o proposto sia dentro questa sala che fuori. Prendere in carico significa anche andare a prendere in carico. Andare a prendere in carico sulle strade, chi non ha ancora scelto di uscire dalla tossicodipendenza, per aiutarlo a difendere la sua dignità e la sua salute e per costruire con lui un percorso di uscita dalle droghe.
Cercare di ridurre i danni delle droghe per riscoprire il senso e il valore della vita. Le strategie di riduzione del danno, come dimostra l'esperienza, non sono una resa alle droghe, ma, al contrario, esprimono l'impegno a ricostruire nelle zone di maggiore difficoltà le condizioni e il senso della vita umana.
In questi tre anni la strada della lotta alle droghe ha compiuto passi in avanti e ha ottenuto risultati importanti. Il merito è soprattutto vostro, della vostra professionalità, della vostra capacità di coniugare fatica, speranza e spirito di innovazione. Ma soprattutto della vostra capacità di ascoltare i bisogni, i disagi, le esperienze. Penso a quanti sono scampati alla morte per overdose, penso alle persone che sono riuscite, attraverso il vostro impegno, a ritrovare la strada di una vita piena e consapevole.

L'Italia è il paese in Europa che vanta la più articolata e qualificata offerta di servizi, formata dalle diverse esperienze delle comunità e dei servizi pubblici. Come sapete cinquecentocinquantasette SERT e milletrecentosessantuno strutture socio-riabilitative. È giusto mettere l'accento sui risultati raggiunti, sui successi, sulle buone pratiche, perché questo incoraggia a misurarsi con la realtà con più forza, con maggiore determinazione e sollecita a fare di più e meglio. E noi possiamo parlare di risultati raggiunti dentro un quadro che conferma problemi irrisolti, emergenze, novità. La novità più grande, ne parlerà il Professor CANCRINI nella relazione epidemiologica che farà, è quella su cui abbiamo cercato di lavorare in questi anni. Sappiamo infatti che accanto alla dipendenza da sostanze tradizionali, si sono aggiunte nuove sostanze e nuovi comportamenti, quelle nuove droghe connesse al tempo libero dei giovani. L'uso e l'abuso di droghe legali e non. L'uso e l'abuso di più sostanze assunte contemporaneamente. Uso e abuso di sostanze che celano dentro di sé la più grande questione che è sul tappeto. La vita dei giovani nella società di oggi.

Tra i problemi irrisolti si evidenzia innanzitutto quello rappresentato dall'alto numero di tossicodipendenti nelle carceri, problema enorme, perché il carcere non è compatibile con l'obbiettivo di uscire dalle droghe. Problema che sollecita interventi immediati. Tra le nuove questioni emergenti vi è la crescita di situazioni di disagio, marginalità tenaci, che coinvolgono interi gruppi di giovani, molti stranieri. In questa conferenza il Governo ha il dovere di fare un bilancio degli impegni assunti e di quelli mantenuti e realizzati.

Abbiamo lavorato in questi anni con determinazione, privilegiando la concretezza, cercando di consolidare le esperienze positive. Abbiamo cercato di esservi compagni di strada, ascoltandovi e sforzandoci di condividere fatica ed impegno. Ringrazio di cuore la Consulta degli Operatori istituita presso il Dipartimento Affari Sociali. È stata una sede utile di elaborazione di proposte, di segnalazione di problemi presenti sul territorio. La Consulta è fatta di operatori che rappresentano le varie realtà presenti nel nostro paese e quindi rappresenta una pluralità di posizioni, come si è anche manifestato in questi giorni. Dicevo è con la Consulta che abbiamo preparato questa conferenza, che ha avuto un percorso vero di discussione. Lo confermano le proposte per un programma di interventi concreti, elaborato direttamente dagli operatori, così come sono state importanti le conferenze regionali e le iniziative di confronto e scambio attivate da molti di voi sul territorio. Un bilancio delle cose fatte da Napoli a Genova. Napoli aveva consegnato al Governo e alle istituzioni tre grandi questioni. La prima: la necessità di una attenzione vera, non paternalistica, ai giovani, e una radicale modifica dell'approccio nei loro confronti. Non assumere come punto di partenza il disagio giovanile, ma la normalità delle vite dei giovani. Non il disagio ma la loro creatività e la valorizzazione dei loro talenti. Ci è stata proposta questa qualità della attenzione come condizione di un contrasto efficace dell'abuso di nuove droghe. La seconda questione posta a Napoli: un rilancio e una riqualificazione delle politiche pubbliche in campo sanitario e sociale, una riforma del welfare italiano, per renderlo più inclusivo ed equo, più giusto e solidale. Solo così, ci diceste a Napoli, è possibile dare certezza, autorevolezza alla rete dei servizi per la presa in carico dei tossicodipendenti. E Napoli avanzò con forza la proposta della rete integrata dei servizi, basata sulla pari dignità tra pubblico e privato sociale.

La terza questione. A Napoli si pose con passione e con forza il problema delle carceri e si indicarono le vie di uscita. Alcune pienamente condivise da tutti, come la decarcerizzazione attraverso l'affidamento in prova delle persone ai servizi sociali alle comunità, la creazione di circuiti alternativi al carcere, la presa in carico dei tossicodipendenti nelle carceri.

Altre proposte, non condivise da tutti, erano tese ad intervenire sulla legislazione per consentire una netta depenalizzazione del consumo individuale di droghe e la revisione dell'apparato sanzionatorio.

Dopo Napoli abbiamo lavorato come governo, anche per modificare la legislazione nel senso modificato da molti di voi. Ne sono derivate diverse ipotesi di riforma, che non

hanno trovato però il consenso di tutta la maggioranza del centro sinistra e il consenso degli operatori. Per questo, e non per inerzia o sciatteria, non abbiamo deliberato su questa materia. Materia che resta sul tappeto e che mi auguro, un dibattito pacato, possa riprendere in considerazione nella prossima legislatura. La questione delle carceri la consideriamo fondamentale. Per questo prenderà la parola il Ministro Piero FASSINO, che ringrazio per essere qui ma soprattutto ringrazio per il grande sforzo che sta profondendo in questi mesi per affrontare questo tema così difficile. Con l'aiuto di molti di voi abbiamo fatto del Dipartimento per gli Affari Sociali una sorta di laboratorio per sperimentare modalità innovative di rapporto con i giovani. Dalle associazioni, dai gruppi di giovani è nata la legge quadro sulle politiche giovanili ancora all'attenzione della Camera dei Deputati. Con il loro aiuto abbiamo innovato fortemente le campagne antidroga, adeguandole nel linguaggio e negli strumenti alle loro vite quotidiane, al loro modo di comunicare. Abbiamo scommesso sull'ascolto, sulla relazione, sull'amicizia e sul loro protagonismo. Ma il cuore dell'attività del centro sinistra è stato quello di raccogliere la sfida che ci avete lanciato per qualificare, potenziare le politiche del welfare. Con il Ministro della Sanità Rosy BINDI ed adesso con il Ministro VERONESI, ci dicemmo fin dall'inizio del nostro mandato che dovevamo unire il sociale e il sanitario. Dovevamo dare dignità alle politiche sociali e riproporre una cultura della salute intesa come prevenzione del disagio, della malattia e come promozione del benessere. La riforma del sistema sanitario, l'individuazione dell'integrazione socio-sanitaria, come standard essenziale della sanità ed il conseguente potenziamento dei servizi territoriali di base, l'aumento delle risorse destinate al Fondo Sanitario Nazionale, ebbene sono state il frutto di una forte scelta politica sostenuta con impegno e determinazione. Altrettanto si può dire sul versante sociale. L'approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza e delle politiche sociali, che stanzia un aumento entro il 2000 di tremila e seicento miliardi per i servizi alla persona, costituisce una svolta radicale nell'ambito del welfare italiano. Grazie alla legge ex-quadro che sostituisce la legge Crispi del 1890, il sistema dei servizi e delle prestazioni sociali esce dall'ambito della precarietà per diventare diritti sociali previsti da una normativa nazionale. È dentro questo quadro di rilancio e innovazione delle politiche pubbliche per la salute e l'integrazione sociale che acquistano rilievo gli interventi mirati alla creazione di una rete integrata di servizi per la presa in carico delle persone tossicodipendenti. Mi riferisco all'accordo stato-regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti del gennaio 1999, alla legge 45 sul fondo antidroga, all'atto di intesa stato-regioni sulla determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e all'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze da abuso. Sono strumenti di lavoro formidabili, costruiti con un paziente impegno di concertazione tra livelli istituzionali ma soprattutto con il coinvolgimento del sapere e dell'esperienza degli operatori, strumenti che ora sono nelle mani delle regioni.

So quanta attenzione c'è sul territorio fra gli operatori a queste tematiche che sono il pane quotidiano e la priorità di chi ogni giorno lavora su una frontiera così difficile. E conosco anche le difficoltà che essi riscontrano nell'applicazione di tale normativa. Per questo ritengo che proprio a questi temi, all'applicazione di questi strumenti normativi debba essere dedicata molta attenzione da parte di questa conferenza. La presenza del Presidente della Conferenza delle Regioni, Onorevole GHIGO , che ringrazio personalmente per essere qui, so che è qui anche perché sono temi questi in cui crede. Dicevo, la sua presenza mi è preziosa per chiedere una grande attenzione sua personale e di tutti i presidenti proprio per quanto attiene a questi aspetti. La rete dei servizi pubblici, del privato sociale, il loro profilo, la loro evoluzione, la loro qualità ed efficacia, l'investimento sulla professionalità degli operatori. D'altra parte anche le politiche contro le droghe sono politiche regionali e locali e per questo abbiamo voluto riconoscere questo loro nuovo ruolo anche nelle modalità di svolgimento della conferenza.

Rete integrata dei servizi: la parola d'ordine che parte da Napoli pienamente recepita

dagli strumenti legislativi successivi sottende un progetto, una cultura. La cultura della presa in carico della persona nella sua globalità e dunque la proposta di un progetto terapeutico e riabilitativo che offra insieme la cura farmacologica, il sostegno psicologico relazionale, il progetto pedagogico e di vita, l'inserimento sociale e lavorativo.
Se questa è la cultura e il progetto, tanto più ambizioso quanto più deve misurarsi con l'articolazione delle forme del disagio e delle situazioni di dipendenza da sostanze, allora bisogna riconoscere che da solo nessuno può farcela. Che ci vuole cooperazione progettuale, funzionale, organizzativa, pratica, di professionalità e di risorse. Questo è il cuore della rete. Questo è il cuore del passaggio dal SERT al Dipartimento delle Dipendenze. Come si vede tutto ciò definisce ben altro che un atteggiamento di resa alla droga, altro che SERT uguale droga di stato, come qualcuno imprudentemente ha stigmatizzato, altro che rinuncia all'uscita dalla droga. Gli operatori dei servizi pubblici e privati, noi con loro, che certo riconosciamo l'inevitabilità del ricorso a sostanze sostitutive come il metadone, noi ci battiamo perché alla base dei servizi pubblici e del privato sociale ci sia un progetto globale di presa in carico delle persone e di fuoriuscita dalle droghe. Per questo il Dipartimento delle Dipendenze deve diventare il luogo della programmazione degli interventi, il luogo della concertazione tra soggetti e professionalità a cui viene riconosciuta pari dignità. E l'atto di intesa stato-regioni, relativamente all'accreditamento del privato sociale, segnala il passaggio dal riconoscimento della pari dignità tra pubblico e privato sociale a quella delle pari condizioni e delle parti opportunità. Poniamo con forza al centro di questa conferenza come obiettivo prioritario dell'attività del Governo nei prossimi mesi l'investimento sulla realizzazione delle rete integrata dei servizi e delle comunità. Ciò comporta la scelta di operare investimenti strategici nella formazione e qualificazione degli operatori, nella ricerca, negli strumenti di valutazione, e migliorare la qualità della rete chiama in causa la capacità di innovazione di tutte le sue componenti, a partire dai SERT e dalle comunità. Innovazione che entrambi hanno già ampiamente iniziato sul territorio nazionale.
Così come uno strumento importante per accrescere la progettualità della rete è il Fondo Antidroga, previsto dalla legge 45, e applicato, mi sia consentito di riconoscerlo, con grande sollecitudine ed impegno dal Dipartimento per gli Affari Sociali. Esso deve essere utilizzato appunto secondo una logica progettuale, di crescita e qualificazione ed innovazione di interventi, soprattutto per quanto attiene la prevenzione del disagio e l'attenzione ai giovani. In tal senso ha impostato la sua attività la nuova commissione istruttoria avvalendosi anche del ruolo del nuovo Osservatorio istituito anch'esso presso il Dipartimento per gli Affari Sociali. Perché la rete integrata dei servizi diventi davvero efficace, essa deve radicarsi nel territorio, spostarsi sulle strade, andare ad incontrare chi non ha ancora scelto di uscire dalle droghe. Penso al lavoro importante, tante, troppe volte ostacolato, di tante unità di strada. Per questo i progetti di riduzione del danno devono essere considerati parte integrante della rete dei servizi e uscire dalla situazione di precarietà e marginalità in cui spesso si sono trovati in questi anni, ed essere finanziati dalla ASL e non soltanto dal Fondo Nazionale Antidroga. Debbono essere fissati standard operativi, definiti i profili professionali degli operatori, verificati sistematicamente i risultati raggiunti, valutate le prestazioni, i costi sostenuti e l'utilità per i singoli e per il territorio. Ma devono essere considerati parte della rete. È questo è l'altro grande impegno che questa conferenza propone.
Per questo nell'apposita sessione di questa conferenza verranno illustrate le linee guida sulla riduzione del danno proposte dai Ministri della Sanità e della Solidarietà Sociale che sono state elaborate da un comitato di esperti che lavorano sul campo. Consideriamo questo un atto qualificante della nostra conferenza. Le politiche contro le droghe e la presa in carico della persone tossicodipendenti devono essere sempre più politiche europee. Credo sia importante superare il provincialismo e confrontarsi in modo rigoroso con le esperienze che vengono compiute oltralpe, valutare la loro efficacia e i risultati che ottengono. Basti guardare alle innovazioni che stanno promuovendo gover-

ni come quelli di ASNAR in Spagna. Ed è per questa ragione che ho chiesto all'Osservatorio sul fenomeno delle droghe di effettuare uno studio scientifico sulle esperienze di riduzione del danno realizzate nei paesi europei. Per questo considero di grande utilità l'indagine conoscitiva svolta dalla Commissione Sanità del Senato. E a proposito di studi e di ricerche sento un dovere: non posso non ricordare qui una persona che non è qui e che purtroppo non ci può neppure seguire a distanza perché è recentemente scomparsa. Giancarlo ARNAO, forse sarebbe venuto alla nostra conferenza come venne a Napoli. Sicuramente ci avrebbe seguito da lontano... sicuramente ci avrebbe seguito da lontano, ci avrebbe criticato ma la sua polemica, la sua ruvidezza ci avrebbe dato suggerimenti e stimoli. Giancarlo Arnao non c'è più e nel mondo di chi opera contro le tossicodipendenze questa è un'assenza che pesa. Era stato tra i primi in Italia ad assumere un approccio scientifico nei confronti delle droghe, a ricostruire la storia della sostanza, collocandola nei diversi contesti sociali e culturali, proponendo una metodologia di studio e di analisi pragmatica, che demistificava gli eccessi di ideologismo tanto diffusi nel dibattito italiano riguardo alle droghe. La sua posizione, fieramente antiproibizionista, non coincideva con la nostra, ma ugualmente dai suoi libri abbiamo tratto informazioni e suggestioni che ci hanno aiutato a capire meglio la fenomenologia delle tossicodipendenze. E poi era un militante dei movimenti per i diritti civili e che si interessava di tutti i temi che avevano a che fare con la libertà dell'individuo. Era una persona coerente che non cercava facili consensi e che sapeva andare controcorrente anche quando questo comportava prezzi alti da pagare. Credo che sia giusto che oggi lo ricordiamo qui tutti insieme, perché tutti, in modi diversi, gli siamo debitori. Dicevo che al centro del nostro lavoro dei prossimi mesi deve essere... ci deve essere un forte investimento nella rete dei servizi. E forte investimento significa anche misurarsi con alcune priorità e con alcune novità: le nuove droghe, la diffusione dell'alcolismo, le marginalità di difficile reinserimento lavorativo, le donne tossicodipendenti e i loro bambini. Vi citerò soltanto questi temi e vi rinvio al testo scritto della relazione.

Le nuove droghe è uno dei temi che più abbiamo approfondito in questi anni e su cui di più abbiamo lavorato. Non cito le esperienze positive che abbiamo fatto. So però che è necessario operare un salto di qualità. Un salto di qualità forte per adeguare la rete dei servizi, fornire gli operatori di strumenti per affrontare i nuovi problemi, coinvolgere le scuole, coinvolgere e responsabilizzare tutti i luoghi del tempo libero. Un'azione particolare ed innovativa da promuovere in relazione non soltanto alla novità dei fenomeni in questione ma anche alla loro mutevolezza consiste nel fare in modo che i risultati delle analisi delle sostanze in circolazione siano messe a disposizione degli operatori permettendo così di strutturare al meglio le risposte in situazione acute e di ottimizzare la qualità della presa in carico terapeutico. È cioè necessario prevedere originali e tempestivi meccanismi di effettuazioni delle analisi delle sostanze circolanti, non provenienti necessariamente ed esclusivamente da materiale sequestrato, nonché la divulgazione mediante rete informatica dei referti che si ottengono. Tutto questo dovrebbe essere in rapporto con l'Osservatorio di Lisbona.

E c'è anche un altro problema che va affrontato parlando di nuove droghe: l'inserimento in tabella delle nuove droghe sintetiche ottenute appunto attraverso le sostanze chimiche di base. Il meccanismo attuale, a causa dei tempi di definizione delle relative procedure di approvazione del decreto, può causare ritardi nel controllo delle nuove droghe immesse nel mercato e rendere meno efficace l'azione di contrasto. Per questo è necessario che a livello internazionale siano previsti meccanismi alternativi o collaterali col sistema tabellare, che assicurino la pronta reazione degli ordinamenti ad esempio introducendo una disposizione di chiusura che anche in assenza dell'inserimento delle sostanze nella tabella consenta all'autorità giudiziaria di perseguire la condotta di spaccio relativa alla nuova sostanza.

Riteniamo inoltre sia da modificare l'articolo 75 della legge 309 almeno per la parte relativa alle sanzioni amministrative, distinguendo tra consumo occasionale e consumo

ripetuto e puntando su programmi terapeutici e riabilitativi e su misure inibitorie alternative al ritiro della patente.
È molto importante inoltre intervenire attraverso controlli e sostegni sullo stato psicofisico dei giovani alla guida delle auto e delle moto, durante il rientro dai luoghi di divertimento, mediante un'integrazione tra le forze dell'ordine e gli interventi dei servizi sanitari. Ma la prevenzione è sempre la strada più efficace. E per esempio un'azione di prevenzione potrebbe essere quella di promuovere programmi informativi e formativi sugli effetti delle sostanze da inserire nelle lezioni curricolari delle scuole guida, inserire il tema nei quiz d'esame, oppure inserire e rendere curricolari gli interventi all'interno dei corsi sull'apprendistato giovanile previsti dalla legge 626.
A Napoli ci eravamo impegnati a promuovere la prima conferenza nazionale sulla alcoldipendenza. Non ci siamo riusciti. Abbiamo scelto in questa occasione di dare molto rilievo a questo tema. È importante che maturi un approccio culturale adeguato, capace da un lato di esplicitare la negatività dell'abuso di alcol sulla vita delle persone, dall'altro di proporre trattamenti preventivi, formativi, di presa in carico, valorizzando la grande, importante rete di volontariato che coinvolge operatori e famiglie. Qui davvero è preziosa la rete, che attivi il servizio sanitario, ma soprattutto quello sociale, rivolto alle persone, alle famiglie, all'ambiente in cui la persona vive. Ed è importante che in questi anni si siano attivate le risorse del Fondo Nazionale Antidroga per finanziare progetti di contrasto dell'abuso di alcol. E voglio usare questa occasione per fare un appello al Parlamento affinché venga approvata la legge contro l'abuso di alcolici all'attenzione della commissione Affari Sociali della Camera. Una normativa importante per introdurre regole nuove nell'ambito della pubblicità, della etichettatura, della distribuzione dei prodotti alcolici, per sancire i divieti di somministrazione e vendita ai minori, i controlli della guida in stato di ebbrezza e tutti gli strumenti di prevenzione degli incidenti stradali. C'è un aspetto delle tossicodipendenze con cui voi vi state misurando: si tratta della situazioni di vita dei tossicodipendenti cronici, quelli che non ce l'hanno fatta, che tante volte vivono ai margini della società senza fissa dimora. E poi la situazione di tanti stranieri clandestini caduti nella droga. Per la presa in carico di queste persone deve funzionare davvero la rete, che deve essere dotata di servizi adeguati, servizi adeguati che tante volte oggi non ci sono, servizi adeguati per le emergenze e per le urgenze, servizi per la riabilitazione. E soprattutto servizi e prestazioni per attivare percorsi per il reinserimento sociale e lavorativo di queste persone. E lo so, ne sono consapevole, è quest'ultimo aspetto in particolare che resta troppo carente.
L'elaborazione del primo piano sociale nazionale previsto dalla nuova legge quadro sulle politiche sociali sarà l'occasione per indicare tra gli standard essenziali cui devono essere finalizzate le risorse, la tutela ed il reinserimento sociale di tali persone, anche attraverso un più efficace coordinamento tra gli interventi sociali, quelli sanitari, quelli formativi e quelli dell'inserimento lavorativo. E sull'inserimento lavorativo voglio insistere in modo particolare. Un tema che abbiamo troppo trascurato, un tema che si è dimostrato però davvero cruciale per una politica appunto di uscita dalle droghe e di pieno reinserimento. Sarà dunque importante la piena applicazione a questo proposito da parte delle regioni della normativa esistente in materia di inserimento lavorativo delle persone tossicodipendenti. Mi riferisco all'atto di indirizzo e coordinamento sull'utilizzo del Fondo Antidroga, mi riferisco all'articolo 16 del nuovo atto di intesa stato-regioni, mi riferisco ai nuovi strumenti di governo del mercato del lavoro che fanno capo alle regioni e alle province. Così come penso sia importante riconoscere il grande merito che il privato sociale, le cooperative sociali hanno avuto nel nostro paese nell'inserire le persone dotate di fragilità. Ed è per questo che questo sforzo deve essere sostenuto con grande forza e sono contenta di poter annunciare che sta per entrare in vigore il regolamento attuativo della norma della Finanziaria del 98 che estende alle imprese no-profit gli incentivi attualmente previsti alle piccole, alle medie imprese. Così come penso sia importante che stato, regioni, enti locali siano capaci di coinvolgere e sensibilizzare il mondo delle

imprese. La sperimentazione del reddito minimo di inserimento che è stata portata avanti qui a Genova, e ringrazio l'assessore ROSSETTI, ha coinvolto persone tossicodipendenti e ha dimostrato la validità di uno strumento che accompagna chi è in difficoltà offrendo un sostegno al reddito con un programma di reinserimento sociale. Dunque ci sono degli strumenti. Bisogna usarli mettendo in campo volontà e disponibilità ad un progettazione innovativa.

Qualcosa voglio dire sul tema scottante degli immigrati tossicodipendenti. Ribadisco il netto impegno del Governo al contrasto della immigrazione clandestina e alla lotta alla criminalità. Ma c'è un dovere di rispetto della dignità umana e della salute delle persone che ci è imposto prima di tutto dal sentimento di pietas che dovrebbe albergare nell'animo di ciascuna persona ed essere alla base di ogni comunità. D'altra parte il rispetto della dignità umana è imposto dai nostri ordinamenti, anzitutto dalla nostra Costituzione. Per questo nella legge 269 sull'immigrazione, insieme con il contrasto severo dell'immigrazione clandestina, è stata prevista la tutela della salute delle persone immigrate anche se clandestine, in particolare dei bambini, delle donne in gravidanza e delle persone tossicodipendenti. È stata recentemente emanata una circolare del Ministero della Sanità per rendere attuativa questa norma. Sarebbe grave, molto grave, se essa fosse applicata in modo discrezionale e diseguale sul territorio nazionale. Chi è clandestino deve essere espulso, ma un clandestino malato e tossicodipendente è prima di tutto una persona che deve essere curata e aiutata, e questo compito non è soltanto dei nostri cari "Don" che si occupano di presa in carico delle persone, ma è prima di tutto dello Stato. E il vostro lavoro quotidiano, a contatto di chi soffre, è ai margini, è in difficoltà, costruisce sicurezza per i cittadini, perché sicurezza e serenità si ottengono sì attraverso il rispetto pieno della legalità, la lotta intransigente alla criminalità, ma anche sapendo costruire comunità, legami sociali e coesione sociale. Accorgiti di chi è in difficoltà, dagli una mano, così ti sentirai più sicuro e sereno. Fare del bene fa stare bene. Questo è un messaggio forte che vogliamo lanciare da questa conferenza. C'è una responsabilità verso altri che non può venir meno. Non possiamo rassegnarci alle ingiustizie, alla povertà, all'esclusione di molti. E la dignità delle persone coincide nelle moderne democrazie con il riconoscimento dei fondamentali diritti di cittadinanza e il dovere dell'inclusione sociale è la sfida cui sono di fronte i sistemi democratici in questo nuovo millennio. Infine, l'ultimo punto, che credo importante, tra le novità emerse con cui deve confrontarsi la rete dei servizi e su cui noi ci vogliamo molto impegnare nei prossimi mesi, riguarda la condizione delle donne tossicodipendenti e dei loro bambini. Io ringrazio le donne che sono presenti nella Consulta degli operatori, che mi hanno aiutato a conoscere da vicino e a capire questo tema. La tossicodipendenza femminile è ancora poco approfondita. In Italia le donne rappresentano il 14% circa di tutta la popolazione di tossicodipendenti, ma non bisogna dimenticare che la condizione di dipendenza può avere nelle donne un effetto più devastante che nell'uomo. Sono infatti quelle più fragili psichicamente ad entrare nel circuito della tossicodipendenza. E può esservi la contemporanea presenza di problematiche connesse alla prostituzione e alla violenza di rapporti e situazioni. Molte volte donne tossicodipendenti portano le tracce di storie di abuso e violenze. E poi, circa un terzo delle donne tossicodipendenti ha figli minori. Ciò comporta l'insorgere di una problematica particolarmente delicata quale quella della maternità in condizioni di rischio, anche in relazione alla diffusione dell'infezione da HIV. In alcuni SERT si stanno sperimentando forme di assistenza, cura a genitori tossicodipendenti, così come da alcuni anni nel mondo del privato sociale vanno sviluppandosi esperienze comunitarie, che tentano di accogliere i bisogni di tutti i soggetti coinvolti, ritenendo possibile sviluppare un percorso terapeutico che prevede non solo la cura, ma anche il supporto alla funzione genitoriale, per la donna e la coppia di tossicodipendenti. Ma anche qui gli esempi di buone pratiche non bastano: occorre organizzare una rete di assistenza globale che coinvolga i SERT, i servizi pubblichi, il privato sociale, le strutture sociali e sanitarie, che si occupano della maternità e della famiglia. Noi ci impegneremo insieme alle regioni e

agli enti locali. Così come consentitemi di utilizzare...» (interruzione nella registrazione) « bambini in luoghi alternativi al carcere. Vorrei concludere questa relazione soffermandomi su una questione che mi sta particolarmente a cuore. Siamo qui, istituzioni ed operatori a discutere di disagio, malattia, sostanza. Ma siamo sicuri che questo sia il modo giusto ed efficace di riflettere ed operare? Non dovremmo forse capovolgere il paradigma? Non parlare più di sostanze, disagi, malattie, ma di persone e soggetti? Non dovremmo forse compiere un atto di responsabilità e parlare del soggetto più dimenticato dall'agenda politica, meno nominato, che non trova posto in questa società se non nelle strategie di marketing dell'industria musicale, alimentare e dell'abbigliamento? Vale a dire i giovani. Ecco, io credo che davvero li dovremmo mettere al centro di questa nostra conferenza. Il problema a cui siamo di fronte non è concedere un posto ai giovani nella famiglia e nella società, ma fare posto ai giovani, favorire cioè la loro piena espressione, l'espressione dei loro talenti e della loro creatività. I giovani del 2000 hanno talento, imparano rapidamente i nuovi linguaggi, le nuove tecnologie, hanno spirito imprenditivo, hanno curiosità per il mondo. Per loro è molto importante il linguaggio degli affetti e i luoghi della partecipazione sono anzitutto le relazioni amicali, il gruppo, la comunità. Fare posto ai giovani significa costruire con loro legami di amicizia e relazioni significative. Significa saper essere adulti presenti, autorevoli, che sanno dire e sanno dare. Ma anche adulti che si lasciano mettere in discussione nelle loro certezze, nelle loro regole, nei loro stili di vita, adulti che sanno ricevere. Noi adulti abbiamo bisogno dei giovani, perché abbiamo bisogno di riscoprire nella nostra quotidianità una dimensione del tempo che non sia tutta divorata dal presente. La nostra dimensione del tempo contiene l'emergenza e l'immediato e non collega il presente al futuro. Anche nell'interazione genitori-figli, insegnanti-allievi, operatori-ragazzi, succede così. Non c'è tempo, ci vorrebbe più tempo, bisognerebbe dargli tempo, così si perde tempo, quando avrai del tempo. Ma cosa vuol dire avere tempo? A volte un tempo che si perde è un tempo che si guadagna. È un fatto mentale, dobbiamo riuscire a porci diversamente nel tempo, non tanto come suoi padroni ma come abitatori di un tempo in cui siano collocati gli uni e gli altri. Abbiamo bisogno dei giovani per capire chi siamo e cosa stiamo facendo nella nostra vita e della nostra società. Che cosa facciamo di questo mondo e del suo futuro. Saper vivere il tempo presente progettando il futuro è il modo giusto per essere educatori, o può consentire ai giovani di tirare fuori dai cassetti i loro sogni e i loro progetti, perché non è vero che non hanno sogni e progetti. Ma troppe volte sentono che non vale la pena tirarli fuori perché tanto non li potranno realizzare.

Noi sappiamo che accanto questi giovani ce ne sono altri a cui nessuno ha insegnato ad avere un sogno, a coltivare un'ambizione. Ragazzi che vivono all'interno di periferie mentali da cui non riescono ad uscire e da cui forse non vogliono uscire perché non hanno conosciuto altro che la strada o poco più. Per questi ragazzi poter un giorno cogliere nella vita un'opportunità che venga suggerita loro da un progetto, da un'istituzione, da un evento significativo, può fare la differenza. Anche per loro dobbiamo lavorare, per stimolarli ad uscire dalla periferie che non sono geografiche, ma come dicevo, mentali. Molto è stato fatto in questi anni per consentire l'accesso al lavoro, per migliorare la scuola. Ma certo la questione del posto dei giovani nella società non è stato il tema centrale dell'agenda politica. Penso alle tante esigenze dei giovani che sono sul tappeto, dallo studio, alle condizioni che possono consentire la loro autonomia, come l'avere il reddito e una casa, la valorizzazione e la tutela dei nuovi lavori. Ma c'è un'esperienza... c'è un aspetto, scusate, che nell'esperienza di questi anni ho colto essere molto importante. È quello della possibilità che i giovani hanno di stare insieme, stare insieme per divertirsi, per esprimersi, per costruire progetti, per partecipare alla vita della comunità. Penso che quelle esperienze o luoghi sono, possono diventare fecondi, perché favoriscono nei ragazzi l'espressione di sé, l'amicizia, il calore umano, la costruzione di progetti. Si tratta di esperienze da valorizzare nei loro aspetti positivi, bloccando così sul nascere le tentazioni devianti o violente che a volte assumono certi gruppi e li trasfor-

mano in branco. Ecco, io penso che sia importante sostenere la creatività e la socializzazione degli adolescenti e dei giovani e penso che il territorio sia il luogo in cui incentivare e praticare questa strategia. Una grande politica di sostegno alla creatività, alla associazione, alle aggregazioni dei giovani sul territorio, ecco l'impegno su cui intendiamo lavorare nei prossimi mesi. E penso che in ogni Comune, a partire da quelli più piccoli, in ogni quartiere, i Sindaci debbano adoperarsi per raccogliere le esperienze di aggregazione formale e informale dei giovani, offrire loro degli spazi che siano spazi di parola, di espressione delle proprie capacità, di creazione di progetti concreti, di partecipazione alla vita della comunità, dai centri sociali agli operatori, agli oratorii e ai gruppi di musica e di teatro. Spazi per i giovani gestiti dai giovani. Ma anche strumenti di partecipazione di potere per contare nella vita della comunità. Ed allora forte è l'appello che da questa conferenza rivolgo al Parlamento perché siano approvate due leggi fortemente volute dalle associazioni giovanili, c'è il tempo per farlo. Mi riferisco alla legge sulle Politiche Giovanili che abbiamo costruito con loro, con tutte le associazioni di giovani, da quelle formali e informali, e poi la legge sul Servizio Civile del Volontariato. La legge sul Servizio Civile Volontario. Ma voglio aggiungere un'altra proposta: io credo che sarebbe una grande riforma, un messaggio di fiducia in loro il riconoscimento del diritto di voto a sedici anni a livello locale. È una proposta che riconosce ai giovani il potere di contribuire alla vita collettiva delle loro città e del loro comune; che li responsabilizza e che da loro la possibilità di esercitare una forza contrattuale. Un messaggio di fiducia in loro è uno stimolo a farsi costruttori di comunità. Una proposta che ha anche una evidente valenza educativa, perché oltre a indicare i diritti li aiuta a individuare i loro doveri.

Se tutto questo è vero allora le politiche di prevenzione delle droghe, restano quelle cruciali, restano quelle prioritarie. E queste politiche devono essere politiche di promozione della coesione sociale, di valorizzazione del territorio, di recupero della periferia e dell'ambiente urbano, di recupero della funzione educativa degli adulti, di incentivo alla socializzazione, di promozione di interventi integrati per i gruppi di giovani esposti alla marginalità sociale. Ci sono in proposito tante esperienze positive, ci sono tante elaborazioni che molte comunità hanno fatto, tante buone pratiche che dovrebbero essere messe in rete a partire dalla discussione che ci sarà nei gruppi di lavoro. Care amiche e amici mi fermo qui. Sarebbe poco serio, e credo che questo valga anche per i Ministri VERONESI e FASSINO, se noi prendessimo impegni che vanno oltre i prossimi mesi. Sarà compito dei rispettivi schieramenti politici indicare il programma dei prossimi anni. Non è stato facile, credetemi, confermare l'impegno di questa conferenza. L'abbiamo fatto per una questione di coerenza, per il rispetto profondo che sentiamo nei confronti del vostro lavoro. E poi perché penso che sia utile che la politica sia posta di fronte ad un tema così scomodo proprio in un momento cruciale come questo. Sono sicura che i lavori di questa conferenza aiuteranno tutti, soprattutto le persone impegnate nelle istituzioni, a migliorare la propria attività e aiuteranno le forze politiche ad operare le scelte più giuste. Mi auguro che questa conferenza aiuti l'opinione pubblica a capire di più e meglio un tema così difficile e solleciti soprattutto gli adulti ad assumere più forti responsabilità. Sarà molto importante allora il modo con cui gli operatori dell'informazione, che ringrazio per essere così numerosi e qualificati, parleranno dei temi che qui si discutono. Siamo a fine legislatura e per questo sento il dovere di dire alcune parole. Di ringraziare i parlamentari e in particolare i parlamentari della Commissione Affari Sociali della Camera e del Senato, di ringraziare i loro presidenti e di ringraziare i componenti della maggioranza e dell'opposizione. Inutile dire che in tanti anni tanto abbiamo discusso e anche tanto abbiamo litigato, ma insieme qualcosa abbiamo costruito. Credo fortemente che su temi come quello della lotta alle droghe il dialogo e le convergenze siano preziose. Così come un ringraziamento voglio rivolgere al Dipartimento Affari Sociali. Lo avete constatato di persona, coloro che vi lavorano non sono professionisti algidi e preoccupati solo della loro carriera, ma persone appassionate, coinvolte, che mettono

professionalità e tempo ben al di là di quanto essi siano riconosciuti e remunerati dai percorsi di carriera. Ma grazie soprattutto a voi. Conoscendovi alcuni da vicino ho imparato cose preziose e costruite amicizie che mi saranno preziose nella vita e nel lavoro dei prossimi anni, che svolgerò comunque con voi. Grazie di cuore e buon lavoro a tutte e a tutti.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie Ministro Livia TURCO, io chiederei al professor Umberto VERONESI, Ministro della Sanità, di prendere la parola. Grazie.»

Prof. Umberto Veronesi, Ministro della sanità

Cari amici, io sono qui come Ministro della Sanità, quindi il mio compito e il mio dovere istituzionale è di tutelare e proteggere le condizioni di salute dei cittadini italiani, di qualsiasi ceto e in qualsiasi condizioni si trovino. Ma sono anche un uomo di ricerca e, per formazione e cultura, quindi, sono inevitabilmente aperto a tutte le soluzioni che mi si presentino e che abbiano dalla loro parte la evidenza della efficacia, oltre che dell'efficienza. E questo vale anche per il problema delle tossicodipendenze, una questione, come è noto a tutti, dalle sfaccettature complesse.
Inizierei prendendo lo spunto proprio da quanto ha detto il Ministro Livia Turco all'ultima conferenza di Napoli, tre anni fa. Quella conferenza segnò una svolta, che a molti italiani probabilmente sfuggì, ma che rappresentò una svolta importante perché ci consegnò un messaggio e un impegno.
Il messaggio era molto semplice, si può riassumere in poche parole: ci disse in fondo che il drogato è un malato da curare e non un deviato da punire e da perseguitare. Livia Turco lo ha ribadito anche oggi, qui a Genova.
E l'impegno che ci fu richiesto era coerente con questo messaggio. Ci fu chiesto di mettere in atto tutte quelle misure che portassero la popolazione in condizione di farmacodipendenza a uno stato il più vicino possibile alla normalità. Che potessero quindi riprendere a lavorare, a studiare, a interagire con gli amici, ad avere rapporti sociali, a produrre e a difendersi dai grandi rischi della overdose, delle infezioni e anche dal rischio del carcere. Era una posizione nuova che potremmo chiamare di accettazione, di tolleranza e non di rifiuto.
Naturalmente, questa presa di posizione suscitò nel Paese una reazione che chiamerei disforica: da una parte si levarono critiche e dissensi perché, in fondo, questa era la chiara dichiarazione di una sconfitta verso la posizione precedente, coerente con il principio del proibizionismo, che aveva come obiettivo di riportare la popolazione dei tossicodipendenti a una condizione di totale normalità, drug free, cioè priva da ogni dipendenza. Invece si doveva riconoscere che questa prima ipotesi "totalitaria" non era stata raggiunta. Si doveva prendere atto, come ho detto, di una sconfitta.
Ma si disse di più, si disse in realtà, che questa nuova posizione poteva essere interpretata come la prima dichiarazione antiproibizionistica. E infatti, se ci pensate bene, se dichiariamo che chi si droga è fuori dalla legalità, ma contemporaneamente, lo aiutiamo, lo controlliamo, lo incoraggiamo a certi comportamenti, gli diamo addirittura il metadone, lo manteniamo in una condizione volutamente, consapevolmente di dipendenza purché i grandi rischi vengano eliminati o vengano ridotti, e la sua salute sia tutelata. Se tutto ciò facciamo e "permettiamo", si entra in una situazione chiaramente dicotomica tra il dettato normativo e la pratica assistenziale; una situazione che io chiamerei sottilmente schizoide.
Ma dall'altra parte ci fu invece una reazione molto euforica. Questa presa di posizione fu vista e salutata come un grande passo in avanti, perché essa si allineava al resto dei Paesi d'Europa che aveva seguito, e continua a seguire, ugualmente la stessa linea, con una posizione pragmatica, se volete empirica, dell'accettazione del principio secondo cui dobbiamo in qualche maniera risolvere il problema dei tossicodipendenti tutelando,

(e questo è ovviamente il compito primario di un Ministro della Sanità) la salute di questa popolazione.
I punti forti degli obiettivi erano la riduzione di mortalità, la riduzione delle grandi infezioni, la ripresa di una vita e di un'interazione sociale, e la ripresa di un'attività lavorativa o di studio. Il punto debole, ovviamente, come tutti potete immaginare, era il rischio di una cronicizzazione della dipendenza. Ma la forza dei primi punti sembrava, o sembra o è sembrata, a tutta l'Europa così preponderante sull'altro da far spingere molto celermente in quella direzione.
Cerchiamo di illustrare cosa è successo in questi anni e come questa nuova politica di intervento nel mondo della droga abbia avuto o non abbia avuto dei risultati.
I primi dati invitano ad un certo ottimismo: la mortalità, dal 1996 al '99 risulta in diminuzione. La diminuzione non è forte ma è costante. E questo ci fa pensare che in fondo siamo sulla strada giusta.
Se analizziamo i dati più analiticamente osserviamo che la caduta della mortalità è stata inversamente proporzionale all'aumento dell'uso del metadone. Cioè l'introduzione del metadone su larga scala nei tossicodipendenti e il suo uso prolungato e non solo limitato al breve periodo, è stato benefico.
L'altro elemento favorevole è stata l'azione straordinaria dei SERT. L'ha già detto Livia Turco ma lo ripeto anch'io, i SERT sono una grandissima, validissima rete di azione e quanto più questa popolazione di malati si affida ai SERT tanto più è facile pensare di potere controllare la loro condizione di salute. I SERT, sapete, sono cinquecentocinquantacinque in tutta Italia, impiegano settemila persone, il quaranta per cento delle quali sono medici e psicologi, hanno in carico centoquarantacinquemila utenti, assistiti con molta attenzione. Rappresentano quindi una rete preziosissima per il Paese e credo che tutti dovremmo esprimere a loro un ringraziamento infinito.
Ai SERT sono collegati, poi, i CABS, Centri a Bassa Soglia, in inglese drop in centers, strutture in cui il ragazzo può andare, quando vuole, come vuole, senza bisogno di stabilire dei protocolli, senza essere costretto a delle terapie. Ci va solo per essere confortato, ci va abbandonando momentaneamente la strada, ci va per bere un caffè, un the, vedere la televisione, leggere, parlare con altre persone, comunicare e liberarsi delle proprie angosce. Quindi è un'azione utilissima perché è totalmente libera. Chiunque può entrare, non deve dichiarare né il nome né il cognome. Si tratta di un'iniziativa molto civile, avanzata che si avvicina e si collega molto proficuamente a quell'altra realtà costituita dalle "unità di strada".
Gli interventi di strada sono un'altra forma innovativa di aiuto che si è dimostrata preziosissima: lo sapete come funziona, la praticano gruppi di persone (che sono altamente meritorie) che nelle periferie cercano di "catturare" il tossicodipendente, di vivere insieme al ragazzo che si è autoemarginato e che vive isolatamente, magari sulle panchine di un parco, cercano il dialogo, cercano un'alleanza. Alleanza nella comunicazione, una forma di empatia, di reciproco rispetto e di reciproca comprensione che è alla base del recupero di un ragazzo che è caduto in questa sfortunata condizione.
Oltre ai SERT vanno tenuti in considerazione anche il ruolo e il peso assistenziale molto importante delle strutture riabilitative, cioè delle comunità, in grande aumento e molto efficienti che sono in qualche maniera collegate ai SERT.
Un tema che non sempre viene affrontato, ma che invece merita un approfondimento riguarda l'età media degli utenti dei SERT: essa è aumentata, ed è in continuo aumento, sia nei maschi sia nelle femmine. Oggi si avvale dell'assistenza dei SERT solamente il quindici per cento dei ragazzi al di sotto dei venticinque anni. L'ottantacinque per cento è sopra i venticinque, quindi non siamo più davanti ad una popolazione di adolescenti o di giovanissimi. La popolazione dei tossicodipendenti è rappresentata ormai da "giovani adulti" o da adulti.
È questo è un dato molto incoraggiante, vuol dire che le nuovissime generazioni non entrano, o entrano meno che nel passato, nel mondo della tossicodipendenza. Se negli

anni '90 c'erano, diciamo, duecentomila tossicodipendenti, adesso ce ne sono ancora grosso modo duecentomila, duecentocinquantamila, allora viene da chiedersi dove sono finiti gli altri?
Evidentemente una parte è rimasta "dentro la droga": una minima parte (quella che, come dicono i dati, in misura per fortuna minima, ha avuto la disavventura dell'overdose), ma una grande parte è uscita definitivamente da questa condizione. Quindi possiamo concludere che le percentuali di guarigione sono elevate, che di droga si può guarire.
Anche la politica del metadone, che per molti anni aveva concretizzato poca efficacia perché era somministrato solo per brevissimi periodi, oggi che viene usato sul lungo periodo permette di controllare il paziente in modo più efficace, di avere con il tossicodipendente un rapporto sempre più dialogico, quindi sempre più avvicinato anche umanamente.
Un altro dato statistico favorevole è la caduta progressiva delle infezioni HIV. L'HIV è fortunatamente una patologia in via di soluzione, almeno parzialmente nel nostro Paese, o che ha molto ridotto i suoi effetti nocivi, grazie ad un maggior controllo del tossicodipendente. Anche la mortalità per overdose è in calo rispetto ad altre cause di mortalità. Secondo i dati di un importante studio dell'Università di Torino la mortalità per overdose risulta in coda nelle cause di morte della popolazione dai 15 ai 44 anni. Prima vengono gli incidenti stradali, il suicidio, l'Aids.
Vorrei adesso dedicare un minuto alla situazione europea. Perché ormai siamo cittadini europei, dobbiamo in qualche maniera guardare al di là dei nostri confini, vedere cosa succede in altri Paesi, perché tutti devono affrontare lo stesso problema che noi abbiamo. E ci sono delle novità.
Il programma dell'uso del metadone è entrato in forma massiva in tutti i Paesi d'Europa indistintamente, come è entrato altrettanto massivamente il programma siringhe monouso.
In via sperimentale in alcuni Paesi è stato avviato l'utilizzo di prescrizioni di morfina, o di eroina, e la creazione delle cosiddette sale di iniezione. Inoltre in alcuni Paesi il metadone è prescritto dal medico curante, cioè dal medico di famiglia. Si tratta di una procedura diversa rispetto a quella praticata nei nostri SERT: in altri Paesi è il medico di famiglia che diventa il protagonista e l'interlocutore, giustamente secondo me, nell'assistenza terapeutica del dipendente. E' quanto avviene in Belgio, in Danimarca e in Francia. In Austria è in atto una sperimentazione di prescrizione di morfina a lento rilascio, nei casi refrattari al metadone. In Francia si è conclusa la sperimentazione di uso controllato di morfina. La Germania sta sperimentando l'uso di eroina per vena ai dipendenti che si mostrano resistenti al metadone. E lo stesso vale per l'Olanda, tutti Paesi che stanno tentando nuove strade di terapie sostitutive. Infine la Svizzera: ha scelto una posizione molto...io la chiamerei coraggiosa, perché, dopo qualche anno di sperimentazione, ha reso legale l'uso dell'eroina come alternativa al metadone, sempre nei casi in cui i pazienti si mostrino resistenti al metadone.
Ecco, questi paesi, la Svizzera, l'Olanda, la Germania, hanno creato strutture dove il tossicodipendente può entrare e trovare una stanza protetta in cui può iniettarsi o farsi iniettare la sostanza, sotto controllo medico, in modo che non ci siano rischi di sovradosaggio. E' una proposta innovativa, tutta da verificare, i dati sono preliminari anche se la somministrazione controllata di eroina per i tossicodipendenti refrattari ad una terapia col metadone è ormai legalizzata dal '98 in Svizzera. Abbiamo un rapporto preliminare da parte del governo federale svizzero, quindi attendibile perché viene da un'autorità molto competente, secondo cui si è verificato un buon recupero dei pazienti in senso clinico ma anche in senso sociologico con una diminuzione della morte di overdose, una diminuzione di infezioni da HIV e una riduzione - questa è un altro elemento molto importante - della criminalità. Quindi, i risultati sono interessanti ma, ripeto, siamo in una fase ancora di osservazione.

Guardando al futuro, ad un progetto concreto, gli obiettivi sono sempre i medesimi. Lo ha detto Livia Turco. Primo obiettivo è la riduzione della domanda, cioè evitare che un giovane, o meno giovane, entri nel mondo della farmacodipendenza. E qui bisogna agire, sapete benissimo, in termini preventivi sui quattro grandi compartimenti che possono fungere da antidoto a questa tendenza, che sono i rapporti familiari, i rapporti con i genitori, la capacità dei giovani di emanciparsi spontaneamente. Il vissuto scolastico, la scuola potrebbe essere importantissima nel trattenere i giovani da queste situazioni che possono deviare nella droga, però occorre una scuola che non sia solo di nozioni, ma sia una scuola di vita, che soprattutto attragga i giovani anche con attività che possano dare gioia e soddisfazione. Quindi attività sportive, attività musicali, attività teatrali, che insomma facciano in modo che la scuola sia un punto di riferimento importante. E l'utilizzazione del tempo libero è l'altra grande area dove noi pensiamo si possa intervenire per dissuadere i giovani dall'imboccare la strada che non vogliamo che imbocchino. Bisogna, lo dicono gli psicologi, dare un rapido sviluppo alla personalità individuale di questi giovani, le possibilità di confrontarsi con gli altri, che quindi ci sia un dialogo con le generazioni precedenti e non una frattura. Fondamentale a questo riguardo, a mio parere, ma è il parere di molti esperti, la promozione di un progetto esistenziale. Ecco, se un ragazzo riesce a costruirsi un progetto di vita, ad avere un ambiente intorno a sé che lo aiuta a costruire il suo proprio futuro, questo è il miglior deterrente al rischio di cadere nella droga.

Il secondo obiettivo, lo abbiamo già detto, è la riduzione del danno, cioè di come si può ridurre, pur accettando la condizione di dipendenza, i rischi dell'overdose ecc., Io vorrei dire che è molto importante per il medico operatore l'atteggiamento psicologico. È molto importante per il medico avvicinarsi al tossicodipendente con quelle che sono state chiamate, le "intelligenze d'amore"; è importante per il medico uscire dai propri personali giudizi, e qualche volta pregiudizi, per allinearsi invece coi bisogni, con le difficoltà e con i conflitti che possono essere presenti in una persona che ha deciso di autoemarginarsi.

Un altro tema, l'ho già detto, è quello di migliorare l'interazione tra i SERT, le comunità e i medici di famiglia. I medici di famiglia sono assenti in questo grande progetto di lotta alla droga, completamente assenti. Il medico di famiglia invece è colui che ha visto il ragazzo crescere, che l'ha curato da bambino ed è forse nelle condizioni migliori per aiutarlo, per consigliarlo e per seguirlo anche quando il suo percorso esistenziale diventa più scabroso.

Vorrei aggiungere a quelle che ha già detto Livia Turco due parole sul problema carcere. Credo che il carcere non sia la soluzione migliore per il drogato perché il carcere in queste circostanze non presenta funzioni riabilitative importanti. Il ragazzo nel carcere viene a contatto con la criminalità, ne viene contagiato e ne può rimanere assorbito. E viceversa il carcere può contagiare con l'abitudine alla droga. Tutti sanno che la droga circola liberamente nei luoghi di detenzione, e quindi c'è il rischio che anche gli altri detenuti possano semmai essere contagiati dal ragazzo che è stato condannato per droga. Bisogna poi capire quanto questa condanna rappresenti il risultato di una criminalità conseguenza a sua volta dell'uso della droga o sia una criminalità che è la conseguenza del fatto che un ragazzo che ha una necessità assoluta di procurarsi, essendo ormai dipendente, una dose giornaliera, sia costretto a commettere atti illeciti.

Diciamo che i tossicodipendenti reclusi sono un esercito, quindicimila, una realtà impressionante. Solo il cinque per cento sono trattati con metadone, solo nel quaranta per cento degli istituti carcerari i SERT hanno in questo momento accesso. E quindi, proprio per questo, è importante provvedere con interventi strutturati. Mi riferisco alla custodia attenuata. Penso che i drogati in carcere debbano usufruire di un trattamento diverso perché, se li dobbiamo considerare come malati da curare, anche se hanno commesso, sotto la pulsione della tossicodipendenza, un atto illecito, essi dovranno essere trattati da malati e cioè in maniera diversa, più tollerante.

Un cenno sulle nuove droghe. Questo è un mondo nuovo, un mondo diverso, lontanissimo dall'eroina, anzi di segno opposto all'eroina. Queste nuove sostanze sono definite degli eccitanti. Voi sapete che l'eroina rappresenta la cultura dell'autoemarginazione, del rifiuto, della non accettazione di una società che è considerata ingiusta o sbagliata, o comunque che non attira i giovani, per cui il ragazzo che si dà all'eroina è un ragazzo che desidera emarginarsi. È una forma, se volete, di autoeliminazione o, quasi, di impulso suicida davanti a una società che egli non accetta e dalla quale si sente rifiutato.
Le nuove droghe sono di segno opposto, sono eccitanti. Semmai esaltano la personalità, portano alla ricerca della conferma del proprio potere, della propria capacità espressiva. È quello che viene definito lo "sballo" nel gergo giovanile, e che quindi è di segno esattamente opposto alla tendenza dell'autoemarginazione cercato e voluto con l'uso dell'eroina. Quando dicevo che oggi meno ragazzi entrano nell'eroina, è perché c'è questa nuova tendenza, questa nuova "filosofia" originata da una pulsione diversa. E anche rituali diversi. E' quello del fine settimana, il luogo lo sapete, è la discoteca. La discoteca è un luogo appunto di eccitazione, di autoesaltazione, che io credo in buona sostanza sia da considerare quasi benefica.
Non vorrei dire una cosa che può suonare bizzarra, ma io penso che nella discoteca, questo luogo usuale dove i nostri giovani si raccolgono con i loro riti e le loro consuetudini e dove anche le droghe leggere e l'ecstasy entrano e non sono certamente le benvenute, nessuno qui vuol sostenere che l'ecstasy sia una sostanza benefica; nella discoteca, dicevo, il giovane trova uno sfogo naturale della sua esuberanza. Certamente molti giovani trovano altre strade per divertirsi, ma la maggioranza preferisce la discoteca e in discoteca trova anche le droghe leggere. Questo è un dato di fatto, una realtà che tutti conoscono, come non si può ignorare che in discoteca lo sballo, lo spinello sia un rito immancabile.
A 15 anni di età "fumano" dal 10 al 15% dei ragazzi che diventano a 18 anni il 38% nelle femmine e il 56% nei maschi. Fenomeno di massa quindi. Come considerarlo, a quali rischi va incontro?
Le statistiche epidemiologiche dimostrano che la mortalità per droghe leggere è pari a zero, che esse non danno assuefazione e che non sono il tanto temuto "ponte" di passaggio alle droghe pesanti, in particolare all'eroina. Di quel 56% che a 18 anni fuma la cannabis solo lo 0,8% è passato all'eroina.
Anche l'ecstasy fortunatamente non è mortale, né dà grande dipendenza. I pochi morti che si sono avuti sono dovuti alle sostanze impure assunte o a preparati "artigianali". Se dovessimo scegliere tra il mondo della droga tradizionale, quello dell'eroina, della tossicodipendenza pesante, con tutti i problemi che comporta di rischi e di morte e il mondo della discoteca e delle droghe leggere, anch'esse dai molti problemi eccezion fatta per la morte e la dipendenza, io credo che non sarebbe difficile scegliere sulla base dei rischi che ognuna di queste scelte comporta.
Vorrei ora tornare ai cannabinoidi. Non tocca a me dire se e quanto sia giusto o sbagliato tenerli fuori dalla legge, è un problema che tocca al Parlamento. Mi permetto di esporre i dati di un'indagine effettuata dall'ESPAD (European Survey Project on Alcohol and Other Drugs promossa dal governo svedese e coordinato dal "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa) sugli studenti delle scuole superiori. Interrogati su quale fosse stato il loro atteggiamento nel passato nei riguardi di alcune sostanze voluttuarie (alcol, sigarette, cannabinoidi, ecstasy, cocaina, eroina) l'ottantasei per cento ha detto di avere usato alcolici, magari saltuariamente, il settanta per cento di aver fumato una sigaretta o delle sigarette, ma il trentatré per cento di aver fumato cannabinoidi. Poi nella graduatoria delle risposte si crolla verso cifre molto basse, sedativi sette per cento, cocaina cinque per cento, ecstasy due per cento e l'eroina zero otto per cento.
Vi invito ora a una riflessione: Se alla classifica dei consumi affianchiamo invece la classifica dei danni e dei rischi scientificamente dimostrati, vediamo che il tabacco causa 80 mila morti l'anno per tumori, l'abuso di alcol 30 mila, l'eroina direttamente o indiretta-

mente non supera il migliaio; tra le droghe leggere eccitanti, l'ecstasy neppure una decina.
Tralascio considerazioni di ordine sociologico, le abitudini delle persone, stili di vita ecc.: dico solo che se noi accettiamo tranquillamente, senza alcun intervento, che si consumino alcolici senza troppe difficoltà pensando pure che l'alcolismo provoca trentamila morti all'anno, se accettiamo che i ragazzi fumino sigarette sapendo che il fumo di tabacco provoca ottantamila morti all'anno in Italia, be' in fondo siamo molto allineati con i cannabinoidi che sono usati nel trentatré per cento dei giovani ma fortunatamente non provocano mortalità.
I dati di queste indagini ci devono far riflettere, non per trarre conclusioni ma per riprendere un dibattito in termini razionali. Ho combattuto da medico per tutta la vita contro l'uso di droghe, e anche come padre di sette figli so quali problemi la tossicodipendenza si porta dietro. Ma si deve guardare a strade nuove, a percorsi più illuminanti, ad atteggiamenti più aperti e non solo repressivi.
Vorrei concludere tornando all'origine di questo mio intervento, al primo pensiero che ho citato come risultato del messaggio di Napoli, tre anni fa. Il tossicodipendente, questa persona malata, va messa al centro di ogni intervento di cura e assistenza; occorre accettarne i problemi e le esigenze, le discordanze caratteriali; bisogna curarlo anche quando le sue premesse e intenzioni differiscono da quelle dell'operatore. Questo è quello che io credo debba essere l'atteggiamento nel futuro, di grande umanità, di grande tolleranza, di grande dolcezza verso persone che hanno sperimentato una vicenda per tante possibili ragioni sfortunata, che sono cadute in una trappola, in un vortice a cui non erano forse preparati, certamente per debolezza, qualche volta per ingenuità, qualche volta per un tentativo di rifiuto di una condizione umana che non ritengono nel mondo di oggi, pieno di violenze e sopraffazioni, vicino al proprio ideale di vita. Ecco, il grande bisogno di amore che questi ragazzi hanno deve essere esaudito. Grazie.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie. Siccome abbiamo un intensissimo lavoro nella mattinata, do subito la parola al Ministro della giustizia, Onorevole Pietro FASSINO .»

On. Piero FASSINO, Ministro della giustizia:- «Grazie. Poiché sono d'accordo con l'ampia relazione che ha fatto qui il Ministro TURCO e con tutte le riflessioni molto efficaci che ha fatto adesso il Ministro VERONESI, voglio concentrare il mio intervento su un punto delicato, che è il rapporto tra tossicodipendenza e carcere. Oggi le cifre dicono più di ogni altro ragionamento. Su cinquantaquattromila detenuti che sono attualmente reclusi nelle carceri italiane, quattordicimila e seicento sono tossicodipendenti. Di questi, settemila e duecento, quindi il cinquanta per cento, sono in carcere per reati esclusivamente attinenti allo spaccio, per lo più piccolo, di droga. I tossicodipendenti che scontano misure alternative come l'affidamento in comunità, sono tremila e seicento. Queste cifre indicano la strada da percorrere. Ci dicono che occorre, con ancor maggiore determinazione, operare per consentire che un numero elevato di tossicodipendenti possa usufruire dell'esecuzione esterna di pena, attraverso l'affidamento a comunità che realizzino programmi terapeutici. Questa era anche una della conclusioni a cui giungeva adesso il Ministro VERONESI. Si tratta in altri termini, proprio partendo dall'assunto che fare i conti con chi è tossicodipendente significa fare i conti con una persona ammalata, di scegliere decisamente la strada di un regime di esecuzione penale che sia funzionale ad un percorso di terapia. E che sia funzionale ad un'azione di recupero, di reinserimento che consenta, a chi lo vuole, di uscire dal circuito della droga. In altri termini si tratta di scegliere una linea di decarcerazione che senza necessariamente ricorrere alla depenalizzazione possa offrire, quindi anche nel contesto legislativo vigente, più efficaci opportunità di fuoriuscita dal circuito della droga, ad un numero più ampio di tossicodipendenti che oggi sono detenuti. Come si può perseguire questa strategia, partendo dall'esperienza che fin qui si è realizzata e che riguarda per ora, come ho detto, tremila e sei-

cento persone? Una prima misura è sicuramente quella di allargare l'accesso alle misure alternative di carattere terapeutico oltre il limite attuale dei quattro anni di pena. L'allargamento, la possibilità di fruire del ricorso alle misure alternative anche al di là dei quattro anni, determinerebbe già di per sé un consistente allargamento del numero di persone che potrebbero beneficiare di questo percorso. Naturalmente si tratterebbe di escludere i reati più gravi. È chiaro che il grande spacciatore che fa parte di un'organizzazione criminale dedita alla diffusione della droga, non dovrebbe in ogni caso fruirne. Poiché l'accesso alle misure alternative è sottoposto a valutazione del magistrato di sorveglianza, non sarebbe difficile far realizzare questa esclusione. Una seconda scelta è quella di impegnare le comunità di affidamento, in qualità di vero e proprio "tutor", a seguire con continuità l'affidato in tutto il percorso terapeutico, garantendo che avvenga in condizioni di sicurezza, perché questo è un punto particolarmente delicato nel rapporto con l'opinione pubblica. Nel momento in cui si sceglie una larga strada di decarcerazione con affidamento in comunità, è chiaro che dobbiamo avere la garanzia che questo percorso avvenga in condizioni di sicurezza, che non sia percepito dall'opinione pubblica come un rischio per la sicurezza e non lo sia nei fatti, al di là della percezione. E quindi una diretta responsabilizzazione delle comunità di affidamento, proprio come un vero e proprio tutor, dovrebbe rafforzare quella che già oggi è un'esperienza che abbiamo realizzato. Una terza scelta che stiamo definendo insieme al Ministero della Sanità, è quella di ampliare per gli ammalati di AIDS i parametri di deficit immunitario che consentano la decarcerazione per cura. Raddoppiando gli attuali parametri si può consentire ad un numero di ammalati di AIDS, in stadio non terminale ma certo grave, di potersi curare all'esterno, atteso che chiunque abbia un po' di buon senso capisca che il carcere non è il luogo più opportuno per curare una malattia di questa gravità. Una quarta scelta è quella di estendere le incentivazioni economiche per l'affidamento in comunità anche per i condannati che attualmente non sono in stato di detenzione. C'è una parte di condannati che non sono in stato di detenzione che è caratterizzata da tossicodipendenza, ed è già in esecuzione penale esterna, in sospensione di pena. Applicando questa incentivazione economica, si può indirizzare anche questo tipo di popolazione verso una politica di affidamento. Per fare questo si tratta naturalmente di accrescere le risorse finanziare per l'affidamento in comunità, già dal giugno scorso noi abbiamo aumentato il riconoscimento economico che viene assegnato ad ogni comunità per una persona affidata, portandolo da quaranta a sessantamila lire. Pertanto, credo che sia opportuno verificare la possibilità di un ulteriore incremento. Con le risorse che sono state collocate nella legge finanziaria per le attività di carattere sanitario, sociale e terapeutico, e che sono state incrementate, abbiamo la possibilità di operare un ampliamento delle risorse dedicate a questa attività, quindi possiamo essere nelle condizioni di perseguire programmi di decarcerazione e di affidamento più ampi da un punto di vista quantitativo. Per altro, coerente con questa scelta è un'altra scelta che si può realizzare rapidamente, quale è l'unificazione degli albi del Ministero della Sanità e del Ministero della Giustizia, relativi alle comunità che sono titolate a realizzare programmi terapeutici con detenuti in affidamento. Questa linea di decarcerazione con affidamento richiede, in termini complementari, anche altre due scelte: la prima è rivedere il sistema delle sanzioni amministrative relative alla detenzione per uso personale, tenuto conto dell'esito del referendum del '93, tenuto conto della recente sentenza della Cassazione al riguardo, e si tratterebbe quindi di effettuare una revisione delle sanzioni di tipo amministrativo, che le renda più coerenti con le finalità di recupero; e l'altra scelta, complementare ad una linea di decarcerazione con affidamento, è rafforzare nel sistema penitenziario, per quella popolazione detenuta per la quale non è possibile, in relazione al tipo di reato, percorrere politiche di decarcerazione, i circuiti differenziati per tossicodipendenti con l'estensione di istituti di pena specifici. Attualmente noi abbiamo sette istituti di pena dedicati all'attività di cura dei tossicodipendenti. E' infatti in programma, da parte del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, un allargamento

degli istituti dedicati, istituti a custodia attenuata con forte offerta di terapia, e contemporaneamente l'estensione della presenza dei SERT in tutti gli istituti penitenziari. Oggi, come è stato già indicato, abbiamo una presenza dei SERT nel quaranta per cento degli istituti penitenziari. Abbiamo la necessità di offrire un'assistenza e una cura anche negli altri istituti e quindi il progressivo allargamento dei SERT e delle sezioni differenziate anche negli altri istituti, è una condizione essenziale. Naturalmente questo tipo di impianto, che come vedete punta in modo esplicito, entro il quadro penale vigente, ad una politica che, in coerenza con gli assunti che sono stati posti fin qui dalla relazione del Ministro TURCO, caratterizza l'attività del l'esecuzione penale come attività a forte contenuto di terapia e con forte affidamento, fa i conti con quelle che sono le consolidate conoscenze in materia di droga tradizionale. Le considerazioni che faceva adesso il Ministro VERONESI relativamente alle nuove droghe hanno un rilievo anche dal punto di vista del sistema penale. Perché è evidente che occorre una considerazione differente di questo tipo di droghe dalle droghe tradizionali. Il Ministro VERONESI ha illustrato efficacemente le profonde diversità di tipologia, di modalità, di percezione e di uso di queste droghe, che richiedono evidentemente una considerazione penale diversa rispetto a quella prevista dall'attuale legislazione. Così come si viene ponendo sempre più urgentemente, anche sotto il profilo penale, il problema delle droghe sintetiche. Altro tema particolarmente delicato, altro tema sul quale diciamo la legislazione, il quadro normativo è in ritardo. Il Ministro TURCO ha efficacemente ricordato che appunto siamo in presenza di droghe sintetiche ottenute attraverso sostanze chimiche di base che non erano note e conosciute, neanche esistevano al momento della definizione del quadro legislativo di riferimento all'interno del quale noi operiamo, e, il fatto che la determinazione di un quadro legislativo adeguato prenda tempo, rischia di metterci in una condizione di disarmo rispetto a questo tipo di droghe. Di qui la proposta che ha già indicato nella sua relazione il Ministro TURCO, che anche in assenza dell'inserimento delle nuove sostanze nelle tabelle, sia consentito all'autorità giudiziaria di perseguire le condotte di spaccio relativo alle droghe sintetiche. Naturalmente questa linea deve sposarsi con una linea di grande severità e inflessibilità nei confronti dello spaccio, soprattutto del grande spaccio, del traffico, della criminalità organizzata che ruota attorno al fenomeno della droga e del narcotraffico, con un potenziamento dell'attività di relazione e di cooperazione internazionale in questo campo. Noi stiamo lavorando, da mesi, a rafforzare la rete degli accordi di cooperazione internazionale giudiziaria, avendo come uno dei temi principali degli accordi bilaterali e multilaterali di cooperazione che si vanno sottoscrivendo, la lotta al narcotraffico, la lotta al traffico internazionale di stupefacenti, sia tradizionali, sia di nuove droghe. Così come, è già stato ricordato, il mettere in campo una strategia di decarcerazione e di affidamento in comunità richiede un rapporto con i due soggetti fondamentali che operano sul territorio. Da un lato il sistema dei poteri locali, non a caso oggi pomeriggio sarà dedicata un'intera sessione a questo tema con un coinvolgimento pieno del sistema dei poteri regionali. È evidente che una politica di decarcerazione, di affidamento in comunità, che quindi privilegia percorsi terapeutici di socializzazione e di ricostruzione di relazioni, richieda la predisposizione di strumenti e un rapporto col territorio che trova nel sistema delle regioni e dei poteri locali un naturale ed essenziale interlocutore. D'altra canto già oggi buona parte delle politiche di affidamento in pratica si realizzano con un coinvolgimento pieno del sistema regionale, stante le sue competenze in materia sanitaria, ma anche al di là delle competenze in materia sanitaria. L'altro soggetto è evidentemente il soggetto associativo, le comunità, il ricco tessuto di associazioni, di associazionismo e di volontariato che è il naturale gestore di processi e di percorsi di affidamento e che quindi va messo nelle condizioni di operare sia per le risorse finanziarie che sono messe a disposizione, sia per la strumentazione legislativa, sia per l'azione di sostegno che con una strategia nazionale va messa in campo, perché ogni soggetto associativo e di comunità sia in grado di realizzare i propri percorsi nel modo più efficace possibile.

Ecco, questi mi pare possono essere i punti essenziali di una linea che affronta il problema del rapporto cruciale tra tossicodipendenza e carcere. Non è una strategia che inauguriamo oggi, è una strategia che è già vigente, che coinvolge già, come ho detto, tremila e seicento detenuti, ma che può essere significativamente estesa in termini quantitativi e qualitativi. Gli strumenti che ho indicato possono consentire immediatamente, perché non sono strumenti normativi, sono strumenti tutti di natura operativa e regolamentare, di mettere in campo quelle scelte e quelle politiche che consentano sempre di più di puntare su decarcerazione, sempre di più di puntare su affidamento, proprio in funzione della necessità di offrire a chi sta nel circuito della droga una possibilità di uscirne, una possibilità di recupero e di reinserimento. Grazie.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie al Ministro FASSINO, io chiederei al Presidente GHIGO di prendere la parola, e mentre il Presidente GHIGO si avvicina al palco io do lettura di un telegramma che è appena arrivato alla presidenza e che leggo. La terza edizione della conferenza sulla tossicodipendenza offre un'occasione importante di riflessione sull'efficacia delle iniziative fin ora avviate in questi anni sia sul piano internazionale che su quello nazionale. Si è intensificato l'impegno dello stato e delle istituzioni, ma anche della società civile per contrastare questo drammatico fenomeno. La minaccia della droga non conosce frontiere ed assume forme diverse sempre più insidiose, impone sforzi ed iniziative incisive di coordinamento anche internazionale delle attività di repressione dei traffici. È necessario costruire una vera e propria rete di solidarietà che assicuri e sostenga il coinvolgimento e la mobilitazione costante delle istituzioni, della scuola, delle famiglie, delle associazioni del volontariato. Giunga ad ognuno dei partecipanti il mio saluto insieme all'auspicio che dall'impegno coraggioso e costruttivo di quanti sono coinvolti in questa sfida possano scaturire azioni efficaci. Firmato Carlo Azeglio CIAMPI. Ha la parola il Presidente GHIGO, prego.»

On. Enzo GHIGO:- «Desidero innanzitutto ringraziare la Presidenza del Consiglio, e in particolare il Ministro per la Solidarietà sociale, per l'invito rivoltomi, in qualità di Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome, a partecipare a questa importante occasione di confronto triennale fra i diversi livelli istituzionali e i soggetti privati chiamati a intervenire ed impegnarsi con azioni concrete nella prevenzione e nella cura delle tossicodipendenze. Il crescente ruolo attribuito da recenti e importanti riforme, anche di settore, alle Regioni, ne fanno il livello istituzionale fondamentale per l'elaborazione di un piano nazionale di lotta alla tossicodipendenza. La Regione può diventare, ed in alcuni casi lo è, il principale interlocutore con le diverse organizzazioni che contribuiscono nel pubblico, nel privato, nel terzo settore, a garantire nel nostro paese l'assistenza socio - sanitaria ai tossicodipendenti. Proprio al fine di rendere il sistema più efficace e in grado di rispondere più rapidamente alle nuove esigenze organizzative su questo tema, è necessario agevolare il processo di trasferimento delle competenze in materia di tossicodipendenze dallo Stato alle Regioni e agli enti locali. Garantendo tutte le condizioni necessarie a un'azione efficace della Regione, si può infatti coniugare la programmazione concertata a livello nazionale a quella decentrata sul territorio, rispettando caratteristiche e bisogni peculiari attraverso uno stretto raccordo con le autonomie locali. La programmazione concertata fra i diversi livelli di governo locale e fra questi e i soggetti del privato sociale, appare pertanto il fulcro per le azioni concrete e più incisive di lotta alla droga nelle regioni, un fatto che dovremmo tenere presente quando parliamo in generale di sussidiarietà. Sulle competenze, occorre che si agisca con estrema chiarezza, nell'interesse di tutti. Spetta certamente all'amministrazione centrale la definizione di obiettivi fondamentali definiti nel piano sanitario nazionale, il controllo del loro perseguimento, per garantire a tutti i cittadini italiani livelli essenziali di assistenza. Ma la traduzione di tali obiettivi nel territorio spetta alle Regioni. Deve essere chiaro che va ricondotta nell'ambito della programmazione regionale, di intesa

con gli enti locali, l'allocazione delle risorse e, sempre al livello regionale, spetta l'individuazione degli strumenti più efficaci, l'individuazione dei soggetti privati e del non profit, per tutte le attività di sostegno e integrazione e dei programmi di intervento rispondenti ai bisogni del territorio. L'attività programmatoria dell'amministrazione regionale per la lotta alla tossicodipendenza è legata al Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga. Il dispiegarsi delle attività in questo delicatissimo settore si realizza attraverso una serie di accordi e di intese tra governo centrale e Regioni. Recentemente proprio un accordo Stato - Regioni del 21 gennaio del 1999 ha definito la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti stabilendo le attività che devono essere garantite dalle ASL e le prestazioni che devono fornire nel settore le unità operative specializzate. Ed è stata sempre un intesa fra governo e Regioni del 5 agosto del 1999 a fissare i requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza ai tossicodipendenti. Infine con atto di indirizzo e coordinamento approvato della regioni, il D.P.C.M. del 10 settembre 1999, sono stati definiti i criteri generali per la valutazione e il finanziamento, da parte della Regione, di progetti triennali, finalizzati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze presentate da enti locali e da organizzazioni del privato sociale. Il decreto legislativo 230 del 1999 ha infine disciplinato il passaggio di competenze dell'assistenza sanitaria in carcere ai tossicodipendenti al servizio regionale sanitario. Un primo passo importante nel processo di trasferimento delle competenze dallo Stato alle Regioni, è stato senz'altro compiuto dalla legge sulla tossicodipendenza, la 45 del 1999, che ha trasferito alle regioni il 75% del Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga. Si tratta di risorse indispensabili per finanziare progetti di durata triennale per la prevenzione, il recupero, il reinserimento lavorativo e sociale di soggetti con problemi di tossicodipendenza. E si tratta di progetti presentati dalle Province, dai Comuni, dalla ASL, dalle organizzazioni di volontariato e dalle cooperative sociali. È però la Regione che deve dettare i criteri generali per la valutazione e per il finanziamento di tali progetti. Si tratta di un complesso di risorse per l'insieme delle Regioni che nel 1997, '98 e '99, è stato di circa cinquecento miliardi. Talvolta si legge dei ritardi delle Regioni: raramente ci si interroga sulle cause di questi, che spesso risiedono proprio in una mancata concertazione fra il livello centrale e quello periferico. Ebbene in questo campo, centrale a mio avviso nella necessaria riforma del Welfare, che dovrà impegnare la prossima legislatura, c'è un dato che smentisce determinati luoghi comuni. Da una prima rilevazione condotta dal coordinamento interregionale nel corso del 1999, risulta che in soli tre mesi, da quando è stato emanato il D.P.C.M., rispetto ai 476 miliardi di lire trasferiti, sono state già impegnate risorse finanziarie per 131 miliardi, pari al 27% del totale, e sono già stati finanziati progetti per 126 miliardi di lire. Nelle regioni che hanno completato il procedimento di finanziamento, sono stati presentati circa mille progetti, prevalentemente dalle ASL, seguono quelli delle organizzazioni del privato sociale e quelli degli enti locali. Nell'ottica di rendere più incisiva la lotta alla droga, le Regioni ritengono che la gestione del fondo di intervento dovrebbe essere definitivamente e totalmente decentrata a livello regionale. I progetti di valenza nazionale con fondi gestiti a livello centrale dovrebbero comunque essere preconcordati e coordinati con le Regioni e le Province autonome. Ecco perché è indispensabile la presenza istituzionale di rappresentanti delle Regioni all'interno dell'Osservatorio epidemiologico nazionale e delle Commissioni.

Gli autorevoli interventi che mi hanno preceduto hanno già messo efficacemente in luce l'evoluzione del fenomeno dell'assunzione di droghe soprattutto fra i giovani. Mi limiterò pertanto solo ad alcune brevi considerazioni anche sulla scorta di alcuni studi effettuati, nel merito, dalle Regioni. Resta ancora sostanzialmente stabile il consumo delle droghe tradizionali come l'eroina. Rispetto a tale fenomeno il nostro paese possiede una rete capillare di servizi pubblici e privati estesa in tutte le regioni. È una rete che fornisce un'offerta concreta di prevenzione, di trattamento, che va dalla terapia sanitaria al reinserimento. Basti ricordare che, su un totale di circa duecentomila tossicodipendenti

da eroina, ben 140 mila, pari al 70%, risultano assistiti nei circa cinquecento SERT. Un elemento di critica è però costituito dalla debolezza delle basi scientifiche dei trattamenti, perciò alcune Regioni hanno intrapreso iniziative di studi e di ricerche. Penso, ad esempio, al progetto varato dalla Regione Piemonte, che istituisce un gruppo di lavoro di esperti, in collaborazione con l'osservatorio epidemiologico e con l'Università di Torino, per l'elaborazione di linee guida sui trattamenti. Oggi, a differenza dell'eroina, le nuove droghe sintetiche esercitano una forte attrazione fra i giovani, e il crescente consumo richiede senza dubbio un mutamento di approccio nelle iniziative di contrasto. Anche in questo settore, le Regioni hanno avviato progetti specifici per acquisire nuovi dati e conoscenze. Permettetemi di citare, anche in questo caso, solo perché le conosco meglio, il progetto della Regione Piemonte "Nuove droghe", dove è previsto un miliardo e mezzo di lire in due anni, per progetti che prevedono sia la formazione degli operatori pubblici e privati, professionisti volontari, sia l'accompagnamento verso i servizi dei consumatori agganciati col lavoro di strada. Voglio però sottolineare che accanto a queste azioni positive nel settore verso chi ha bisogno di cure, si registra una crescente domanda di sicurezza sociale, legata sia alla criminalità collegata allo spaccio e all'uso dell'eroina, sia alla crescente preoccupazione per la diffusione di sostanze poco conosciute e per i rischi sanitari ad esse collegate. Pertanto, anche in questo campo occorre sempre più che le istituzioni si facciano carico di raggiungere il difficile equilibrio tra il sostegno alla persona tossicodipendente e le strategie di prevenzione e di contrasto alla diffusione del fenomeno. Venendo quindi al merito delle azioni concrete, le Regioni e le Province autonome devono orientare tale attività al raggiungimento di diversi obiettivi. Bisogna aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori per l'attuazione di promozione della salute. Va assicurata al cittadino un'informazione sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso delle droghe. Bisogna poi migliorare l'accesso dei cittadini con problemi di droga al sistema socio - sanitario. È oggi indispensabile garantire alle persone che utilizzano sostanze psicoattive certezza di diagnosi e terapia, compresi gli interventi di riduzione di danno. È ora poi di conseguire l'obiettivo di una modernizzazione della pubblica amministrazione, permettendo anche valutazioni qualitative e quantitative costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute, promuovendo la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione, cura e riabilitazione. La diffusione di droghe come l'ecstasy deve poi esserci di monito: lo Stato non può farsi trovare impreparato. Occorre assicurare congrui e permanenti finanziamenti alle iniziative e ai sistemi specifici per la lotta alle nuove droghe e alle loro conseguenze. Tutti gli studi concordano sulla necessità di attuare un'efficace politica di prevenzione per evitare il propagarsi di pericolosi fenomeni di dipendenza dall'uso di sostanze stupefacenti. Occorre allora lavorare molto attorno alle politiche di comunicazione e spesso l'informazione di Stato si rivela ininfluente, talvolta controproducente rispetto a un coinvolgimento attivo delle giovani generazioni, le più coinvolte dalla diffusione della droga. Bisogna individuare, rendere consapevoli del loro possibile problema, e tutelare precocemente le persone più vulnerabili. Partendo in primo luogo da un intervento centrato sulla famiglia, già nel periodo delle scuole elementari. Un bambino informato sarà probabilmente un adolescente con maggior capacità di autotutela. È per questo che occorre fornire supporti facilmente accessibili in ambito consultivo per le famiglie e i giovani, che sappiano essere di sostegno nella gestione di situazioni problematiche. Coinvolgere direttamente le organizzazioni e i gruppi giovanili nelle specifiche attività di prevenzione. Alcuni studi, ricerche ed esperienze in questo settore, testimoniano inoltre l'inconsistenza e talvolta l'inutilità di progetti di intervento preventivo, qualora essi vengano attuati in una logica settoriale. Ad esempio investono il solo mondo della scuola, sono parcellizzati, riguardano solo determinati comportamenti e non più in generale il benessere della persona; oppure sono episodici, quando vengono svolti una volta l'anno mediante una lezione o una conferenza. Si tratta di interventi, perdonatemi il linguaggio particolare, ma non posso dimenticare di essere legato alla terminologia propria del marketing,

che non devono necessariamente immaginare un target, ma devono invece collocarsi nell'ambito di interventi più globali e relativi alla tutela e promozione della salute nel suo complesso. Dobbiamo avere il coraggio di chiederci: otterremo di più da uno spot televisivo o da una collaborazione con il circuito dei titolari di birrerie o discoteche? Dobbiamo coinvolgere, fin dal momento della pianificazione degli interventi, gli stessi giovani, non solo come destinatari passivi di un'azione, bensì come protagonisti attivi. In quell'ottica, la prevenzione primaria deve perseguire delle strategie di intervento non sui giovani, ma con i giovani. Faccio mia la proposta avanzata poco fa dal Ministro di abbassare a sedici anni la soglia del diritto di voto per le elezioni dei governi locali. La porterò in sede di Conferenza dei Presidenti delle Regioni, perché ritengo che debbano essere proprie le Regioni a formulare, dopo un'attenta analisi, una proposta concreta e soprattutto realizzabile, una proposta che possa coinvolgere il primo patrimonio del Paese e della politica: i giovani. L'enorme dispersione di risorse umane e finanziarie a cui si è assistito in questi anni nel campo della prevenzione primaria, sollecita la necessità di inserire puntuali sistemi di valutazione dell'impatto e dei risultati ottenuti dagli interventi e di utilizzare tali risultanze come criterio di finanziabilità delle attività. Sarà indispensabile impiegare indicatori quantitativi oltre a quelli qualitativi, in grado di monitorare la variazione della presenza dei fattori determinanti i comportamenti di abuso e dell'incidenza dei nuovi casi di tossicodipendenza. La sfida e il salto qualitativo dei programmi di prevenzione primaria nei prossimi anni sarà quello di introdurre questi sistemi di valutazione costante dei propri risultati. Voglio essere chiaro fino in fondo: a mio avviso programmi che non prevedano una valutazione quantitativa scientificamente orientata dei risultati non debbono essere più finanziati. È necessario costruire un'organizzazione che sia basata su un concetto più moderno di sistema delle dipendenze, uscendo quindi dalla logica dei compartimenti stagni. Spesso si opera in totale autonomia, se non addirittura in contrasto con altre iniziative di settore. È giusto partire dalla considerazione che nessuno ha la ricetta magica per la guarigione miracolosa o la risoluzione totale del problema, ma, con grande modestia e onestà intellettuale, tutti debbano concorrere a portare il proprio contributo e contemporaneamente valutare e rendere espliciti i propri risultati. Sono convinto che non esista "la" terapia migliore, ma la migliore terapia per quella persona, in quel momento del suo percorso di tossicodipendenza e di maturazione motivazionale. Quello che oggi potrebbe sembrare totalmente inadeguato, domani potrebbe essere la cosa più opportuna. Con il riconoscimento da parte di tutti gli operatori coinvolti che, solo all'interno di un concreto e reale coordinamento delle forze, si potrà arrivare a fornire soluzioni più valide al problema. È il presupposto per un'organizzazione valida, basata sul principio della pari dignità delle forze in campo, ma anche sui differenti ruoli, funzioni e capacità operative. L'esperienza ha ormai confermato in molti ambiti che l'approccio dipartimentale che allinea le varie unità operative con intenti e modalità d'azione comuni è quello che ha dato i migliori risultati, sia in termini di efficacia che di efficienza. Come tutte le soluzioni organizzative ha però bisogno di essere adattata alle singole realtà operative territoriali. Va tuttavia ribadita l'importanza che le Regioni riconoscono alla necessità di far proprio un patrimonio organizzativo che, a dire il vero, è oggi ricco di diverse, forse troppe, specificità territoriali, al fine di creare un unico sistema coordinato all'interno delle singole aziende sanitarie, un sistema che garantisca validi criteri di accreditamento e una costante valutazione dei risultati e del corretto utilizzo delle risorse. Per poter migliorare il sistema delle dipendenze quindi vi è la necessità di introdurre tecniche in grado di far aumentare la qualità dei SERT e delle comunità. Al fine di promuovere un continuo miglioramento dei servizi pubblici e privati nel campo delle dipendenze. Le Regioni intendono orientarsi alla costruzione di un sistema organico che introduca le tecniche di miglioramento continuo della qualità, fortemente orientato alla valutazione costante dei risultati, sia dei SERT, sia delle comunità. Questo sistema dovrebbe essere centrato sul concetto di qualità valutata, mediante l'utilizzo di sistemi di verifica e controllo e di metodologie scientifiche che per-

metta di valutare, oltre alle prestazioni erogate, gli output, anche i risultati finali ottenuti, gli outcome, inserendo nei programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori specifici e permanenti percorsi per la posizione di queste tecniche. Per quanto riguarda l'attivazione di sistemi di accreditamento, va ribadito che essi sono utili strumenti per migliorare e garantire nel tempo la qualità delle prestazioni. Risulta chiaro però che tali sistemi dovranno riguardare sia le organizzazioni del privato sociale, sia quelle del pubblico, che necessariamente non potranno sottrarsi al rispetto dei requisiti minimi e standard di funzionamento atti a garantire interventi di qualità. La rete di interventi di prevenzione, trattamento, riabilitazione sia da parte del sistema socio - sanitario pubblico, sia del privato sociale e del volontariato appare, come dicevo, globalmente abbastanza bene organizzata, anche se in varie realtà regionali necessita sicuramente di interventi di razionalizzazione. Vi è comunque un bisogno di innovazione e di semplificazione per creare ulteriori sinergie, soprattutto alla luce delle nuove tendenze d'uso di particolari droghe. Per migliorare la qualità dei servizi e per creare una nuova cultura di intervento dovranno essere concertate attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una filosofia di intervento preventivo, curativo e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientata, con particolare riguardo alla prevenzione primaria dell'uso delle droghe e alla prevenzione secondaria delle patologie e situazioni devianti ad esse correlate: overdose, malattie diffusive, prostituzione e criminalità. Quest'ultima forma di prevenzione dovrà essere vincolata all'offerta e allo sviluppo contemporaneo di percorsi e programmi di recupero globale e totale della persona, avendo come irrinunciabile obiettivo finale il reinserimento e l'integrazione in un contesto di accresciuta sicurezza sociale. Una finalità importante è quella di favorire l'interscambio e la collaborazione tra le varie realtà e organizzazioni, al fine di incrementare l'integrazione dei servizi e delle organizzazioni operanti nel settore, siano esse pubbliche, del privato sociale accreditato e del volontariato. E di promuovere lo sviluppo qualitativo dell'intero sistema reticolare dei servizi. A questo proposito non si può più considerare solo la realtà dei SERT come unico centro operativo assistenziale, ma bisogna operare promuovendo la logica del sistema integrato preventivo, terapeutico, riabilitativo delle dipendenze. Un sistema cioè formato da varie componenti con pari dignità, con compiti, modalità responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate e integrate per creare una linea di continuità assistenziale. Una linea che passa attraverso il primo e precoce contatto in strada, l'offerta di programmi con minor numero di utenti per la prevenzione delle patologie particolari correlate alla tossicodipendenza attiva, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali o in programmi residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute, una volta abbandonato l'uso di droga ed acquisito un sufficiente grado di autonomia personale. Questo sistema trova la sua naturale e legittima espressione organizzativa nella realizzazione di specifici dipartimenti delle dipendenze in ogni azienda sanitaria, che incrementino le possibilità di coordinamento tra le parti, pubblico e privato sociale accreditato. Il tutto nella logica di fornire a ogni utente, in maniera coordinata e responsabile, un progetto individualizzato integrato, senza mai abbandonare alcuna persona tossicodipendente sulla strada, con il rischio che intraprenda attività criminali o di prostituzione. Se l'obiettivo è quello di migliorare la salute psicofisica della persona dipendente da sostanza, è importante che i servizi siano in grado di individualizzare il progetto terapeutico e di fornire risposte anche a chi, per motivi diversi, ha difficoltà ad accedere ai servizi o restare all'interno di programmi terapeutici centrati sull'astensione da sostanze psicoattive. Per queste persone, o in alcuni momenti del percorso terapeutico, è necessario che siano disponibili interventi di riduzione del danno mirati a tutelare la salute, a prevenire il rischio di mortalità per overdose e la trasmissione di malattie, e ridurre l'emarginazione sociale, a mantenere la persona in contatto col sistema curante. Particolarmente interessanti appaiono a questo fine gli interventi effettuati attraverso l'unità di strada. Nel prossimo futuro si auspica quindi che la legge sulle tossicodipendenze trovi finalmente applicazione soprat-

tutto per quanto riguarda la definizione delle posizione del personale ancora precario nei servizi pubblici. Risulta chiaro che è interesse di tutti, e delle Regioni in particolare, sanare queste situazioni che mettono in forte difficoltà tutto il sistema. È necessario che il governo, a questo specifico proposito, provveda a identificare opportune risorse finanziare da rendere disponibili per le Regioni e le Province autonome. È poi fondamentale uniformare i requisiti minimi di funzionamento per i SERT, con disposizioni che permettano però uniformità su tutto il territorio nazionale, ma è altrettanto importante che siano puntualmente adottate a livello aziendale politiche dipartimentali che coinvolgano direttamente, oltre alle strutture pubbliche, anche il privato sociale accreditato e il volontariato.

C'è poi un altro particolare delicatissimo problema: le Regioni avvertono infatti l'urgenza di riorganizzare le attività di assistenza dei tossicodipendenti in carcere, che, per situazioni spesso di sovraffollamento, si è dimostrato essere un ambiente non idoneo né alla cura, né al processo riabilitativo delle persone tossicodipendenti. Si auspica che, con il recente trasferimento delle competenze di medicina penitenziaria, di assistenza ai tossicodipendenti, al servizio sanitario regionale, si possano trovare in tempi brevi soluzioni più efficienti al problema. Voglio ricordare che il carcere delle Calette di Torino ha al suo interno una comunità terapeutica che si chiama Arcobaleno, finanziata dalla Regione Piemonte. In tale direzione si dovrà prestare maggiore attenzione proprio alla diagnosi e alla terapia in ambito carcerario, alle gravi patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti, assicurando tempestività nelle terapie e un adeguato coordinamento con i SERT e con i Comuni, per fornire un'attività che permetta anche la riabilitazione della persona. Uno dei momenti più delicati del percorso terapeutico del tossicodipendente rimane comunque quello del reinserimento nel sistema sociale e nel mondo del lavoro. Oltre al programma di cura deve essere prestata particolare attenzione alla fase del reinserimento nel mercato del lavoro, che deve essere considerato l'obiettivo finale del programma medesimo. Diversi fattori, che vanno dal coordinamento della pluralità dei soggetti coinvolti, Asl, Comuni, comunità terapeutiche, cooperative, all'incertezza di risorse finanziarie disponibili per tali interventi, alle dinamiche interne al mercato del lavoro e alle diverse potenzialità di inserimento, si pongono spesso come ostacolo insormontabile all'attuazione dei programmi di recupero. Per favorire e attuare concretamente il reinserimento lavorativo, le Regioni hanno adottato il modello di gestione del Fondo regionalizzato di intervento per la lotta alla droga (articolo 127 del DPR 309 del 19.10.90), finanziando progetti, sia pubblici che privati, finalizzati al reinserimento socio - lavorativo, individuato come area prioritaria di intervento.

Tornando al concetto iniziale del ruolo principale delle regioni, sia nell'attuazione dei piani di intervento, sia nella formulazione del Piano strategico nazionale fortemente concertato, vorrei dire che la Regione può diventare, e mi rivolgo ai rappresentanti del governo, lo strumento più idoneo e irrinunciabile a cui demandare tali politiche, soprattutto per il fatto che la programmazione regionale è l'unica che può trasformare in azioni concrete gli intenti di lotta alla droga, attraverso l'allocazione di risorse specifiche e l'attivazione di programmi di intervento realmente efficaci sulla base dei bisogni territoriali. Per tanto un forte impegno della Conferenza dei Presidenti delle Regioni sarà quello di attuare un coordinamento sempre più strutturato ed efficiente delle Regioni per le tossicodipendenze, mediante le definizione di linee guida, indicazioni tecniche, sistemi di valutazione omogenei, concreti e coerenti, creando sistemi organizzativi e gestionali per ottimizzare e finalizzare al meglio le risorse. Come Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni italiane finora ho cercato di rappresentare una panoramica delle aspettative delle Regioni in materia di tossicodipendenza nel rapporto con il governo centrale e una sintesi delle diverse esperienze, che verranno spiegate nel dettaglio dalle relazioni delle singole Regioni che troveranno spazio nei successivi lavori di questa conferenza. È chiaro tuttavia che si tratta di un tema non meramente istituzionale o amministrativo, né solo di programmazione e di intervento regionale. Il tema della tossicodi-

pendenze è certamente una grande questione con risvolti culturali, socio - sanitari, di sicurezza, di coinvolgimento, talvolta drammatico, di individui, famiglie, comunità. E questi aspetti che sono sotto gli occhi di noi tutti, sono altresì motivo di approcci politici profondamente diversi e non è un caso che le Regioni siano arrivate a questa conferenza senza un documento unitario. Vorrei fare infine una riflessione personale, nella convinzione che questa conferenza nazionale, su un tema così delicato, sarà tanto più utile e importante quanto più saprà affrontare e dare spazio alla problematica di un fenomeno, quello appunto della tossicodipendenza, con cui non dobbiamo abituarci a convivere, e che non può avere soluzioni univoche, ma deve aprirsi al confronto delle idee e delle proposte, sapendo che parliamo delle difficoltà di uomini e donne alla cui speranza di recupero totale non dovremmo mai rinunciare.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie. Chiedo al senatore DI ORIO, componente della Commissione Sanità del Senato di prendere la parola, prego senatore.»

Sen. Ferdinando DI ORIO:- «Grazie. Care amiche e cari amici, prendo la parola in rappresentanza della Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica che qui è rappresentata, oltre che da chi vi parla, dal Sen. MONTELEONE, vicepresidente della commissione, e dalla Sen. Daniela GALDI, da sempre impegnata in questo settore. Colgo l'occasione anche per scusare il Presidente CARELLA ed altri membri della Commissione Sanità del Senato nella loro interezza perché non presenti in questa importante conferenza nazionale in quanto impegnati in lavori parlamentari. La commissione ha svolto nel corso degli ultimi due anni un'approfondita indagine conoscitiva in tema di politiche di contrasto delle tossicodipendenze, indagine che si è conclusa nello scorso settembre con l'approvazione all'unanimità di una relazione finale il cui testo dovrebbe essere distribuito. È questo il motivo per cui, a differenza dei rappresentanti della Camera dei Deputati, il Senato ha scelto di avere una sola voce a rappresentare le proprie posizioni. È certo significativo, considerata la estrema complessità e la delicatezza della materia che tradizionalmente vede aprirsi profonde e accese divergenze di opinioni tra diverse forze politiche e sociali, che in questo caso l'indagine del Senato si sia conclusa con un giudizio concorde da parte di tutti i gruppi parlamentari. C'è da augurarsi che questo positivo risultato sia la premessa per un impegno altrettanto unitario sui concreti interventi da adottare che, proprio come l'indagine appena conclusa ha reso bene evidenti, non sono certamente pochi. Ma è comunque importante che la base di conoscenza da cui tutti dovranno partire sia ora concordemente condivisa, base di conoscenza che è sostanzialmente contenuta nelle considerazioni conclusive della relazione approvata. L'indagine conoscitiva ha inizialmente approfondito alcune realtà europee di particolare interesse: Amsterdam per l'Olanda, Francoforte sul Meno per la Germania, Zurigo per la Svizzera, Madrid per la Spagna e Lisbona, dove ha sede l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze per il Portogallo; in una seconda fase, al fine di verificare la situazione italiana nelle diverse aree del paese, la Commissione ha effettuato sopralluoghi presso i SERT di Genova, Rimini e Reggio Calabria, e ha visitato alcune comunità terapeutiche private presenti in queste province. Si è trattato di un vero e proprio viaggio nell'universo delle tossicodipendenze, un universo variegato e spesso drammatico, ma ancora più spesso animato dall'incredibile entusiasmo e dedizione di coloro che vi profondono il proprio impegno e vi dedicano tanta parte della loro vita. I sopralluoghi effettuati in Italia hanno messo in evidenza situazioni fra loro non omogenee, soprattutto per quel che attiene al funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle ASL visitate. Mentre infatti il SERT di Rimini può nel complesso considerarsi adeguato, quello di Genova e soprattutto quello di Reggio Calabria hanno denunciato evidenti difficoltà in termini di insufficienza e precarietà del personale e di inadeguatezza logistica delle sedi. È evidente che si tratta di un campione limitato ma tale poteva essere consentito dalla nostra indagine conoscitiva. Quanto al primo aspetto, anche nel set-

tore delle tossicodipendenze, si scontano delle carenze che affliggono più in generale il sistema sanitario: ciò vale per la gravissima, perdurante insufficienza di personale infermieristico. È tuttavia emerso anche per l'intervento di stabilizzazione perseguito dalla legge n.45 del '99, che ha avuto in sede applicativa un inadeguato riscontro, anche perché sembra essere stata disattesa la raccomandazione rivolta al Governo dalla Commissione Sanità del Senato a far sì che il concorso del personale dei SERT previsto dall'articolo 2, comma 3 della citata legge, venisse bandito a livello regionale in tempi rapidi. Un elemento invece positivo è rappresentato dal buon livello di collaborazione riscontrato tra servizio pubblico e comunità terapeutiche private. In effetti le comunità terapeutiche costituiscono una specificità del nostro paese e possono essere considerate una ricchezza quasi del tutto sconosciuta negli altri paesi europei. Si tratta di una realtà la cui importanza non può essere in alcun modo sminuita e che deve anzi essere valorizzata a pieno attraverso un efficace coordinamento e integrazione con il servizio pubblico. Di fronte alla molteplicità e complessità delle problematiche evocate dall' "universo droga" (un universo costituito da vicende sociali, umane e personali ognuna per un suo verso unica) non può che essere riconosciuta ancora da tutti l'esigenza di disporre di una flessibile, articolata rete di interventi - da quelli di prima accoglienza e riduzione del danno, ai programmi di reinserimento sociale e lavorativo - il più possibile diversificati e in grado di fornire la risposta giusta a richieste fra loro anche assai diverse. In questa prospettiva, proprio perché non esiste un unico problema droga, non esiste nemmeno un'unica soluzione. Non esiste cioè un'unica strada, un unico percorso attraverso cui uscire dal problema. Al contrario, poiché tante sono le situazioni socio-economiche e le vicende personali che possono condurre ad entrare nel tunnel, altrettanto numerose debbono essere le uscite di sicurezza che è nostro compito affrontare. Senza fondamentalismi dunque, ma non per questo con minore convinzione sull'utilità degli interventi che si mettono in campo e sul valore del contributo di ciascun operatore, pubblico o privato che sia. Senza dubbio le regioni, lo stato, per quanto di rispettiva competenza, dovranno farsi carico dei problemi segnalati alla commissione dalle comunità terapeutiche, principalmente per ciò che concerne l'insufficienza delle rette corrisposte dalle ASL e il finanziamento dei lavori di ristrutturazione delle sedi necessari per soddisfare gli standard per l'accreditamento. Passando ora all'indagine condotta all'estero, nei sopralluoghi compiuti in Olanda, Germania, Svizzera e Spagna, la Commissione Sanità del Senato ha toccato con mano la portata e il concreto significato di quegli interventi. E qui mi riferisco ad esempio al programma di distribuzione controllata di eroina nato a Zurigo e ai cosiddetti coffee shops olandesi, in cui si possono consumare dosi di cannabis e che tante polemiche, e direi anche tanti fraintendimenti, hanno suscitato nel dibattito italiano. So bene quanto siano delicati questi argomenti; il mio intento, come pure quello che ha animato l'intera commissione nel corso dell'indagine, è tuttavia solo quello di presentare gli argomenti in modo corretto secondo il principio in base al quale prima di decidere e di agire è necessario conoscere. Sulla base di una corretta conoscenza potranno poi in modo del tutto legittimo entrare in campo opzioni etiche e politiche, che però debbono restare ben distinte dagli elementi di fatto ai quali ci riferiamo. Quanto ai coffee shops deve essere chiaro in primo luogo che legalizzare il consumo di droghe cosiddette leggere è cosa ben diversa dal liberalizzare. In questi locali infatti è possibile consumare una dose di cinque grammi di cannabis solo nel rigoroso rispetto di ben precise condizioni: assenza nel locale di droghe pesanti, divieto di vendita ai minori di diciotto anni, presenza nel locale di una quantità massima - cinquecento grammi - di droghe cosiddette leggere, divieto di vendita e consumo di alcolici, assenza di pubblicità, divieto di disturbo della quiete pubblica. La violazione di una soltanto di tali condizioni può comportare la revoca dall'autorizzazione e l'apertura di un procedimento a carico del titolare. In altre parole i coffee shops olandesi rappresentano il tentativo di sviluppare un atteggiamento di maggiore tolleranza sociale, sia pure nel rispetto di precise condizioni, mirante a far risaltare in maniera più evidente le barriere che si riferiscono invece al con-

sumo di droghe cosiddette pesanti. In questa prospettiva pragmatica sembra più produttivo concentrare gli sforzi di repressione sulla produzione e lo spaccio delle sostanze stupefacenti più nocive. Le considerazioni che vado svolgendo, lo ribadisco, non devono essere intese nel senso di un sostegno all'idea di trasferire in Italia iniziative che trovano il loro contesto in realtà ben diversa dalla nostra; ritengo però doveroso che di queste condizioni si parli e si parli in modo correttamente informato. In materia di riduzione del danno, sicuramente stimolanti sono apparse le considerazioni fatte da Peter COHEN, professore di psicologia presso l'università di Amsterdam. In particolare a suo giudizio va tenuto presente che non è neutrale, rispetto al danno, la scelta politica di ritenere legale o illegale il consumo di una determinata sostanza. In generale può dirsi che la riduzione del danno è funzione del contesto socio-politico-culturale e che il concetto di danno deve includere anche i danni sociali del consumo, quali quelli derivanti dall'emarginazione di cui possono essere vittime i consumatori di droga. Pertanto, secondo il professor COHEN, una maggiore accettazione sociale dell'uso di droga ha come conseguenza una diminuzione dei connessi fenomeni di criminalità nonché dei relativi rischi sanitari. Passo ora ad un altro argomento scottante: i programmi di distribuzione controllata di eroina. I responsabili dei programmi nella città di Zurigo, che li ha adottati in via sperimentale sin dal '98, sulla base di una esplicita autorizzazione normativa, hanno sottolineato che tale trattamento viene adottato solo con riferimento a quei tossicodipendenti che non risultano altrimenti integrabili. Per tanto per l'ammissibilità al trattamento vigono delle rigorose condizioni: età minima di diciotto anni, stato di dipendenza da almeno due anni, almeno due fallimenti in precedenti trattamenti terapeutici, la presenza di gravi deficit a livello psichico, sanitario o sociale. Inoltre i pazienti devono accettare le regole di condotta previste e devono collaborare con il connesso programma di ricerca. Al di là delle pur legittime riserve etiche che questa scelta può in alcuni suscitare, occorre prendere atto che i risultati ottenuti in Svizzera sono stati positivi tanto da convincere i governi olandese e tedesco a tentare la stessa strada, come è stato ricordato dal Ministro VERONESI. Non va dimenticato che la distribuzione controllata di eroina consente una prima stabilizzazione del paziente, quanto meno in termini di accettazione di regole di vita, di riduzione dei rischi sanitari e di sottrazione al mondo della criminalità e può porsi come primo passo di un successivo percorso di fuoriuscita dalla droga. In realtà di fronte a casi di tossicodipendenze per i quali non vi sono realisticamente possibilità di interrompere l'assunzione di eroina, il quesito fondamentale è: fare qualcosa oppure abbandonarli al loro destino? I programmi di distribuzione controllata di eroina sono ispirati dall'esigenza di fare qualcosa, di farsi comunque carico di un problema, un problema sociale, sanitario e soprattutto umano, che altrimenti - e sarebbe ipocrita non ammetterlo - non troverebbe alcuna soluzione. Una sfida per molti versi nuovi è rappresentata dalle nuove droghe sintetiche. Queste sostanze esercitano una forte attrazione sulle attuali giovani generazioni. Il loro consumo presenta caratteristiche tali da richiedere un mutamento di approccio nell'iniziativa di contrasto, partendo dalla presa d'atto che tali sostanze godono di un'immagine positiva nel mondo giovanile in termine di socializzazione e di facile controllabilità dei rischi di dipendenza. Il fenomeno si presenta perciò tanto più insidioso perché non è associato a scelte e stile di vita necessariamente alternativi o emarginanti rispetto a quelli considerati socialmente accettabili. Occorre pertanto da un lato contrapporre in positivo altri modelli di comportamento e impieghi del tempo libero, dall'altro lato sviluppare capacità critiche individuali sin dalla prima giovinezza. Da questo punto di vista la strategia di informazione e prevenzione messa in atto in Spagna è sembrata quella più adeguata a fronteggiare nuove droghe. In particolare è apparsa condivisibile l'attenzione prestata in quest'ultimo paese sia al sistema educativo, sia ai mass media e ai messaggi più o meno espliciti da essi veicolati. Su questo punto molto c'è da fare in Italia. Da più parti è stato richiesto un più incisivo ruolo di stimolo e coordinamento da parte sia delle regioni sia del governo centrale. Infine l'indagine della commissione ha evidenziato l'esigenza, al momento largamente insoddisfatta, di disporre a

livello nazionale e internazionale di dati attendibili concernenti i risultati conseguiti dai vari programmi realizzati tanto nel campo della prevenzione, quanto in quelli della riabilitazione, del recupero e del reinserimento. Si tratta di un ambito nel quale c'è necessità di impegnarsi anche al fine di disporre in breve tempo di parametri e criteri standardizzati a livello europeo, così che ciascun programma possa essere seguito da uno studio di follow up scientificamente valido. L'utilità riguardo all'acquisizione di simili dati risulta evidente, una volta di più, se si considera la necessità di dover scegliere fra i vari programmi da finanziare. Per tutte queste esigenze di conoscenza e di informazione dei dati disponibili è auspicabile che l'Osservatorio Europeo sulle tossicodipendenze di Lisbona entri nel pieno della sua operatività e divenga uno strumento per l'armonizzazione a livello europeo delle politiche di contrasto alla droga seguite in diversi paesi della comunità. In conclusione, anche alla luce di quanto accertato dall'indagine della commissione, desidero sottolineare come i problemi connessi all'abuso di sostanze stupefacenti chiamano in causa con forza la capacità di fornire risposte adeguate in termini di conoscenza, di solidarietà e di organizzazione. Credo che in questo caso, nel solco di una importante tradizione, per solidarietà si debba intendere l'atteggiamento in base al quale si preferisce fare qualcosa piuttosto che far finta di non vedere un problema per molti versi scomodo. Ritengo pertanto doveroso in questa prospettiva rivolgere a tutti gli addetti ai lavori un appello ad abbandonare atteggiamenti di carattere fondamentalistico o comunque caratterizzati da un eccesso di ideologia, per privilegiare invece un approccio più pragmatico che consenta di adottare quella vasta gamma di strumenti e di interventi coordinati necessari per fronteggiare in modo adeguato una sfida che si rinnova continuamente. Grazie per l'attenzione.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie Senatore. Noi stiamo procedendo verso la conclusione di questa impegnativa mattinata. Adesso, come penultimo intervento chiederei all'Onorevole CARLESI della Commissione Affari Sociali della Camera di prendere la parola.»

On. Nicola CARLESI: "Grazie. Cercherò di essere veramente breve perché ritengo che il livello di attenzione sia ormai abbastanza diminuito.
Intanto voglio sottolineare che parlo a nome della minoranza della Commissione Affari Sociali della Camera e credo di dover dire anche che sono un proibizionista. Questo non significa chiudersi a qualsiasi confronto e non cercare soluzioni ad un problema così forte quale è quello della tossicodipendenza.
Purtroppo le polemiche che hanno preceduto l'apertura di questa Conferenza Nazionale mi hanno convinto che ancora oggi non ci sono i presupposti per affrontare questo problema in termini chiari, scientifici, privi di quell'alone ideologico ed ambiguo che anche prima ho riconosciuto nelle parole del Ministro Veronesi.
Da questa conferenza nazionale gli operatori, le famiglie dei tossicodipendenti, i tossicodipendenti stessi, si aspettano il rilancio di una politica efficace contro la droga dopo anni in cui, ritengo, non si è fatto abbastanza ed in cui le politiche della "riduzione del danno" non hanno certamente soddisfatto. Sono i dati che parlano, anche quelli forniti ci questa mattina dal Ministro Veronesi.
I tossicodipendenti in Italia sono calcolati ancora intorno ai 400.000, non meno di 200.000 sono i giovani che fanno uso delle droghe cosiddette disegnate, dell'ecstasy, dei derivati anfetaminici. Ma ciò che appare veramente allarmante sono i numeri relativi ai sequestri di droga che sottendono l'importanza della diffusione del problema.
Nel 1999 sono state sequestrate quantità di eroina per l'82% in più rispetto all'anno precedente, circa 1.300 chili. Sono stati sequestrati 2.900 chili di cocaina, il 37% in più dell'anno precedente, 68.000 chili di cannabis, il 23% in più.
Sono state sequestrate anche 300.000 dosi di ecstasy che equivalgono al 120% in più rispetto alle quantità sottratte allo spaccio nell'anno precedente.

La verità è che in Italia il consumo degli stupefacenti è ancora alto e, comunque, superiore alla media europea.
Non credo si possa dire di essere soddisfatti di questi dati che invece impongono una seria riflessione sulle politiche di "riduzione del danno" e sulle norme legislative in materia. Ci sono anche i dati relativi al trattamento che destano non minore preoccupazione. Nei servizi pubblici vengono trattati circa 134.500 soggetti e l'83% di questi fa uso di eroina. Ciò significa che coloro che non usano eroina, e sono la stragrande maggioranza, e che assumono ecstasy, cocaina ed anfetamine, non si rivolgono ai Sert.
Su questo bisogna focalizzare la attenzione e cercare di dare risposte.
Sale la percentuale dei soggetti che vengono trattati nei servizi con il metadone, si riduce il numero di coloro che vengono avviati ad interventi riabilitativi di tipo psico-sociale. I soggetti trattati con il metadone, in un arco di tempo che va dal 1994 al 1998, sale dal 36,7% al 48%. Non solo: c'è anche un incremento dei trattamenti a lungo termine con il metadone. Ora, sul metadone credo sia necessario fare una riflessione. Anche su questo si è aperta .... No, consentitemi di dire. Anche su questo si è aperta una polemica sterile ed inutile. A nessuno, e tanto meno al sottoscritto, è passato o passa per la mente di dire che il metadone non è stato o non è uno strumento necessario, utile all'aggancio del tossicodipendente per avviarlo ad un percorso riabilitativo.
Questa mattina ho letto su un giornale che il metadone rischia di essere ancora utilizzato se alle prossime elezioni politiche vincerà un determinato schieramento.
Ma queste sono vere follie!
Nessuno si sogna di mettere in discussione questa sostanza, questo strumento clinico. Il discorso è un altro, le preoccupazioni sono ben altre. E cioè, prima di tutto, se l'uso del metadone è sufficiente a risolvere il problema della cronicizzazione della dipendenza.
Da molti anni, circa venti, si usa questa sostanza e sicuramente si saranno ottenuti anche risultati positivi. Ma, vivaddio, un bilancio chiaro, vero, certo su come il metadone sia utile per uscire dalla droga ancora non ce lo abbiamo. Non è in discussione la sostanza metadone che è ben conosciuta e studiata. Il problema è quello di validare il metodo di utilizzo, di verificare se all'interno dei nostri servizi pubblici viene utilizzato in maniera uniforme o se invece è necessario introdurre criteri di controllo sulla qualità degli interventi. So perfettamente che spesso i nostri servizi sono costretti ad usare il metadone in un determinato modo, solo perché condizionati dalla mancanza di risorse, per carenza di personale, con professionalità inadeguate. In servizi che sono diventati un'area grigia dove c'è di tutto, dal malato di mente alle doppie diagnosi, dagli emarginati alle "nuove povertà". Questi sono i problemi di cui è necessario discutere ed ai quali è necessario dare risposte concrete.
Nel 1997, in una audizione presso la Commissione Affari Sociali della Camera, il Ministro Turco ebbe a dire testualmente:
"Non è possibile, purtroppo, allo stato attuale conoscere con sufficiente attendibilità i dati numerici relativi ai soggetti che escono dal tunnel della droga, in quanto i servizi pubblici non sono ancora in grado di seguire i pazienti dopo la conclusione del programma terapeutico". Non c'è un follow-up, in sostanza. E ancora: "Le norme attuali chiedono al governo una relazione al Parlamento sull'applicazione del testo unico 309 del '90, ma non esistono norme che sollecitano una valutazione della efficacia sui trattamenti metadonici. Credo sia opportuno - diceva il Ministro - valutare di inserire nella legislazione queste norme. Il mio Ministero intende farsi promotore di un progetto teso a valutare l'efficacia dei trattamenti metadonici. Questo è evidentemente una lacuna da colmare".
Parole che io ho condiviso e che ancora oggi condivido in pieno. Purtroppo dal 1997 ad oggi non è stato fatto niente in questo senso, tant'è che ho presentato una proposta di legge per istituire una commissione parlamentare di inchiesta proprio sull'uso del metadone in Italia, in termini provocatori certamente, ma per sollevare il problema e per cercare di affrontarlo.
Ma se sono vere le cose che ho detto circa l'uso del metadone, come si fa a parlare in

maniera più o meno velata, come è avvenuto anche questa mattina, di sperimentazione dell'uso controllato di eroina?
Come si fa a pensare di utilizzare l'eroina nei servizi se ancora non abbiamo le idee chiare su quanto è servito il metadone?
E poi, dal punto di vista pratico, è possibile parlare di utilizzo dell'eroina nel contesto attuale dei nostri servizi? Servizi, come ho già detto, privi di personale, aperti poche ore al giorno e neanche tutti i giorni. Servizi che nonostante la legge 45, approvata in Parlamento, aspettano ancora la sanatoria del personale che le Regioni non riescono ad attuare.
L'eroina, come ben sapete, è sostanza diversa dal metadone soprattutto in relazione al tempo di emivita. Somministrare eroina significa bucare un soggetto dalle 2 alle 4 volte al giorno, con servizi aperti a tempo pieno e con personale qualificato costantemente presente. E poi, bisognerebbe somministrare eroina pura innescando meccanismi di disintossicazione enormemente più complessi.
Senza parlare poi dell'impatto emotivo che, al di là degli aspetti etici o morali, il personale dovrebbe essere preparato a sostenere, operando nelle cosiddette "sale del buco".
C'è poi un altro argomento, e mi avvio a concludere scusandomi se mi sono dilungato più di quanto intendevo fare, che è quello relativo alle nuove droghe.
Sono queste sostanze che possono essere definite "di massa" nel senso che sono di largo consumo, non rivolte ad una marginalità di soggetti.
Bisogna stare molto attenti quando si parla di queste droghe. Questa mattina il Ministro Veronesi non si è accorto del messaggio che, forse inconsapevolmente, ha inviato a migliaia di giovani. Non si può dire: "L'ecstasy almeno non uccide!" Intanto perché non è vero, basterebbe ricordarsi delle cronache di questi ultimi mesi. E poi perché è un messaggio che tende a sottovalutare la pericolosità di queste sostanze.
Sostanze pericolose proprio perché hanno l'aspetto innocuo di pastiglie medicinali, perché le modalità di assunzione non implicano rituali specifici o particolari luoghi isolati o metodi cruenti. Perché vengono spacciate quasi alla luce del sole, perché sono asettiche e non creano rischi di infezione. Perché, tra l'altro, sono facilmente abbordabili in termini di costi. Ma soprattutto perché c'è la convinzione di poterle usare in maniera sia saltuaria che regolare, potendole sospendere quando si vuole, facendone, insomma, un uso "normale". Questi sono i motivi per i quali oggi si assiste ad un grande incremento del loro uso-incremento che dovrebbe far riflettere tutti coloro che sono sostenitori della legalizzazione delle droghe.
Inutile dire quanto invece siano micidiali queste sostanze che provocano danni irreversibili al sistema nervoso centrale e disturbi psicopatologici di grave entità.
Il problema dei servizi pubblici non riguarda quindi solo il trattamento di chi consuma eroina. L'organizzazione, le professionalità, le strategie dei servizi per le tossicodipendenze devono essere attrezzati anche per questa nuova emergenza relativa alle droghe di sintesi. Una emergenza che richiede anche una seria politica di prevenzione.
La tossicodipendenza, qualunque sia la sostanza che la determina, non afferisce al campo della conoscenza, ma a quello dei comportamenti della persona ed agli stili di vita. Per prevenire l'uso della droga bisogna fare riferimento a precisi obiettivi di tipo educativo.
"Fatti furbo, non farti male", prevenire "gli abusi" invece che gli "usi", sono espressioni di una comunicazione ambigua che, mi consenta Ministro Turco, il Ministero per gli Affari Sociali ha promosso in questi ultimi tempi.
Una comunicazione che se forse è riuscita a fare informazione, certamente non è servita a fare educazione.
Il messaggio giovanilistico ed "alla pari" è forse piaciuto, ma certamente non è stato efficace.
I veri obiettivi di una campagna nazionale di prevenzione devono porsi come obiettivo quello di ridurre il consumo di droghe, quello di promuovere stili di vita responsabili, e

soprattutto quello di sostenere e rafforzare tutte le agenzie educative a partire dalla famiglia.
Grazie e scusate".

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Allora, come ultimo intervento programmato della mattinata, io chiederei al Professor CANCRINI, Presidente del Comitato scientifico dell'Osservatorio sulle tossicodipendenze, di prendere la parola e poi avremo un altro intervento non programmato. Prego.»

Prof. Luigi CANCRINI:- «La mattinata è stata lunga e densa: cercherò di essere davvero telegrafico, proponendo solo alcuni punti di riflessione. Il primo riguarda l'osservazione che viene a livello europeo sul dato quantitativo dei consumatori problematici di sostanze. Sono un milione e mezzo, rappresentano il cinque per mille della popolazione, con una tendenza forte alla omogeneità nei diversi paesi. La mortalità dei consumatori problematici è venti volte più alta, a pari età e a pari livello sociale di quella della popolazione normale. E' un dato che ci deve far riflettere. Avremo ancora molto a lungo a che fare con i problemi di droga. Molti sono i servizi che dovranno esserne coinvolti. Una differenza importante va posta tuttavia tra consumatori problematici e consumatori non problematici. Me lo consenta l'oratore precedente e collega: la differenza c'è. Parliamo, parlando di consumatori non problematici, di dati che riguardano il quindici, venti per cento della popolazione europea, e c'è un'enorme differenza, per fortuna, fra il quindici o il venti per cento o il zero cinque per cento o cinque per mille. Dobbiamo avere chiaro, allora, che tutta l'epidemiologia sulle droghe ci propone una differenza enorme tra uso saltuario esplorativo e uso in cui ci sono problemi di dipendenza e che mettere tutto sullo stesso piano, anche in termini di messaggio preventivo, è per lo meno discutibile. Dobbiamo riflettere. Porci il problema con realismo guardando quello che accade fuori. Ragionando, per esempio, sul dato relativo alla diminuzione forte, nel nostro paese e in tutta Europa, della diffusione delle infezioni da HIV correlate alla tossicodipendenza. E' la grande vittoria, questa, delle unità di strada e delle tanto discusse strategie di riduzione del danno: strategie che sono nate intorno a questo problema. Gli interventi di riduzione del danno, l'andare a cercare le persone che si facevano e non avevano contatto con i servizi per aiutarle anche se non avevano chiesto aiuto, dicendo loro "la tua salute ci interessa, la tua vita ci interessa anche se non vuoi ancora smettere", erano rivolti soprattutto a questo. Un grande successo c'è stato, dobbiamo prenderne atto, dobbiamo crederci e continuare su questa linea. Solo sette o otto anni fa la tragedia dell'AIDS si diffondeva in Italia ed in Europa soprattutto attraverso i tossicodipendenti. Se non è più così, dobbiamo prenderne atto con soddisfazione: anche se non abbiamo sconfitto le droghe. Sapendo, però, che altri problemi si affacciano da affrontare con strategie adeguate. Quello dell'epatite C, per esempio: in tutta Europa perché le statistiche parlano di positività che oscilla fra il cinquanta e il novanta per cento della popolazione dei tossicodipendenti da eroina. Il contagio dell'epatite C non dipende solo dalle siringhe, segue molte altre strade: le strategie che sono state utili con l'HIV, dunque, non sono altrettanto utili. Anche qui, tuttavia, prioritario è il bisogno di contattare quella parte di tossicodipendenti che non arriva ai servizi. Un altro punto da sottolineare, un dato che viene anche da tutta Europa, è quello che riguarda l'aumento delle terapie sostitutive, quasi sempre ambulatoriali sui cui risultati sappiamo poco o nulla, come si segnala di recente dall'Osservatorio Europeo. Servizi a bassa soglia residenziali per il trattamento sostitutivo potrebbero essere di aiuto allo sviluppo di queste terapie? Nessuno ne parla ma io credo che su problemi come questo dovremmo riflettere di più. Ci segnalano da Lisbona che "nonostante i notevoli passi avanti che sono stati fatti negli ultimi cinque anni in tema di valutazione delle terapie sostitutive, la maggior parte degli Stati membri registra ancora uno scarso livello di controllo della qualità, del monitoraggio e della valutazione dei risultati". Da noi in Italia, possiamo rispondere oggi, il Governo ha fatto partire dei pro-

getti di valutazione che daranno dei risultati nei prossimi anni. L'azione di un governo significa anche gettare dei semi, che diventano alberi dopo. E allora io credo che è con orgoglio che il Comitato Scientifico dell'Osservatorio può dire di avere orientato le ricerche che il Governo doveva fare utilizzando il 25% del Fondo Nazionale Droga, chiedendo che la valutazione dei trattamenti diventasse il punto di riferimento di tutte le attività: terapie sostitutive, psicoterapeutiche, sociali, interventi in comunità o in carcere. Mettendo in piedi uno studio sull'attività dei servizi e dei trattamenti che consenta, perché è ora di passare a questo, di avere dati sul livello dei risultati che si ottengono con i singoli interventi. Tutto questo chiede un lavoro duro, complesso. La Commissione Sanità del Senato, negli incontri fatti con i servizi, ha notato la discontinuità della loro organizzazione. Molti oratori hanno parlato della lentezza con cui le Regioni stanno recependo le indicazioni della legge 45 e della difficoltà di adeguare i SERT e la rete dei servizi alle esigenze reali del territorio. È difficile portare avanti un trattamento adeguato con metadone, arricchito dagli interventi psicologici e sociali che debbono essere integrate se, in un servizio con cinque o sei operatori, passano ogni giorno trecento persone a prendere, appunto, metadone. Il problema più urgente, allora, è quello di organizzare servizi adeguati, qualitativamente e quantitativamente, in tutto il territorio.

Vorrei proporvi ora un'altra osservazione che viene dall'Osservatorio Nazionale: uno studio che ha utilizzato tutti gli indicatori disponibili in Italia sulla distribuzione dei problemi di droga. Si è deciso, l'Osservatorio l'ha deciso, di lavorare articolando lo studio per province, e non per regioni perché le regioni sono troppo disomogenee dal punto di vista della diffusione di droga. Ne è uscito un lavoro (chi ne ha curiosità lo troverà, molto dettagliato, nello stand dell'Osservatorio) che valuta insieme gli indici di cui disponiamo: segnalazioni alle prefetture per l'art. 75, denunce dalle forze dell'ordine per problemi di spaccio e traffico, decessi correlati all'uso di sostanze, soggetti in cura presso i SERT, soggetti presenti nelle strutture del privato sociale, detenuti, casi di AIDS collegati con le tossicodipendenze. Dall'incrocio di tutti questi fattori, correlati attraverso metodi statistici accurati alle diverse province, viene fuori una serie di province nelle quali l'impatto del fenomeno droga è molto alto, un grosso numero di province in cui l'impatto è medio e un grosso numero di province in cui l'impatto è ancora abbastanza basso. C'è ancora molto da lavorare, ovviamente, perché anche in termini di impatto basso si tratta poi di verificare i casi in cui l'impatto basso è dovuto ad una insufficienza degli strumenti di rilevazione. Quello che è certo, però, è che vi sono tredici provincie, Roma, Milano, Genova, Bologna e poi alcune meno grandi, Brescia, Imperia, L'Aquila, Modena, Padova, Piacenza, Ravenna, Varese, Verbania, in cui l'impatto del fenomeno droga è molto superiore alle altre. Che cosa ci dice un dato di questo genere.

Ci dice che dal punto di vista della programmazione, della allocazione delle risorse, della organizzazione dei servizi, noi dobbiamo studiare di volta in volta quello di cui c'è necessità nel territorio. Finora la programmazione è avvenuta su indici che erano molto più generali: la popolazione complessiva o, eventualmente, la popolazione di certe fasce di età. L'impatto del fenomeno, penso, dovrebbe essere valutato quando si allocano risorse. La distribuzione per provincia dell'impatto droghe, d'altra parte, propone altri risultati interessanti: la correlazione positiva fra impatto delle droghe e livello di occupazione, prima di tutto, perché l'impatto delle droghe non è maggiore laddove c'è maggiore disoccupazione giovanile ed è maggiore, invece, laddove c'è più occupazione e il livello socio-economico è più alto. La diffusione delle droghe, dunque, ha a che fare con i livelli di benessere, con la quantità di soldi che si possono usare, e non soltanto con il disagio, soprattutto in questa fase in cui dalle droghe della disperazione, della emarginazione, del dolore, si sta passando alle droghe del tempo libero, dello sballo, del divertimento. Mentre per ciò che riguarda la scolarità, lo studio dell'Osservatorio conferma che, dove la scolarità è bassa e alta è la dispersione scolastica le droghe sono di più. Allora cosa possiamo proporre come quadro complessivo da verificare e da studiare? Che dove c'è scarso livello di scolarizzazione e i soldi che circolano sono molti, forse,

la capacità di utilizzare i soldi in modo intelligente è scarsa. Un basso livello culturale corrisponde ad un'alta possibilità di consumo.
Concludo proponendo quelli che sono, in Europa ed in Italia, i grandi problemi che ci aspettano. Sono stati citati più volte. Riguardano le nuove droghe, l'uso e l'abuso di nuove droghe, spessissimo senza dipendenza. E qui, diciamo, il ministero ha seguito una strada che è quella di dedicare alle nuove droghe due campagne informative basandosi sull'idea per cui il grande nemico da sconfiggere in queste situazioni è l'idea comune a molti di questi giovani e adolescenti, che non si tratta di droghe. Il rischio è alto, insomma, fra le persone che assumono ecstasy senza farsi grandi problemi, che mandano giù anfetamine, che "calano" sostanze diverse di cui non conoscono la composizione, convinte che i drogati siano gli altri, sentendosi fuori dal problema. Per convincerle che non è così sono stati messe in piedi due campagne informative in cui si è detto: "attento, non è così', sono droghe". Usando un linguaggio non scostante, non paternalistico, non dall'alto, un linguaggio dalla parte dei giovani: una scelta discutibile, com'è ovvio perchè tutto viene discusso. Quello che dobbiamo segnalare, però, è il grande successo di questa iniziativa: un numero di contatti straordinario sul sito internet che è stato messo in moto, due milioni in tre mesi di attività della campagna. Il che vuol dire che c'è interesse ad essere informati in modo intelligente, in modo corretto. Il che vuol dire che valeva la pena di fare quello che è stato fatto in questi anni.
L'altro grande problema è quello che riguarda i dipendenti cronici da eroina. Il Professor VERONESI ha parlato dell'aumento di età ma questo è un dato che per tutti gli operatori è ormai evidente. Noi abbiamo meno ingressi nell'eroina, abbiamo il problema della gestione di situazioni che vanno avanti da dieci, da quindici, da venti anni: situazioni che pongono moltissimi problemi. Un primo problema è quello del crescere di diagnosi psichiatriche. L'emarginazione fa male, i tratti patologici della personalità si irrigidiscono, le crisi di livello psichiatrico si fanno più comuni. I figli dei tossicodipendenti, un esercito di bambini contesi fra servizi sociali, famiglie, famiglie allargate costituiscono un problema enorme, drammatico, esplosivo, rispetto a cui è necessario pianificare interventi proteggendo la genitorialità di chi è in grado di scommettere su se stesso e di cambiare e però anche tutelando i bambini laddove questo non è possibile. Su questo problema, credo, dobbiamo investire molto in termini di ricerca, far girare idee, promuovere la conoscenza delle esperienze positive che sono state già fatte.
L'ultimo grande problema è quello del tremendo circuito che si è istituito fra marginalità e carcere. Dobbiamo avere presente che esistono decine di migliaia di persone che fanno un dentro e fuori col carcere, che sono in rapporto con la droga e rispetto a cui è necessario mettere in moto un approccio centrato sulla persona. Queste persone non possono essere raggiunte soltanto con una proposta secca della serie "ti dò un farmaco, te ne dò un altro" o cose di questo tipo. C'è bisogno di molto di più, c'è bisogno di una capacità di essere con loro. Le unità di strada l'hanno imparato e insegnato: quello che è inutile aspettarsi all'inizio è che persone che stanno vivendo un'esperienza di marginalità diventino utenti del servizio a cui si va in un orario definito, seguendo regole precise. Bisogna lavorare nelle strade, sul territorio, accanto a queste persone per rendere possibile questo contatto. E bisogna soprattutto ampliare grandemente (il Ministro FASSINO ne ha parlato con chiarezza questa mattina) il numero delle possibilità di misure alternative alla detenzione. Deve poter andare in comunità terapeutica, in residenze protette, in luoghi in cui possono comunque essere seguiti un numero maggiore di detenuti tossicodipendenti di quelli che ci vanno oggi. Il carcere non è una soluzione e noi possiamo andare oltre il carcere solo trovando altre strade, proponendo soluzioni utili alla singola persona. Io non voglio entrare nel dibattito sulle diverse sostanze sostitutive, credo che lo si farà domani in una commissione che si occupa di questi aspetti. Consentitemi, però, solo una parola. Parlare solo della Svizzera e non per esempio dell'Inghilterra, dove questa esperienza va avanti da ottant'anni, a me sembra riduttivo. Io credo che bisogna discutere, prendere atto dei problemi, delle esperienze di tutti, ma

anche prendere atto del fatto che quando una persona sta male da tanto tempo c'è poco da inventare. La cosa che bisogna costruire è una relazione significativa con questa persona. Per restare in un'immagine che è stata più usata qui, qualcuno ha detto: "che facciamo? Bisogna far qualcosa, altrimenti li lasciamo a loro stessi!". E io dico che a me i tossicodipendenti, in trent'anni di attività, mi hanno insegnato una cosa: che esiste anche la pazienza; che a volte non si deve fare niente per un po' di tempo, che si può stare con qualcuno, non facendo niente per un po' di tempo e aspettando. Perché poi, a un certo punto, un'idea viene fuori.

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie. L'intervento del Prof. Luigi CANCRINI era l'ultimo intervento programmato della mattinata. Voi sapete che oggi c'è stata una manifestazione di dissenso contro questa iniziativa. Noi abbiamo detto all'inizio che siamo aperti al dialogo e appunto confermiamo questo e abbiamo chiesto ad un rappresentante di coloro che hanno manifestato contro questa iniziativa di prendere la parola qui. Io allora chiederei a Cecilia D'ELIA di venire e di prendere la parola. Prego.»

Cecilia D'ELIA:- «Parlo a nome di un cartello composto da associazioni, forze sindacali e singoli operatori che si è dato il nome "Per un'altra politica sulla droghe" e ha scritto una piattaforma di cui vi leggerò alcuni passi. Il nostro impegno in questi mesi è stato finalizzato a contribuire in modo critico a questa conferenza, perché ci pareva che alcuni aspetti fossero dimenticati. Abbiamo anche lavorato in accordo alla lista di discussione antiproibizionista MDMA, che ha organizzato l'evento anti-proibizionista di questa mattina e che invita gli operatori a partecipare alla conferenza stampa che si terrà ai cancelli all'una e mezzo. Siamo qui per discutere e io ringrazio per la disponibilità all'ascolto che ci è dimostrata dagli organizzatori e in particolare dal Ministro TURCO, testimoniata dall'averci dato la possibilità di intervenire in plenaria. Oggi pomeriggio, alle quindici e trenta nella Sala Bora, ci sarà una riunione promossa dal cartello che rappresento e da Mdma, a cui siete tutti invitati.
La nostra piattaforma è stata scritta perché ritenevamo di dover fare un bilancio dagli anni che ci separano dall'appuntamento di Napoli e di dovere sottolineare quelli che ci appaiono oggi i punti qualificanti di una politica di riforme in materia di droghe. A Napoli il governo si impegnò a lavorare per rendere effettiva la depenalizzazione del consumo e delle condotte ad esso funzionali e per rafforzare la politiche di riduzione del danno. Oggi dobbiamo constatare che queste non sono state sufficientemente sviluppate, non tanto a seguito di un contrasto esplicito nei confronti dei progetti ad esse ispirati, quanto piuttosto a causa di un'interpretazione della riduzione del danno - già presente alla conferenza di Napoli - che ne ha ristretto l'ambito a una serie di interventi sanitari delimitati, e comunque in posizione subalterna rispetto all'obiettivo ultimo che rimane quello della scelta dell'astinenza. Tutta la discussione parlamentare che ha accompagnato l'approvazione del disegno di legge sul Fondo Antidroga testimonia il modo in cui la riduzione del danno viene piegata e costretta entro il paradigma drug free, fino alle ideologiche limitazioni sull'uso del metadone. Va anche segnalato che a tutt'oggi il fondo costituisce la principale fonte di finanziamento degli interventi di riduzione del danno, che non riescono quindi ad uscire dalla fase sperimentale per entrare compiutamente tra le prestazioni offerte dal nostro sistema sanitario nazionale. In Italia si è così determinata, a nostro parere, una fragilità di queste politiche.
A ciò si è accompagnata la mancata adozione di interventi legislativi idonei a rendere effettiva la depenalizzazione del consumo e delle condotte ad esso funzionali. Molte delle riforme, pur importanti, approvate in questi anni e che interessano anche consumatori di sostanze stupefacenti, sono sostanzialmente scelte di decarcerizzazione. Dall'innalzamento degli anni per l'affidamento in prova fino alla cosiddetta legge Simeone, alla legge su incompatibilità tra carcere e AIDS. Ma la politica di decarcerizzazione si rivela debole e incapace persino di ridurre la popolazione detenuta del nostro

paese. Questa mattina il Ministro FASSINO ci ha ricordato i dati che riguardano questa popolazione. Noi riteniamo che la mancanza di interventi effettivamente depenalizzanti sia drammatica perché produce l'effetto perverso di alimentare nuova marginalità per i consumatori e di non contenere l'ansia sociale. È un vicolo cieco quello in cui ci stiamo cacciando. La riduzione del danno, lì dove è stata seriamente praticata, si è mostrata efficace anche nella diminuzione dei reati collegati al consumo di droghe, come mostrano i dati relativi alla sperimentazione svizzera di somministrazione controllata di eroina. È l'assenza di riforme e la debolezza della scelta per la riduzione del danno che in Italia regalano consensi a chi agita questi temi per chiedere un maggiore intervento punitivo.

A nostro parere la riduzione del danno contiene una dimensione culturale e operativa di tolleranza del consumo, nell'ambito della sua natura di strategia pluralistica e complessa. Se la analizziamo dal punto di vista dell'utilizzatore, ci accorgiamo che la scelta della convivenza con il consumo muta drasticamente il rapporto con il suo vissuto e punta a rafforzare le sue capacità di autodeterminazione. Presa sul serio questa svolta mette in discussione la criminalizzazione del consumatore, indotta sia dai rischi connessi alla clandestinità (la difficoltà quindi a distinguere tra uso e abuso), sia dalla circostanza che la logica del divieto rinforza la devianza nella stessa percezione che il consumatore ha di sé e produce nuova marginalità.

Al contrario in un'ottica emergenziale scandalistica sono stati affrontati anche problemi legati ai nuovi consumi. Soprattutto a causa di una campagna di stampa sull'ecstasy che più che informare ha seminato il panico nel nostro paese e ha puntato tutto sulla richiesta di nuove proibizioni. Abbiamo aperto in questi mesi una battaglia culturale nel nostro paese su questi temi e abbiamo promosso diverse iniziative. Le richieste qualificanti che portiamo in questa conferenza - molti di noi interverranno anche nei gruppi di lavori e sono parte integrante di questa conferenza - e che vogliamo riproporre con forza al dibattito sono: l'urgenza di procedere alla depenalizzazione completa delle condotte connesse con il consumo, limitando la sanzione penale al traffico e allo spaccio di stupefacenti; la riduzione dei livelli sanzionatori per adeguarli a quelli generalmente previsti dal codice penale e il rafforzamento dei programmi di riduzione del danno, che devono uscire dalla fase sperimentale. In questo ambito è opportuno avviare progetti pilota che prevedano il monitoraggio delle sostanze e individuare strumenti normativi che evitino agli operatori rischi di carattere penale, questo per poter prontamente rendere consapevoli i consumatori sui rischi connessi al consumo delle sostanze in circolazione. Nello stesso tempo non è più possibile ignorare che in altri paesi dell'Unione Europea, e fuori dell'Unione, sono state ultimate, sono in corso o si stanno progettando, politiche di sperimentazione di somministrazione controllata di eroina rispetto a un'utenza selezionata ed in trattamento presso presidi medici. Riteniamo doverosa responsabilità acquisire la documentazione relativa e offrire una sede di dibattito scientifico sul tema e predisporre uno studio di fattibilità in Italia di tale progetto. Io vi ringrazio per la disponibilità e vi ricordo che oggi pomeriggio alle quindici e trenta nella sala Bora discuteremo questa piattaforma.»

Chairman Dr. Guido BOLAFFI:- «Grazie. Allora noi possiamo considerare conclusi i lavori della mattinata. Come primo annuncio vi devo dire che qui al piano ci sono dei cartelli che indicano dove è pronto il pranzo, riprendiamo il lavoro alle quindici, in questa sede, con la sessione autogestita dalle regioni e un annuncio semplicemente: gli assessori regionali che incontrano il Ministro Livia TURCO la incontrano nella sala cosiddetta Scirocco-Libeccio, che è un nome genovese evidentemente. Grazie.»

SESSIONE PLENARIA SULLE POLITICHE REGIONALI

Chairman On.le Antonio De Poli, Assessore alle politiche sociali della Regione Veneto.

Chairman Antonio DE POLI:- « Saluto anche a nome di tutti gli assessori regionali delle regioni d'Italia tutte le persone che sono qui oggi alla nostra discussione. Io vorrei in velocità dare la parola all'assessore MICOSSI, assessore della Regione che ci ospita per l'intervento di sua competenza. Grazie.»

Prof. Piero MICOSSI:- «Buongiorno. Rimango seduto perché credo che se mi alzassi in piedi non riuscirei più a far giungere la voce dentro il microfono. Innanzitutto desidero ringraziare tutti coloro che prendono parte a questo incontro, soprattutto per la grande quantità di lavoro, di passione sociale e di servizio che rappresentano. A questa conferenza si arriva, come ha ricordato il Ministro delle politiche sociali questa mattina, dopo altre due conferenze e dopo un grande lavoro che si è svolto in tutto il paese e che ha maturato esperienze anche contraddittorie. Certamente nessuno di noi possiede risposte definitive e nessuno di noi possiede soluzioni definitive. L'atteggiamento delle amministrazioni regionali, pur nella consapevolezza che alle regioni è affidato un ruolo centrale nell'indirizzo di politiche di contrasto a fenomeni sociali così gravi, è un atteggiamento di umiltà e di ascolto. Di umiltà verso la grande sofferenza, il dolore, l'emarginazione, la distruzione della dignità della persona umana, la perdita del senso della vita che si accompagnano ai fenomeni di dipendenza di varia natura. Noi abbiamo apprezzato la passione e l'impegno e molte delle affermazioni della relazione del Ministro di apertura di questo convegno, anche se esistono differenze su alcune posizioni politiche. Dunque è con questo atteggiamento che è di umiltà e che è di ascolto, che è di rispetto del lavoro degli operatori, di grande gratitudine per il lavoro degli operatori, che desidero presentarvi in sintesi alcune linee di lavoro su cui stiamo costruendo la politica della Regione Liguria. Innanzitutto dobbiamo avere presente che il fenomeno delle dipendenze sta certamente cambiando caratteristiche. E sta cambiando caratteristiche per il fatto che sta crescendo una grande zona grigia in cui vengono assunte sostanze di vario tipo mescolate in vario modo, senza che esista più la percezione che si tratta di devianza sociale e che si tratta di comportamenti che fanno danno alla società. Si sta cioè affermando una nozione di libertà senza responsabilità nella quale l'individuo purtroppo perde la propria dignità di persona e insieme distrugge alcuni elementi portanti della coesione sociale. In questo hanno probabilmente contribuito ambiguità nelle politiche delle amministrazioni pubbliche per le quali ci sono stati atteggiamenti di indifferenza che purtroppo hanno

riecheggiato nell'intervento del Ministro VERONESI di questa mattina. Posizioni di indifferenza verso comportamenti che sono di danno verso la salute psicofisica delle persone e che sono di danno verso la salute morale delle persone. Che poi è la questione del senso che diamo alla nostra vita. Vogliamo quindi riaffermare che ormai le evidenze scientifiche, gli studi di bioetica, le indicazioni delle principali organizzazioni internazionali, ma anche il buon senso, ci dicono che l'uso di sostanze stupefacenti, l'uso di farmaci psicotropi, l'abitudine di utilizzare sostanze per migliorare il proprio stato psicologico o attraversare esperienze psicologiche forti, sono dannosi per la salute della persona, per il suo benessere fisico, psichico e sono dannosi per la coesione sociale e per il senso di coesione della società. È evidente che oggi, proprio per il fatto che ci troviamo davanti ad una dimensione nuova del fenomeno, con questa grande zona grigia che vede coinvolto un così grande numero di giovani e di adolescenti, il nostro compito non è certamente quello di assumere posizioni ideologiche, di dichiarare le nuove proibizioni o le nuove liberalizzazioni. Queste sarebbero entrambi fuga dalle nostre responsabilità, anche se con fermezza dobbiamo dire che non vogliamo che sia possibile far circolare liberamente composti chimici variamente costituiti che sono dannosi per la salute delle persone. Non è il nostro compito dire che queste devono circolare liberamente. E quindi pur nella coscienza della necessità di ascolto e nella coscienza del fatto che non abbiamo soluzioni, dobbiamo con forza dire che esiste una responsabilità morale della società ed esiste un giudizio morale della società, attorno al quale crescono le politiche della famiglia. Quindi nel riaffermare che il concetto della responsabilità della singola persona che usa sostanze a fini non terapeutici non è solo verso il proprio stato di salute, ma anche nei confronti di tutta la società e che questo comportamento non è confinabile in una mera questione di giudizio di libertà personale, vanno annoverate fra le responsabilità personali anche quelle derivanti dal fatto di esplicitare socialmente un comportamento ed un atteggiamento che si sostanzi nell'accettazione e nell'uso di sostanze psicoattive. Bisogna sapere che questi comportamenti hanno in realtà l'effetto di incoraggiare altre persone al consumo e quindi, potenzialmente, anche a diventarne dipendenti. Questo non toglie che noi riteniamo che nessuna persona che faccia uso di queste sostanze possa essere discriminata o emarginata per questo motivo. Si tratta di persone a cui noi dobbiamo dare aiuto nella condizione in cui si trovano. Quindi per chi si trova in strada, solo, nella cronicità, ancora nell'incapacità di trovare un punto di incontro, vanno benissimo le unità operative capaci di trovarli, di raccoglierli, di incontrarli e di trovare con loro una via, nel riconoscimento che nella ricostruzione della dignità della persona esisterà una via d'uscita, deve esistere una via d'uscita. L'accettazione, la pura accettazione della cronicità è fallimento. Questo significa anche che ci sono politiche di riduzione del danno che vanno perseguite, è stato un grande successo ciò che il Comune di Genova ha fatto col recupero delle trentunmila siringhe, che vuol dire evitare trentunmila contatti potenzialmente infetti. Ma le politiche di riduzione del danno non possono trasformare la pubblica amministrazione nel dispensatore cronico e indifferente di sostanze stupefacenti. Noi non intravediamo nessuna strada per la distribuzione legalizzata dell'eroina e riteniamo che la distribuzione di altri farmaci a scopo di riduzione del danno debba essere contestuale ad un programma terapeutico finalizzato al recupero e non puro strumento di contenimento degli effetti sociali indesiderati come quello della criminalità. Perché una società che sceglie il danno minore in questo campo si trova poi davanti al danno maggiore. Dunque la nostra è una politica di fermezza non sull'astratto proibizionismo ma sulla difesa dei valori della persona umana e della famiglia. E sulla difesa di una libertà che trovi anche nella responsabilità verso la società il suo corretto esercizio. È per questo che non ci soddisfano i discorsi generici sull'adolescenza e sui giovani. Il punto di partenza per la soluzione dei nostri problemi è la famiglia e sono le politiche della famiglia che possono ricostituire il senso della comunità. Esistono molte forme naturalmente di comunità. Ma la probabilità di disgregazione in una comunità che non riconosce nella sua famiglia il punto portante è molto alta. La Regione Liguria ha nei

suoi operatori un'esperienza e un patrimonio tecnico straordinari. Il lavoro che è stato fatto in questi anni credo sia conosciuto da tutte le regioni italiane per il suo valore tecnico, per la passione civile e per la qualità degli interventi. Ed anche per i risultati. La nostra rete delle comunità, anche con punti di vista diversi, alcune anche con punti di vista che io non condivido, ha però rappresentato un patrimonio professionale e morale di cui la Regione Liguria va orgogliosa e che certamente non intende né cancellare né sminuire. Abbiamo questa grande risorsa di cui abbiamo bisogno proprio per la difficoltà della nuova politica sulle tossicodipendenze e per la grandezza dei problemi non risolti che dobbiamo affrontare. Grazie.»

Chairman Antonio DE POLI:- «Adesso diamo la parola al Dottor Sergio ROSSETTI, assessore della città solidale di Genova.»

Dott. Sergio Rossetti: Ci siamo impegnati ad essere brevi e correrò, quindi, il rischio di essere poco comprensibile o apparire superficiale nell'analisi.
In prima battuta pongo il problema del metodo. Metodo su come condurre il dibattito sulle tossicodipendenze, metodo sul piano della programmazione e, quindi, degli interventi. E' innegabile che le differenze tra gli operatori sugli approcci complessivi al fenomeno consentono alla classe politica di assumere posizioni che vanno, mai come in questo periodo, a estremizzare le differenze e ad acuire i conflitti. Eppure tutti sappiamo che solo attraverso un processo di forte confronto, di buona capacità di individuazione comune delle priorità, di messa in discussione di sé degli operatori, sia pubblici che del privato sociale, solo attraverso la disponibilità ad offrire ciò che di più utile ciascuno può mettere in campo, saremo in grado di affrontare in modo incisivo le vecchie e le nuove sfide che il fenomeno presenta.
Sto chiaramente ponendo il problema concreto della possibilità di costruire, in un clima politico-culturale molto conflittuale, forti progetti territoriali sulle dipendenze: prevenzione, informazione, cure, reinserimento, politiche giovanili.
Più concretamente si tratta di esprimere le capacità di definire un programma territoriale e quindi di individuare chi può fare che cosa e insieme a chi altri. A partire dal concreto sarà possibile confrontarci sui grandi approcci generali: penalizzazione, depenalizzazione, chi vuole avere un atteggiamento più punitivo contro l'uso o chi sostiene che possiamo arrivare a un controllo della distribuzione dell'eroina.
Paradossalmente - come Assessore di una grande città - mi pare si corra il rischio di rendere difficili le pianificazioni territoriali a causa del confronto-scontro sui grandi, importantissimi temi che caratterizzano anche gli interessi dei media sulla Conferenza Nazionale.
Il metodo del confronto e della co-progettazione ha consentito in moltissime città italiane, non solo a Genova, di far lavorare insieme comunità, diversamente orientate sui grandi temi. Porto ad esempio il Centro della FICT e la Comunità del CNCA che, a Genova, malgrado le differenze gestiscono insieme servizi a bassa soglia mettendo a maggior profitto le specifiche competenze.
Colgo l'occasione per ringraziare il Ministro Turco che ha scelto Genova per ospitare la terza Conferenza Nazionale. Tra i motivi che ha indicato per spiegare tale scelta ha posto la capacità dei genovesi di operare insieme nella realizzazione di progetti e interventi integrati pubblico-pubblico, pubblico-privato, privato-privato.
E' importante, non solo per la Liguria, che l'Assessore Regionale alla Sanità Micossi abbia riconosciuto il lavoro delle Unità di Strada, degli operatori grezzi, degli operatori che incontrano i tossicodipendenti laddove sono per strada. Sempre certamente nell'ottica di un sistema finalizzato al recupero della piena autonomia della persona e quindi della sua capacità di stare al mondo senza sostanze.
La seconda questione che pongo è la seguente: nella finanziaria di questo anno è previsto che i fondi del T.U. 309/90, fondi sociali, non sanitari, confluiscano nel Fondo

Sociale Nazionale. Il Fondo Nazionale sarà trasferito alle Regioni che potranno decidere se sostenere o meno il metodo di co-progettazione e co-programmazione su base territoriale. La legge 328/00 sui servizi sociali integrati fa riferimento esplicito agli ambiti zonali. Riteniamo assolutamente necessario che i fondi vengano distribuiti dalle Regioni su base territoriale ed esclusivamente all'interno della pianificazione territoriale USL/Comuni/privato sociale che verrà fatta all'interno della programmazione regionale.
A questo punto mi pare di poter indicare una priorità nelle nostre pianificazioni. Assistiamo ad una grande rimozione, quanto meno a macchia di leopardo sul territorio nazionale, relativa all'alcool. Noi sappiamo che ci sono più morti di alcool che di qualsiasi altra sostanza e conosciamo le situazioni drammatiche delle famiglie, l'indifferenza culturale e l'interesse economico che stanno dietro alla produzione e alla vendita degli alcolici. Per brevità mi limito a questo richiamo: sono dell'avviso che dobbiamo aprire una "questione alcool" su cui pochi avvertono interesse.
Si è parlato molto di detenzione. Il lavoro che è stato fatto a Genova dentro e fuori il carcere ha consentito di aprire una custodia attenuata e di incrementare gli interventi - a partire dalla presenza del SERT dentro il carcere - che vanno nella direzione dell'inclusione e dell'autonomia dei detenuti e quindi anche dei tossicodipendenti. Anche in questo caso una forte politica di integrazione istituzionale, e con il volontariato, ha consentito di poter sviluppare gli interventi di uscita dal carcere, di custodia attenuata e di aiuto che permettono ai tossicodipendenti di non tornare per strada a ripetere quello che hanno fatto e che li ha portati in carcere, ma di acquisire gli strumenti per la loro disintossicazione, per la loro crescita, per la loro autonomia lavorativa, abitativa e relazionale.
Sotto questo profilo evidenzio con forza che abbiamo la necessità di avere risorse aggiuntive sul Fondo Sociale Nazionale al fine di impostare una politica di misure alternative al carcere che consentano strumenti certi, azioni forti, competenze dedicate.
Non posso non soffermarmi sul problema delle nuove droghe. Mi sento di affermare, per la mia esperienza prima di operatore e poi di amministratore, che siamo sostanzialmente impreparati di fronte a questo tipo di fenomeno. Lo è la politica. Faccio osservare che in questi giorni stiamo discutendo di temi che sono nelle nostre agende da anni e mentre la percezione che si dia un adeguato spazio al problema delle droghe sintetiche, della riduzione dell'età dei consumatori, del mix di sostanze usate come consumatori (e non dipendenti) e quindi uso più "normale" e meno "tossico". Mi ha stupito quanto ha detto il Ministro Veronesi sull'uso delle pastiglie. Francamente mi sembra un fenomeno drammatico. Una persona deve trasgredire per crescere, ma il problema è raggiungere l'autonomia dell'adulto senza "doversi fare" il cervello per divertirsi, rapportarsi con il gruppo, vivere il tempo libero e la scuola, il lavoro e le responsabilità dell'autonomia.
La politica è impreparata, ma io temo lo sia anche il mondo degli operatori che viene dall'esperienza delle tossicodipendenze. Noi sappiamo quale è stato l'impatto dei Progetti Giovani degli anni '80 e '90, e quale è la difficoltà di promuovere politiche a sostegno delle famiglie. Sappiamo quanto è difficile immaginare uno spazio dei giovani, che sia pensato e gestito da loro perchè attraverso questa gestione possano diventare adulti, cioè protagonisti. Dobbiamo dunque porci il problema di quali politiche di prevenzione attuare con i giovanissimi e gli adolescenti, valutare quali investimenti la politica, ma anche la scienza e gli operatori stanno facendo su questo tema. Dal mio punto di vista non si tratta solo di risorse finanziarie, ma anche di competenze professionali, di strutture, di progettazione e di ricerche dedicate alla prevenzione.
Ho iniziato la mia relazione con un problema di metodo: tutti questi temi possono essere affrontati solo attraverso grandi e forti sinergie istituzionali, con il privato sociale, con le comunità e le associazioni. Diversamente, e temo accada in questa conferenza, le diversità e le contrapposizioni avranno il sopravvento sulle cose da fare. Nell'interesse di questo o quel punto di vista, di questo o quel personalismo, di questa o quella forza politica. Non nell'interesse dei cittadini.
Non ho mantenuto la promessa di essere breve, mi perdonerete. Vi ringrazio per l'at-

tenzione.

Chairman Dr. Antonio DE POLI:- «Grazie a Sergio ROSSETTI. Adesso chiamiamo Gianluca BORGHI, l'assessore regionale dell'Emilia Romagna.»

Dott. Gianluca BORGHI - Assessore alle Politiche sociali - Regione Emilia-Romagna
Buongiorno. Io vorrei ringraziare in modo non formale ma sostanziale il Governo per aver voluto tenere fede ad un impegno istituzionale, e cioè per aver voluto comunque svolgere questa Conferenza nazionale a pochi mesi di distanza dal rinnovo parlamentare previsto per la prossima primavera. E' questo un atto di grande responsabilità nel mutato assetto istituzionale, che non a caso vede oggi per la prima volta una sessione della Conferenza governativa affidata alle città e alle Regioni; mi pare che questa sia stata una scelta importante, non facile, visto che ancora una volta il rischio è che la tossicodipendenza venga utilizzata per scorribande politiche o comunque per la lotta politica, fosse anche nella migliore delle accezioni.
Voglio anche ringraziare il Presidente Ghigo che, con grande equilibrio, riconoscendo la differenza di posizioni politiche di cui le Regioni italiane sono portatrici in questa materia, ha voluto comunque rappresentare una posizione equilibrata e significativa. Anche questo mi pare un segnale importante che non potrà che favorire il raccordo e il confronto istituzionale, spesso difficile, fra le Regioni e fra le Regioni ed il Governo. Veniva stamattina ricordato proprio dal Presidente Ghigo come questo nuovo quadro istituzionale consegni, rispetto alle politiche con cui si affronta la tossicodipendenza, una realtà sostanzialmente diversa da quella che si aveva anche soltanto all'inizio di questa legislatura parlamentare. La riforma federalista approvata, che dà reale e significativo potere al governo delle Regioni, ai governi delle Regioni - e ci auguriamo, come Regioni, di essere davvero in grado di farvi fronte - forse non rappresenta ciò che come sistema delle autonomie locali ci aspettavamo all'inizio di questa legislatura parlamentare; nelle condizioni date, tuttavia, io ritengo davvero possa rappresentare una sfida per le Regioni. La nostra capacità di autogoverno dovrà ora tradursi in fatti concreti. Abbiamo senza dubbio strumenti significativamente più incisivi rispetto al passato: la riforma federalista, l'approvazione della legge sull'assistenza, la legge 45, l'atto di intesa sull'integrazione socio-sanitaria per la definizione del quale le Regioni ed il Governo sono fortemente impegnate, il Piano sanitario nazionale - troppo spesso ci dimentichiamo di questo atto fondamentale rispetto anche alla cogenza delle politiche di integrazione socio-sanitaria.
Molte Regioni in questi ultimi anni hanno individuato modalità operative attraverso cui sostanziare un reale sistema dei servizi nel quale pubblico e privato possono non soltanto cogestire gli interventi, ma andare ad una programmazione, ad una coprogettazione; un sistema che veda nella chiarezza, nella trasparenza, le basi per una sussidiarietà nella quale le funzioni di governo non scompaiono.
La sussidiarietà, laddove il governo locale e regionale sono forti, può essere straordinario strumento per far complessivamente avanzare le politiche e quindi anche gli interventi. Noi crediamo, questa Regione crede nella sussidiarietà quale strumento attraverso il quale possano più e meglio esplicitarsi le risorse locali, senza che i livelli di responsabilità politica e amministrativa deleghino funzioni che costituzionalmente gli sono proprie.
Molte Regioni hanno posto queste considerazioni al centro della propria azione amministrativa e talvolta anche legislativa, nonostante il quadro che fino a poco tempo fa sovrintendeva alle nostre azioni ce lo consentisse solo con grande difficoltà.
Istituzione del sistema dei servizi, direttive sui criteri di valutazione della qualità degli interventi per il pubblico e per il privato, sulla prevenzione primaria e secondaria, sulla prevenzione delle cause di morte, sulla riduzione del danno, sull'alcolismo, sul tabagismo, sulle nuove droghe: sono alcune delle produzioni di questa Regione. Io non ho dif-

ficoltà ad affermare come in molte delle iniziative più innovative assunte dal Governo e dal Parlamento sia assolutamente visibile il segno di esperienze locali che partendo dalle tante scene aperte nelle nostre città, dalle piazze, dalle strade, dai servizi pubblici, dalle comunità, hanno saputo introdurre innovazioni. Innovazioni di prassi, nuove modalità di rapporti, che hanno prodotto alla fine un miglioramento delle condizioni di vita delle persone tossicodipendenti - non dei "tossici" -.

Io penso che il recepimento dell'Atto di intesa Stato-Regioni sull'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi privati sarà un'altra straordinaria occasione. Un'occasione che non potremo sprecare per ridefinire, innovandoli ancora, modalità e strumenti di intervento volti alla qualificazione dell'intero sistema. Penso anche che una attuazione alta dell'Atto di intesa darà a tutto il sistema maggior credibilità, maggior trasparenza. Consentirà, in una parola, a tutti i cittadini che si rivolgeranno ai servizi, pubblici e privati, di avere qualche certezza in più rispetto alla qualità dell'intervento prodotto in risposta ad un momento di grande disagio della loro vita.

Il sistema dei servizi è, per quanto ci riguarda, un'esperienza strategica, irrinunciabile. Attraverso questo strumento abbiamo costruito la sussidiarietà in Emilia Romagna, e l'abbiamo costruita sul campo, senza delegare funzioni proprie dell'Ente locale e senza chiedere al privato di essere assoggettato al potere del servizio pubblico. Abbiamo costruito e discusso tutti gli atti amministrativi della nostra Giunta regionale con questa modalità di concertazione che ha prodotto, con molte difficoltà, e ancor oggi fra luci ed ombre, risultati comunque significativi.

In questo modo noi siamo riusciti - anche se nell'approssimarsi della Conferenza nazionale molto di questo percorso è stato messo in discussione, ma forse è giusto che sia così - a produrre modalità di rapporto che hanno consentito quasi sempre di superare i conflitti che negli anni '80 hanno reso spesso impossibile il dialogo e il confronto.

Vi è stata un'accettazione da parte del pubblico della necessità, della consapevolezza, dell'ineludibilità del rapporto con il privato. E da parte del privato c'è stato il riconoscimento del ruolo istituzionale che è proprio dell'Ente locale.

Questo nuovo quadro istituzionale, a partire dall'approvazione della legge sull'assistenza, consegna responsabilità nuove, straordinariamente più rilevanti, più visibili, agli Enti locali, in particolare ai Comuni. Il Comune, nella legge quadro di riforma dell'assistenza approvata dal Senato, è il centro, è il perno, io ritengo inevitabilmente, degli interventi di promozione sociale.

Io penso che l'esperienza di questi anni dimostri invece come troppo frequentemente, non soltanto da parte dei Comuni, ma anche da parte del sistema sanitario regionale e quindi dei governi regionali, vi sia stato un eccesso di delega ad altre competenze, ad altre responsabilità che non si sapeva bene quali potessero e dovessero essere.

Noi abbiamo acquisito una buona prassi di integrazione socio-sanitaria; tuttavia i nostri Dipartimenti delle dipendenze patologiche lavorano all'interno del sistema aziendale delle nostre USL con grandissima difficoltà, vivendo spesso condizioni di subalternità rispetto a dipartimenti quali quelli della Salute mentale, con cui invece si dovrebbe essere in grado di integrare realmente funzioni e modalità operative. Abbiamo troppo spesso consentito che tutto fosse comunque ridotto ad una prospettiva sanitaria, a un autointegrazione sanitaria.

C'è invece una responsabilità forte degli Enti locali; dobbiamo far sì che essi se la assumano, e che divenga attuale anche la possibilità di nuove integrazioni, non soltanto sul versante socio-sanitario, ma anche fra interventi sociali, interventi occupazionali, interventi di formazione ed altro ancora. E su questo i Comuni hanno un ruolo assolutamente centrale che mai nessuna autorità nazionale o regionale riuscirà a sostituire. È per questo che noi dovremo utilizzare anche le risorse aggiuntive previste dalla nuova legge nazionale sull'assistenza per far sì che possano essere acquisite nuove modalità di rapporto, nuovi modelli di intervento e di operatività.

Dobbiamo poi riuscire, ognuno per quanto di propria competenza, nelle nostre Regioni,

acquisita la riforma sanitaria, acquisito il Piano sanitario nazionale, a considerare anche modalità di programmazione di area vasta, penso alle Conferenze sanitarie provinciali, per giungere ad una reale e significativa integrazione socio-sanitaria. Troppo spesso - parlo dell'esperienza della mia Regione, che ritengo tuttavia non sia lontana da quella di altre realtà territoriali -, troppo spesso gli ambiti di programmazione di area vasta, ad es. le Conferenze sanitarie provinciali, sono invece luoghi nei quali le politiche di integrazione socio-sanitaria o comunque gli interventi che debbono fare sistema fra risorse, competenze degli Enti locali e del sistema sanitario sono escluse e non rappresentano oggettivamente momento di confronto significativo per gli interlocutori politici, per le Province, per i Comuni, ma anche, ovviamente, per le Regioni.
Dobbiamo andare ad un'applicazione del nuovo quadro legislativo assumendoci tutte le responsabilità, le competenze, e magari anche facendoci carico di tutto quanto non è esattamente definito nella legge Signorino-Turco di riforma dell'assistenza, per far sì che partendo dalle esperienze locali possano essere acquisite nuove e più significative assunzioni di responsabilità.
Si è parlato questa mattina - era inevitabile - delle modalità, delle esperienze, di quanto negli anni passati si è realizzato sui territorio in materia di politiche di contrasto alla tossicodipendenza. All'interno di questa prospettiva è ineludibile, io penso, incrociare le azioni di riduzione del danno.
Le azioni di riduzioni del danno non sono più, e non potranno più diventare escluse dall'opzione politica amministrativa e quindi dall'operatività del nostro sistema. Soltanto in questo modo, soltanto accogliendo, abbassando il più possibile la soglia di accesso ai nostri servizi, o comunque facendo in modo che tutti possano entrare in contatto con i servizi - tutte le persone che ne hanno bisogno devono poterlo fare, - forniremo un servizio efficace a chi ha bisogno. Noi dobbiamo includere, noi dobbiamo comprendere che l'esperienza di questi anni ha dimostrato come molto frequentemente utenti cosiddetti "bassa soglia" in contatto con i servizi, in virtù dei miglioramenti delle loro condizioni, sono poi in grado di intraprendere programmi di riabilitazione. Questa è una responsabilità chiara, evidente, che le Regioni, gli Enti locali, il sistema dei servizi, nella stragrande maggioranza hanno ormai acquisito.
E un punto di non ritorno. Se davvero il sistema dei servizi è sistema complementare integrato, non possono esserci - e mi permetto di esprimere un'opinione leggermente diversa da quella del collega della Regione Liguria Micossi - non possono esserci limiti all'azione di riduzione del danno. Se si prende in considerazione la politica di riduzione del danno bisogna essere conseguenti fino in fondo. Non c'è un lavoro sporco che possono e debbono fare gli operatori dei servizi pubblici e uno più alto, migliore, più significativo, più utile che solo il privato può svolgere. C'è un lavoro comune, sporco, pulito, comunque straordinario che richiede la competenza di tutti. Cecilia D'Elia nella parte finale della mattinata ha bene evidenziato il valore etico, assolutamente chiaro, insito in azioni di accoglienza, ascolto e presa in carico.
Il Ministro Fassino oggi ha assunto impegni coerenti con la limitatezza del mandato legislativo che è ancora a disposizione di questo governo. E' sotto gli occhi di tutti noi la realtà drammatica delle carceri. Tutti noi sappiamo perfettamente che di fatto ai cittadini, indipendentemente dal colore della pelle, ristretti nelle case circondariali del nostro paese, non sono garantiti gli stessi diritti d'accesso ai servizi sanitari riservati ai cittadini liberi. Questo è un punto politico assolutamente urgente da affrontare. Abbiamo il decreto legislativo 230 di cui troppo poco si parla e che prevederà a regime il completo passaggio del sistema sanitario all'interno delle case circondariali dalle competenze dei Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria alle Regioni. Le Regioni debbono prepararsi, dovremo fare grande opera di convincimento, magari anche verso i nostri colleghi Assessori alla Sanità, affinché questo passaggio venga vissuto come una straordinaria occasione per portare diritti anche laddove, fino ad oggi, essi sono stati disponibili per tutti.

Si è parlato molto questa mattina di Europa. Io ne voglio parlare partendo da un altro punto di vista. Il mio Assessorato negli ultimi dodici mesi ha costruito con l'Europa una progettazione complessa ed integrata - cito i progetti Prostitution Network, Laboratori estremi, Urbal, Equal, Intemigra -. Noi abbiamo incessanti motivi per costruire reti, relazioni, che inevitabilmente debbono avere un respiro europeo. Se questo faremo, magari anche soltanto per poter utilizzare meglio le molte risorse disponibili in aggiunta ai nostri asfittici bilanci, se questo accadrà, io penso che forse alla prossima conferenza governativa sulle tossicodipendenze, molte delle polemiche assolutamente astruse concentratesi sul fatto che qualcuno abbia laicamente richiesto di guardare con attenzione a cosa accade al di là delle Alpi, non avranno più motivo d'essere. Guardare all'Europa vorrà anche dire guardare meno alle nostre autoreferenzialità, alle nostre inefficienze, e in questa direzione sarà comunque inevitabile andare.

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «L'assessore del Comune di Venezia Luana ZANELLA.»

Dr.ssa Luana ZANELLA:- «Mi auguro davvero che la conferenza governativa sulle tossicodipendenze di Genova non stia alla conferenza di Napoli, come la conferenza sul clima dell'Aia è stata alla conferenza di Kyoto. Forse però corriamo questo rischio. Non che a Napoli come a Kyoto si fossero sciolti completamente tutti i nodi che inibivano svolte decisive rispetto alle politiche precedenti, dando davvero impulso alle politiche di comunità, di riduzione del danno, a sistemi innovativi di prevenzione, cura e recupero, omogeneamente distribuite sul territorio, alla depenalizzazione e decriminalizzaione del consumo e delle condotte ad esso connesse. Probabilmente il clima politico, avvelenato da una prematura apertura di campagna elettorale, sembra impedire di affrontare, nonostante gli impegni già assunti appunto a Napoli, e qui si ripropone l'analogia con Kyoto, e risolvere i problemi più pressanti, aggravati da ritardi ingiustificabili rispetto a quanto si doveva e si poteva fare. Stiamo facendo ora, anche nei miei territori, cose che sarebbe stato meglio fare già dieci anni fa. Primo tra tutto il problema nominato tante volte del carcere, dove alla fine del '99, su 51 mila detenuti, e oltre, oggi questo dato è stato già ripetuto più volte, 15 mila circa erano tossicodipendenti. A fronte di una carenza complessiva di assistenza socio - sanitaria efficace. I malati di AIDS che, in Italia, per il 90% ricordiamo essere tossicodipendenti, stanno ancora in carcere. Ma forse non si tratta, mi chiedo, solo di campagna elettorale, quanto forse di una scarsa, e questo probabilmente è più grave, capacità di tenuta di quella che a molti era sembrata una scommessa forte, politica e culturale, che il governo si era assunto; ma non possiamo imputare ovviamente la scarsa tenuta soltanto al governo. La riduzione, verso cui si tende ad andare, non tanto del danno, quanto delle contraddizioni più laceranti del presente, dalla tossicodipendenza, alla prostituzione, all'immigrazione, al problema prevalentemente di ordine pubblico, prefigura un approccio "drogato" alle problematiche, ideologico, quando più è necessario invece far fronte anche al bisogno di sicurezza, all'inquietudine, all'incertezza che attraversano le nostre città, tenendo ben circoscritto, laicamente, il confronto, sia pur conflittuale, delle esperienze, dei percorsi, dei punti di vista. Paradossalmente, e penso al tanto nominato orizzonte europeo, nel mio territorio, nella mia amministrazione, mai come in questi ultimi tempi il terreno è stato così fertile per l'incontro, la concretezza di percorsi comuni, di scambi produttivi e fecondi tra servizi, attori diversi, pubblici, del privato sociale. Anche con le forze di polizia. Le esperienze di politiche di riduzione del danno, di questo infatti sono stata chiamata anche a dire qualcosa in questo mio intervento, sono nate nel Comune di Venezia da un progetto del '97 e attualmente sono diventate un servizio, sempre del Comune, integrato nel sistema di servizi e attività di prevenzione, cura, riabilitazione dei tossicodipendenti. Queste politiche hanno un bisogno assoluto di essere valutate, consolidate, sviluppate, anche ricalibrate, messe a confronto sul terreno appropriato e tipico della verifica a cui le politiche sociali, come tutte le politiche, devono sottoporsi. Il progetto di riduzione del

danno propone un sistema di interventi con le seguenti finalità: aumentare le possibilità, le opportunità rivolte ai tossicodipendenti attivi, per permettere loro di prevenire le patologie correlate, evitare la trasmissione del virus HIV e altre malattie.»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «L'assessore ai diritti civili del comune di Bari, Dottor Filippo MELCHIORRE.»

Dr. Filippo MELCHIORRE:- «Le emozioni sono delle risonanze affettive e possono distinguersi in piacevoli, quali la gioia, l'affetto, l'entusiasmo, e spiacevoli, quali la rabbia, la paura, il dolore. L'emotività risulta legata alla vita organica in modo più evidente dall'affettività. Negli stati emotivi si riscontrano vere e proprio alterazioni fisiologiche: aumento del battito cardiaco, movimenti istintivi e incontrollabili, alterazioni della voce e dell'espressione del volto. L'affettività è l'insieme delle molteplici forme di reazioni globali che ogni individuo assume di fronte alle esperienze che lo toccano da vicino, esperienze che egli sente vive come sue e che perciò danno tono alla sua vita. La sfera dell'affettività è molto ampia. Ad essa appartengono il sentirsi bene o male, a livello somatico e psichico, e il sentirsi o no a proprio agio. L'essere, in fase di liberazione o frustrazione, l'abbandonarsi a sentimenti di simpatia, di amore, oppure di antipatia e di odio. La vita affettiva ed emotiva, in tutte le sue componenti, si forma ed educa sin dalla primissima infanzia. È proprio in tale periodo dell'età evolutiva che si pongono le basi dei successivi sviluppi. Perché dunque i giovani ricorrono all'uso di sostanze per procurarsi e intensificare le emozioni in modo artificiale? Evidentemente non hanno ricevuto risposte adeguate ai loro bisogni affettivi e le carenze affettive di cui soffrono ora si fanno sentire in modo negativo. Se la famiglia non esiste, il suo posto è occupato da altri gruppi dotati di specifiche competenze di socializzazione, come il gruppo dei pari, le organizzazioni contro - culturali, centrate su processi emotivi di identificazione e azione. Dal lavoro congiunto con il SERT e la cooperativa CAPS della mia città, Bari, in un'indagine su ventisette istituti scolastici secondari, emergeva il dato allarmante che i ragazzi di oggi non si sentono adeguati alla vita e ricorrono alla droga sia per piacere, sia per depressione. In questo casi che cosa si fa? Si somministra droga per metterli a proprio agio? Credo proprio di no, credo sia essenziale educare. Educare alla partecipazione, alla responsabilità, alla solidarietà, ai valori. Rivalutare e sostenere le famiglie come contesto di vita e di affetti riconosciuto stabile e affidabile. Dare valore e chiarezza a quelli che sono i diritti della persona e le vere scelte libere, contro ciò che non può essere né un diritto né un atto di libertà, come l'uso delle droghe. Contro le droghe, cura la vita. Questo era lo slogan portato nella conferenza di Napoli dalla ministra. Per combattere la tossicodipendenza ci vuole meno carcere, meno esclusione sociale, meno stigmatizzazione, ancor più impegno verso il sociale, più informazione e formazione. Più rispetto per i diritti delle persone, più responsabilità e accoglienza verso gli altri, più autodeterminazione. Sono passati tre anni e mezzo e nulla è stato fatto, sono rimaste solo parole. Lo slogan è rimasto tale. Se si registra un minor consumo di eroina vi è un aumento dell'uso di cocaina e di sostanze allucinogene. Come avviene sempre in Italia, si cerca di mettere un rattoppo quando si contano i morti. Oppure, cosa peggiore, si pensa di aiutare gli eroinomani, di arrestare zombi, così non nuocciono. Congelare il loro stato non è la giusta soluzione, significa dichiarare il proprio fallimento nelle strategie di prevenzione più volte dichiarate, ma sempre disattese. Fine ultimo dell'intervento sociale deve essere il recupero della persona tossicodipendente e non quello di controllare i suoi impulsi per procurarsi la droga. Bari è un crocevia della droga albanese, tanto si legge nelle cronache. Va intensificata l'azione di repressione delle forze dell'ordine nella lotta al narcotraffico, affinché l'Albania non diventi una nuova Colombia. Sento il dovere morale di portare all'attenzione di questa conferenza anche il problema dell'alcolismo. Infatti nulla è stato fatto in questi tre anni, non esiste una legge quadro di contrasto all'alcolismo e alla diffusione di sostanze alcoliche tra i giovani. Era nelle intenzioni della mini-

stra a Napoli. L'OMS definisce l'alcool come una sostanza psicoattiva, per tanto una droga. Quali le risposte del Governo alle famiglie che piangono i propri cari morti sulle strade dopo una serata in discoteca? Ho apprezzato l'onestà nell'intervento della ministra. Manca tuttavia una politica di prevenzione primaria a tutto campo, che tenda a recuperare alla responsabilità e alla qualità della vita di tutti i cittadini e contestualmente a informare con ogni mezzo e in ogni contesto sulla dannosità di tutte le droghe con un secco no alla liberalizzazione di ogni tipo di droga.»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «Grazie. Chiamiamo adesso l'assessore della Regione Toscana, il Dottor Angelo PASSALEVA.»

Dr. Angelo PASSALEVA:- «Anch'io voglio ringraziare il Ministro e il Governo per aver mantenuto l'impegno a tenere questa conferenza nazionale. Come segnalato e concordato limiterò il mio intervento al problema della gestione delle marginalità più complesse. Dalle due conferenze nazionali sulle tossicodipendenze è emerso un filo conduttore che si può riassumere così: concepire il momento assistenziale e riabilitativo come una pratica dell'accoglienza di tutti i tossicodipendenti, soprattutto i più emarginati, a partire del riconoscimento della loro dignità di persone e del diritto - dovere di ciascuno a realizzare la propria personalità. Nel corso di questi anni la Regione Toscana ha accolto le sollecitazioni emerse dalle due conferenze nazionali e ha cercato di darvi attuazione. A livello operativo tale principio si è tradotto nella tensione alla ricerca della guarigione dalla dipendenza, senza ignorare tuttavia i necessari obiettivi intermedi finalizzati alla salvaguardia della vita, prima di tutto, delle condizioni di salute e dignità, nonché alla progressiva assunzione di responsabilità e cura di sé, soprattutto per coloro che non sono in grado di praticare forme protratte di astinenza. Questa impostazione ha favorito la costruzione di un sistema di servizi integrato che prevede uno stretto rapporto tra risposte assistenziali e risposte di accompagnamento sociale e che si modula sulla fase che la persona tossicodipendente attraversa, sulle motivazioni del periodo, sulle risorse disponibili e sulle capacità di utilizzarle. Per questi motivi, nella nostra regione, sono stati messi a punto e realizzati programmi a bassa soglia, sono stati privilegiati programmi a maggior contenuto clinico -terapeutico, rispetto a interventi puramente pedagogici e allestiti interventi intermedi fra l'ambulatorio e la comunità residenziale, quali l'unità di strada, i centri diurni, le attività serali, le case alloggio, i gruppi di auto - aiuto, gli interventi nelle discoteche e in altri luoghi di aggregazione giovanile. La riflessione sulle marginalità più complesse diviene, a parer nostro, sempre più attuale di fronte all'emergenza rappresentata dall'espandersi di alcuni gruppi a rischio per condotte di dipendenza rapidamente evolventi in cronicità. Questi soggetti sono i senza fissa dimora, i nomadi, i cittadini stranieri extracomunitari, i soggetti tossicodipendenti con patologie psichiatriche, i detenuti, le prostitute. Condizioni che sollecitano un impegno a confrontarsi con un quadro di crescente complessità, dove, accanto alle sostanze di abuso, emerge la persona con la problematicità delle sue relazioni familiari, dei suoi rapporti con la comunità sociale, con la complessità del proprio vissuto e delle proprie condizioni psico - emotive. Questa riflessione, quindi, è un invito a cogliere la persona in tutte le sue componenti somatiche, psicologiche, sociali, spirituali. Presupponendo la malattia come il frutto di un'interazione fra ambiente e individuo e il suo decorso modulato dal rapporto con il trattamento e la comunità. Esiste infatti, a mio parere, una relazione stretta fra la capacità di un dato territorio nel garantire pari opportunità ai suoi membri, compresi quelli che vivono situazioni di disagio e di emarginazione, e il benessere sociale complessivo dei suoi abitanti. Se una comunità locale ispira le proprie politiche a un concetto nobile di accoglienza, diventando così comunità accogliente, segnala un buono stato di salute di sé e dei suoi abitanti. Questi sono alcuni temi che attraversano anche il mondo delle dipendenze. Un aspetto positivo a fronte di altri, a volte troppo specialistici, del dibattito di questi anni sulla riduzione del danno, è stato proprio il riportare al centro dell'at-

tenzione la fascia di tossicodipendenti a marginalità dura, ritenuti meno in grado di aderire a programmi di recupero sofisticati e per tanto, in molti casi, lasciati in balìa di sé stessi. Il fatto che noi abbiamo potuto constatare che ad occuparsi a tutto tondo di questi soggetti sia stato in molti casi il mondo dell'associazionismo e del volontariato, e un po' meno i mezzi pubblici, è il segnale di una parziale difficoltà di questi ultimi a porre in atto programmi di intervento meno strutturati rispetto a quelli tradizionali. In molte realtà le esperienze realizzate dal privato sociale, maggiormente flessibile per sua natura, con una cultura fortemente improntata alla solidarietà e all'accoglienza, hanno rappresentato punte di eccellenza nella rete dei servizi rivolti alle fasce di popolazione più emarginate, soprattutto dove si è saputo agire in un rapporto di integrazione stretta con i servizi pubblici. Nella realtà toscana, per fortuna, le potenzialità presenti in questo senso sono state molte e si basano innanzitutto sulla capacità di pensare e realizzare servizi fortemente integrati tra pubblico e privato sociale. Il vedere inserito all'interno di questa conferenza nazionale un tema come quello delle marginalità sociali più complesse significa, per quanto mi riguarda, tre cose. La prima: occorre una volontà programmatica forte delle Regioni per agire a sostegno di percorsi di inclusione sociale, questo anche ai fini della prevenzione. La seconda è che i servizi pubblici devono saper progettare gli interventi necessari su questa fascia di popolazione, in una relazione paritaria con il privato sociale, sviluppando tutte le potenzialità, che sono una rete integrata di servizi pubblici e privati. La terza è che occorre dare un respiro culturale e professionale più ampio a tutti gli interventi a bassa e bassissima soglia, superando l'angusto e sterile dibattito che talvolta è stato proposto in modo del tutto ideologico su eroina controllata sì, eroina controllata no. Ritengo che si debba lavorare nella direzione indicata dal progetto di governo per la lotta alla produzione, al traffico, allo spaccio, al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope per gli anni 2000/2001, che ha espresso la volontà di un forte impegno contro la povertà e l'esclusione sociale, elementi che favoriscono l'ingresso nel circuito della droga. Le dipendenze sono infatti correlate sempre più spesso a grandi fenomeni quali la migrazione dei popoli e l'emergere di nuove forme di povertà, che stanno investendo sempre più larghe fasce di popolazione. Ciò impone da una parte una riprogrammazione dell'intera rete dei servizi socio - sanitari, in particolare quelli territoriali e non solo dei SERT, dall'altra la scelta di un metodo che a nostro avviso non può essere che quello della concertazione e della programmazione integrata fra pubblico, terzo settore e realtà dell'auto aiuto. Su questo terreno è fondamentale il contributo dato dalle leggi nazionali, quali la 285/97, o ancora più dalla recente legge quadro nazionale per la realizzazione del sistema integrato degli interventi sanitari e dei servizi sociali. Nella realtà toscana si sono avute esperienze positive dalla nostra legge regionale 72/97, che ha previsto lo strumento della concertazione e della programmazione a livello territoriale, garantendo pari dignità a tutti i soggetti, pubblici e privati, sia nell'attuazione che nella programmazione, alle forme di auto aiuto e partecipazione attiva dei cittadini e dove vengono dati strumenti dalle conferenze di zona dei sindaci per realizzare nel concreto i patti territoriali per la salute. Una rete così concepita non ha niente a che vedere con le tipiche forme assistenzialistiche sanitarie o sociali realizzate in passato, che rendevano passivo il soggetto. La rete di protezione sociale è tale solo nel momento in cui esiste un continuum di interventi tra servizi ad alta o media soglia e servizi a bassa soglia, che rappresentano di volta in volta occasioni per la persona di fuoriuscita dal disagio e dalla difficoltà. Un insieme di opportunità, quindi, le più diversificate possibili che, una volta connesse le une con le altre, vadano a formare la rete del territorio all'interno della quale lo stesso concetto di riduzione del danno diventa uno degli strumenti, insieme ad altri, per il raggiungimento di un grande obiettivo di salute. Il modello che può garantire una tale affermazione si fonda su un sistema di assistenza universalistica. L'altro modello di assistenza, basato sulla concorrenza o sul mercato, rischierebbe di produrre un ulteriore divario fra chi ha possibilità di farsi curare e assistere e chi invece queste possibilità non le ha. Concludo dicendo che la Regione Toscana vuole portare

a questa conferenza un contributo di riflessione sulle marginalità più gravi, frutto dell'esperienza maturata nella nostra realtà regionale e grazie al forte impegno su questi temi sia del volontariato, sia che dei servizi. Un capitale di lavoro comune che ha garantito in molti casi la possibilità di coniugare elementi di professionalità e aspetti di solidarietà e di tolleranza. La progettualità su questi temi messa in atto nella nostra regione sarà oggetto di specifici interventi nelle varie sessioni di lavoro nei prossimi giorni. Auspico che essi possano contribuire al dibattito e allo scambio di esperienze, sempre utile per tutti e necessario per una crescita culturale e professionale dei servizi e un potenziamento dell'impegno di tutti coloro che operano sul fronte delle dipendenze.»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «Grazie dottore. L'assessore del Comune di Torino, Dottor Stefano LEPRI.»

Dr. Stefano LEPRI:- «Sarò stupefacente, farò un flash. Scusate se gioco con le parole, ma so che a quest'ora siamo tutti molto stanchi, quindi vi parlerò di un'azione specifica che il Comune di Torino ha realizzato in questi anni, quindi non delle strategie complessive che la nostra città ha adottato, bensì dell'agenzia cittadina per le tossicodipendenze, che è stata deliberata dal consiglio comunale nel 1996, che ha cominciato a lavorare nel '97, che quindi in questi anni ha fatto i primi passi. Qual era lo spirito del consiglio comunale che ha voluto la costituzione di questa agenzia? Innanzi tutto quello di far convergere in un luogo di incontro, di progettazione comune, le diverse divisioni della nostra amministrazione, l'assistenza, la gioventù, il lavoro, l'istruzione, il decentramento, poi soprattutto la possibilità di raccordare queste iniziative con la sanità, con la scuola, con l'ordine pubblico e quindi con le diverse politiche sociali. Si è trattato di far convergere all'interno di questo agenzia le diverse attività. Non abbiamo scelto, come mi pare di capire che hanno fatto altre grandi città, di costituire un'agenzia contenitore di tutte le iniziative rivolte al tossicodipendente, non abbiamo costituito un'istituzione, o comunque un ente ad esso dedicato: è semplicemente, ma non troppo, un luogo di incontro, di scambio, di coordinamento. Gli obiettivi sono in sostanza quello di integrare le diverse progettualità e anche non poche azioni, soprattutto con carattere di sperimentalità, di realizzare campagna informative, di fornire informazioni e conoscenze tra i soggetti, di valutare l'efficacia delle politiche. Ci sono due organi, uno assembleare, l'altro operativo, che danno indirizzi e realizzano attività. Tra i risultati più significativi, li elenco solamente, c'è un sistema informativo che è stato realizzato e che consente a tutte le agenzie, pubbliche, del privato sociale, o private, di poter avere informazioni essenziali sui possibili partner su ogni fronte della politica sociale, sistema informativo che abbiamo terminato proprio in queste settimane e che sarà on line e che quindi consentirà anche un aggiornamento costante. Poi abbiamo realizzato attività di inserimento lavorativo espressamente nate dall'agenzia attraverso i progetti 309, un progetto di aiuto alle persone tossicodipendenti che escono dal carcere attraverso una prima accoglienza, attività di orientamento e di informazione, progetti a favore dei tossicodipendenti senza fissa dimora, street walkers e altri, programmi di partnership dove il Comune sostiene attraverso sue attestazioni di partenariato progetti di enti ausiliari, del privato sociale, sia a livello nazionale che internazionale. In conclusione vi spiego i punti di forza: sicuramente questo luogo di confronto ha consentito, se pur ancora i passi da fare sono molti, il superamento di diffidenze, di incomprensioni o più semplicemente di mancanza di comunicazione. Sono stati avviati progetti che richiedevano una collaborazione forte, probabilmente difficilmente perseguibile senza questo luogo di coesione, di confronto, ed è stata avviata un'attività di promozione culturale, di divulgazione anche di materiali informativi. Tra i punti deboli c'è stata un'organizzazione, anche una dotazione di personale probabilmente ancora da corroborare e talvolta anche orientamenti di natura politica, e quindi di indirizzo strategico, non perfettamente consonanti tra chi ha responsabilità politiche con, forse, qualche elemento di non completa coerenza nella fase di realizzazio-

ne.»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «Grazie all'assessore. Adesso l'assessore regionale della Regione Sicilia, Dottor Giuseppe PROVENZANO.»

Dr. Giuseppe PROVENZANO:- «Articolerò questo mio intervento in due momenti, anche se brevi. Il primo è sull'esperienza siciliana, su ciò che abbiamo fatto e ciò che stiamo facendo. Nel secondo momento tenterò di sviluppare alcune considerazioni di carattere generale sul tema di questa nostra conferenza. Le problematiche connesse alla tossicodipendenza sono da tempo all'attenzione del governo della regione siciliana che, fin dagli anni '80 ha avviato una specifica iniziativa legislativa, che si concluse allora con l'approvazione della 21 agosto '84, numero 64, intitolata appunto "Piano contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti e psicotrope". Con tale strumento legislativo allora, e poi con il recente Piano sanitario regionale, sono state delineate le strategie di intervento, articolate e coordinate, per contrastare il fenomeno e per favorire il reinserimento ed il recupero sociale dei soggetti tossicodipendenti. Ingenti risorse finanziarie sono state stanziate dalla nostra Regione per sostenere le attività di soggetti istituzionali pubblici, privati, del privato sociale, nei seguenti ambiti: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, formazione, qualificazione e aggiornamento degli operatori, iniziative dei Comuni in campo sociale e culturale per favorire la prevenzione e il reinserimento sociale, attività degli enti privati, contributi per la costruzione di comunità terapeutiche, assunzione delle rette di soggiorno in strutture di recupero e reinserimento, inserimento lavorativo attraverso contributi alle imprese artigiane, alle cooperative, alle aziende, per l'assunzione di soggetti ex tossicodipendenti. I mutamenti socio - economici intervenuti fino ad oggi hanno determinato anche una modificazione del fenomeno. La diffusione di nuove sostanze, nuove modalità di consumo, considerate erroneamente, sottolineo erroneamente, meno trasgressive, l'uso associato di alcool e psicofarmaci, l'abbassamento dell'età dei consumatori, l'estensione del consumo a fasce più numerose di popolazione, l'assunzione contemporanea di sostanze diverse, richiedono un costante adeguamento delle strategie di intervento nell'azione di contrasto, di prevenzione e di recupero. Le esperienze maturate in questi anni hanno dimostrato tuttavia che la soluzione del problema della tossicodipendenza non può essere trovata solo nel sistema normativo. È indispensabile un reale contributo operativo di tutte le forze della società. In primis della famiglia, della scuola, delle agenzie educative, del mondo del lavoro. Il quadro normativo favorisce la creazione di sistemi di interventi a rete, affinché l'azione integrata di soggetti che intervengono a vario titolo possa risultare molto più efficace con la valorizzazione e l' integrazione delle varie professionalità, esperienze e valori. Il governo della regione ha inteso e intende realizzare un'intensa attività di programmazione, coordinamento e valutazione degli interventi. In particolare ci proponiamo di contrastare efficacemente le dipendenze dalle sostanze da abuso, rilevando i bisogni assistenziali sulla base di dati epidemiologici ed esercitando funzioni di controllo soprattutto dell'efficacia e della qualità dell'assistenza erogata. Ci proponiamo di incrementare il numero di soggetti che si rivolgono al sistema di assistenza, al fine di favorirne il recupero e il reinserimento sociale. Vogliamo incentivare l'umanizzazione dei rapporti fra servizi pubblici, privati, del privato sociale, i pazienti e le loro famiglie. Ci proponiamo di individuare le soluzioni per ottimizzare l'accesso degli utenti e delle loro famiglie alla rete dei servizi. Le attività saranno realizzate nella nuova ottica del servizio territoriale, inteso come servizio alla persona ed alla comunità, nel presupposto che l'utente, e soprattutto anche la sua famiglia, debbano trovare una risposta personalizzata ai propri bisogni. Il governo siciliano intende pertanto promuovere concrete iniziative di contrasto all'evoluzione del fenomeno, attribuendo importanza preminente alle seguenti tipologie di intervento: realizzazione di progetti integrati sul territorio, che prevedano azioni congiunte di soggetti pubblici, privati e privato sociale, con integrazione e messa in rete delle rispettive espe-

rienze e competenze, con particolare riferimento alla famiglia, alla scuola, al lavoro, attività di prevenzione, recupero e reinserimento socio - lavorativo svolte dagli enti ausiliari e dagli altri enti operanti nel settore con documentata esperienza, attivazione o potenziamenti di centri educativi di ascolto e di aggregazione, con funzione di prevenzione primaria e secondaria, sostegno e promozione di gruppo di aiuto aiuto e di gruppi di famiglie, inserimento di soggetti ex - tossicodipendenti nel mercato del lavoro, attività di formazione degli operatori e dei servizi pubblici e degli enti privati, valutazione dell'efficacia degli interventi. Il governo intende valorizzare le professionalità e le esperienze acquisite dagli enti ausiliari che già da tempo collaborano per il perseguimento degli specifici obiettivi del servizio sanitario e sociale, e intende favorire una loro più stretta collaborazione con i servizi pubblici, nella consapevolezza che l'azione integrata degli operatori pubblici e privati possa garantire la migliore efficacia ed efficienza degli interventi. Questa conferenza sulle tossicodipendenze arrecherà certamente un vantaggio a tutti noi. Almeno per lo scambio di esperienze e l'intesa su comuni propositi. Comporta però anche qualche rischio, che voglio sottolineare e sottoporre alla vostra attenzione. Il primo, credo, è ritenere la droga come causa e non come effetto. La regione siciliana ha iniziato, sin dal 1984, questa sua attività legislativa, e quindi operativa, contro l'uso non terapeutico delle droghe, stanziando ingenti risorse rispetto al nostro bilancio per sostenere le attività di soggetti istituzionali, abbiamo detto pubblici, privati e del privato sociale: quindi tutti gli interventi di prevenzione nelle varie fasi, di formazione, di sostegno degli enti locali e dei privati e infine di reinserimento nella società e nel mondo del lavoro. Il nostro è stato ed è, ma credo che ciascuno di voi possa dire altrettanto, un lavoro intenso, gravoso, foriero di qualche risultato anche lusinghiero. È come dire che ogni tanto si riesce a far guarire qualcuno dal cancro. E' fondamentale che la ricerca sul cancro continui fino al giorno in cui un novello Pasteur di turno non annunzierà al mondo che si è trovato il modo definitivo e complessivo per debellare questa malattia. E sarà festa. Lo sarà ancor di più se un giorno qualcuno potrà affermare che l'uomo non è più aggredito dal cancro, perché sono cessate le condizioni favorevoli al suo insorgere. Sarebbe ben altra festa. Oggi noi operiamo per offrire rimedi ai danni gravissimi inflitti dalla droga all'umanità, ma operiamo anche per evitare, prevenire. Per fare ciò utilizziamo strumenti dai risultati incerti e discontinui. Un dato certo, di questi giorni, è che la cocaina trova sempre più vittime negli ambienti più disparati, anche apparentemente meno a rischio. La riduzione del danno provocato dall'uso non terapeutico degli stupefacenti è un obiettivo che attiene ai doveri etici, politici e funzionali di chi amministra la collettività, ed è un fronte su cui già siamo impegnati e su cui intendiamo ottenere risultati ancora migliori. Ecco perché la nostra Regione sta operando per realizzare nuovi servizi mirati a offrire una risposta personalizzata ai bisogni dei tossicodipendenti e delle loro famiglie. E su ciò valorizzerà la collaborazione del pubblico, del privato e di tutti coloro che vorranno partecipare. Le iniziative rivolte alla riduzione del danno non comprendono, e su ciò voglio essere molto chiaro, né la legalizzazione della droga, né quella della somministrazione di farmaci sostitutivi al di fuori delle strutture di controllo. Su questo tema ed a sostegno di questa posizione si sono già spese e si spenderanno molte argomentazioni e quindi mi limito a riaffermarne il principio. Tengo solo ad dire che, in quanto principio ragionatamente ed accuratamente valutato, non consente ripensamenti. Ma l'obiettivo non può e non deve essere solo questo. Non possiamo solo cercare le cure contro il cancro e trascurare il modo per evitare che esso insorga. Non possiamo ritenere la nostra coscienza di politici, di amministratori, di padri e di operatori sociali, soddisfatta, a posto, perché operiamo in aiuto dei tossicodipendenti. Il mondo non comincia da lì, non comincia dalla droga, l'uomo ne nasce libero. Sembra una banalità. Ma invece è la più pesante delle affermazioni. La più pesante specialmente per chi ha il vantaggio, e noi lo abbiamo, di poter determinare, seppure in parte, l'assetto del nostro paese. Solo in parte, è vero: ciascuno la propria tessera del mosaico complessivo. E se non trascureremo di considerare che potere vuol dire possibilità e quindi azione, sentiremo

pesante e suggestivo il potere che ci è stato conferito, anche se piccolo, rispetto al problema, rispetto a chi detiene i veri destini del mondo. Quindi l'uomo nasce libero, poi alcuni finiscono per non esserlo. Partono, fuggono per viaggiare al di fuori, al di fuori del mondo. Fuggono rinunciando anche a quella che Pascal definì l'unica intoccabile proprietà dell'uomo: il suo pensiero. Qualcuno quindi fuggì dalla propria massima libertà, il pensiero, per assoggettarsi ad umilianti padroni. Sembra illogico, ingiustificabile, ma avviene, è così. Chi si droga fugge per consegnarsi a un padrone spietato. Chiediamoci quale inconsapevole complicità c'è stata da parte nostra, perché ciò sia tanto spesso accaduto. Chiediamoci se ci è possibile promuovere qualcosa perché ciò regredisca. È vero o no che abbiamo creato una società eccessivamente competitiva? Che prevalere è divenuto un'ossessione? Che i vincenti sono soltanto limitati ai modelli che ci vengono imposti? Certo, chi ha la fortuna di formarsi in modo armonioso, di conoscere realtà equilibrate, ha poi il vantaggio di sapere convivere con il mondo, con ciò che lo circonda. Non avverte la necessità o la tentazione di viaggiare, di andare altrove. Ma qui non ci stiamo occupando di chi è libero, ma di chi dobbiamo contribuire a rendere libero, perché non ha gli strumenti per esserlo. Nella prima parte della nostra vita riceviamo grande influenza da ciò che acriticamente siamo portati a conoscere. Ciò diviene il modello da imitare. È ben poca cosa la voce del padre, della madre, sempre che siano costruttive, rispetto al mondo di forti, di belli, di vincenti, di ricchi, di figli, diciamo di astuti, di materialisti incontrollati. Insomma rispetto ad ogni "Beautiful" che giunge nelle coscienze di chi invece ha una vita davanti, ma non è forte, non è bello, non è vincente, non è ricco, non è "Beautiful". È ben poca cosa la voce del padre e della madre, sempre che siano costruttive, dinanzi alla logica che vede prevalere la soubrette comunicativa sul sociologo imbranato, semplicemente sull'uomo comune, equilibrato ma timido. È la logica dei brillanti salotti televisivi o della varie "Carramba" che distribuiscono miliardi a una sola telefonata. Ma l'elenco potrebbe essere lungo. Dai politici ignavi a quelli corrotti, dai preti ipocriti agli artisti asserviti al potere. Questi sono tutti modelli vincenti, ma fuorvianti. Danno del prevaricatore l'idea che sia il vero vincente, ma se non si possiedono gli strumenti per prevaricare, per vincere la concorrenza secondo i modelli ricevuti, ecco che può nascere la soluzione alternativa, quella che porta altrove, in un viaggio sconosciuto, ma che almeno all'inizio rassicura. Sono certo che in questa assemblea non è stato consentito l'ingresso ai superficiali, a chi potrebbe dire che PROVENZANO ha affermato che uno come Maurizio COSTANZO genera drogati. Sarebbe sciocco. Non lo è. Non lo è invece riconoscere che la formazione dell'individuo passa attraverso la conoscenza e che questa, in questo tempo, fornisce cattivi maestri. Guardo al futuro con speranza, con l'ottimismo della volontà. Volontà di individuazione di principi stabili, di valori costruttivi ma anche di diffuso benessere e di risorse ben ridistribuite. Per chiudere le agenzie di viaggi senza destinazione, dovremmo restituire ai giovani bagagli pieni di contenuti. Non dobbiamo mai correre il rischio di dimenticarcene.»

Chairman Dr. Antonio DE POLI:- «Grazie. Ed ora l'assessore ai servizi sociali della Regione Umbria, Dottoressa Marina SERENI.»

Marina SERENI: - Non vorrei che questa sessione della Conferenza sulle tossicodipendenze fosse tanto noiosa da passare alla storia come qualcosa di più pericoloso della droga stessa. Cercherò per questo di essere molto sintetica e di tener conto solo parzialmente dei temi che avevamo assegnato ai diversi interventi.
Vorrei fare anch'io una sottolineatura di metodo, riprendendo alcune cose che ho sentito. Regioni, Enti locali, privato sociale sono "condannati" a lavorare insieme tra di loro e insieme al Governo centrale. Poiché non è credibile ridurre questa pluralità di soggetti né immaginare una loro omogeneità politica assoluta, ritengo che si debba scegliere, nel discutere di un tema piuttosto sensibile sotto il profilo politico come quello delle tossicodipendenze, tra due metodi. Il primo è quello di discutere per segnalare le differenze,

cristallizzarle, irrigidirle e vedere chi ha più spazio nei giornali di domani mattina. L'altro è quello di tenere aperta una discussione - perché nessuno di noi è così sciocco da pensare che il confronto si chiuda ad una conferenza come questa - cercando però di fare anche qualche passo avanti.
Devo dire che ho molto apprezzato i contenuti, i toni, lo spirito della mattinata, perché hanno dato un po' questo segno, che è un segno, se mi consentite, di laicità delle istituzioni. Ho detto laicità, che è molto diverso dal laicismo, da atteggiamenti di relativismo etico.
Mi sembra in altre parole importante che si affermi l'idea che le istituzioni - Stato centrale, Regioni, Enti locali - siano in grado di lavorare assieme per contrastare un fenomeno complesso come quello delle tossicodipendenze senza pretendere di pensare tutti esattamente allo stesso modo e di trasferire la propria convinzione religiosa o ideologica all'interno delle politiche istituzionali. Sento che questo punto è ancora un po' ambiguo tra di noi, anche tra di noi rappresentanti delle Regioni.
Avrei preferito, ad esempio, che le otto Regioni che la pensano in maniera simile sulle tossicodipendenze avessero fatto otto documenti autonomi, non necessariamente diversi nell'ispirazione ma in grado di descrivere e di dare conto delle specificità di ciascuna regione piuttosto che dare la dimensione di una sorta di "schieramento" su una materia sulla quale intervengono altri soggetti che esprimono altre ispirazioni. E' evidente infatti che il Piemonte è anche Torino, il Lazio è anche Roma, in Veneto c'è Venezia, solo per rimanere agli interventi che qui abbiamo ascoltato. E noi sappiamo che da dopodomani, finita la conferenza, le Regioni, gli Enti locali, il privato sociale, gli operatori pubblici e non che sono qui, sono - come dicevo all'inizio - "condannati" a tornare a lavorare insieme nelle proprie città e sui propri territori.
L'Umbria ha tenuto, come altre Regioni, una conferenza preparatoria di questa nazionale e io vorrei molto sinteticamente dire alcuni punti che sono emersi dalla nostra discussione e che credo possano essere, come dire, condivisi con altre realtà.
Uno dei punti è questo: la conferenza di Napoli aveva messo al centro la politica della riduzione del danno, la conferenza di Genova offre una base di discussione molto più articolata molto più ampia, che è fatta di una riflessione scientifica ma anche di una valutazione di esperienze e di servizi che nelle varie realtà del paese si sono sviluppate in questi anni. C'è soluzione di continuità, cioè stiamo parlando di una rottura nella elaborazione che ci divide da Napoli? Cioè Napoli è stato una cosa, oggi stiamo costruendo un altro percorso? Oppure, come io mi sento di dire dopo la discussione di questa mattina e anche molta parte di quella del pomeriggio, non ci sono ragioni per modificare sostanzialmente i punti di arrivo della conferenza di Napoli e però ci sono ragioni per sviluppare quei punti di arrivo, trarre alcuni elementi di bilancio e parlare delle esperienze, dei dati di cui disponiamo?
Allora, uno dei punti di cui disponiamo è che da Napoli ad oggi sono successe molte cose. E' stata approvata la legge 45 del '99, per noi Regioni impegnativa, non solo per la regionalizzazione del fondo, impegnativa anche per gli altri aspetti, che in parte dobbiamo ancora realizzare.
In Umbria abbiamo rapidamente attivato ed impegnato il Fondo mentre dobbiamo dare ancora piena attuazione alla legge su altri punti. In particolare rispetto all'accordo concluso in sede di Conferenza Stato-Regioni non abbiamo potuto recepirne ancora i contenuti perché mancano alcuni decreti ministeriali. Colgo questa occasione, rivolgendomi in particolare al Dott. Guido Bolaffi che è qui, per chiedere di accelerare l'emanazione di questi decreti indispensabili per dare seguito all'accordo Stato-Regioni, che tratta aspetti importanti per attuare le politiche di contrasto alle tossicodipendenze definite a Napoli, e che in parte stiamo già sperimentando.
Quell'accordo rimette fortemente al centro la persona, costringendo tutti noi - gli operatori, i servizi - a non pensare che sia la persona che si adatta ai servizi ma i servizi che si modificano alla realtà delle persone a cui vogliono rivolgersi. Questo vuol dire, ad

esempio, che non è proprio detto che un servizio debba stare ad aspettare che qualcuno lo cerchi. Può essere il servizio - ma non solo quello sperimentale anche quello, come dire, ufficiale, il più consolidato Sert - che va a cercarsi la persona che forse può aiutare.
Qui c'è un punto che noi dobbiamo provare ad indagare di più. Ed è questo: la politica del riduzione del danno è una strada di rinuncia, di abbassamento della guardia? Sento che nella discussione nostra c'è questo elemento. Vorrei che lo provassimo a declinare meglio per capire se non ci stiamo un po' facendo la caricatura reciproca: la politica della riduzione del danno viene descritta come una politica che si accontenta di contenere alcune problematiche; una riflessione critica sulla politica della riduzione del danno viene fatta coincidere con atteggiamenti estremi che guardano solo alla repressione (tutti in galera o, al massimo, in comunità). Ritengo che le caricature non aiutino questa nostra discussione. Su questo punto la Conferenza regionale dell'Umbria si è confrontata e siamo arrivati ad affermare che la strategia della riduzione del danno è il contrario di una rinuncia. Richiede infatti il massimo della tenacia, la ricerca di relazioni significative con le persone che incontrano le sostanze (avevo scritto questa espressione prima che stamattina il Prof. CANCRINI ci si soffermasse con maggiore competenza di me). E' una politica che pretende un grande rigore morale e professionale, che cerca di tutelare, orientare, indirizzare, sostenere le persone che fanno uso di sostanze, persone che debbono poter scoprire o riscoprire speranza, fiducia, autostima, rispetto, amore per sé.
Non è più facile che proibire e punire. E' molto difficile. Se questo è la politica della riduzione del danno allora io penso che ci sono da Napoli ad oggi motivi per fare almeno quattro riflessioni critiche. Le dico molto schematicamente.
La prima: è un errore limitare la politica di riduzione del danno ad un insieme di servizi e di pratiche indirizzate a chi è già tossicodipendente, volte a contenere, mitigare, controllare gli effetti più distruttivi e negativi dell'abuso di sostanze. La politica della riduzione del danno, per quanto mi riguarda, è finalizzata invece a promuovere il benessere, a contrastare, certo, malattie, emarginazione drastica, morte, eccetera, ma assume tra gli obiettivi il recupero e il reinserimento delle persone tossicodipendenti. E' così o no? Questa è la mia opinione ma lo pongo in forma interrogativa perché sento che sia tra i detrattori, sia, lo dico con molta onestà, tra i sostenitori della politica della riduzione del danno, qualche volta questa lettura riduttiva c'è. Allora, o io me la sono "raccontata" in un'altra maniera, oppure c'è una "caricatura" della politica della riduzione del danno che in qualche modo a volte pure i sostenitori legittimano.
Seconda questione: questa strategia è ormai una prassi consolidata.
Stamattina qualcuno, non mi ricordo, forse il Presidente GHIGO, parlava di valutazione. C'è una valutazione, c'è una letteratura scientifica, ci sono degli elementi di valutazione di questa strategia che è diventata una prassi consolidata di molti operatori sia pubblici che privati impegnati nei servizi. Non si può sempre ricominciare dal principio.
Terzo punto: dobbiamo riconoscere però che questa politica è stata legata a singoli finanziamenti del Fondo Antidroga. Lo diceva prima l'assessore Rossetti. Solo in alcuni casi la politica della riduzione del danno ha comportato una riorganizzazione complessiva dei servizi. Questo, come dire, ne fa risultare un limite, che poi credo sia la prima questione che io ponevo. Se la politica della riduzione del danno deve riorientare l'intera organizzazione dei servizi, allora dobbiamo fare ancora molta strada. E mettere in campo una vasta gamma di attività che vanno dalla promozione di stili di vita sani fino a servizi a diversi gradi di intensità di tutela assistenziale e di intervento, fino alla risoluzione del problema della dipendenza.
Infine, dentro a questo quadro, quindi in questa logica, credo dobbiamo molto di più sviluppare interventi di prevenzione, con particolare riferimento alle cosiddette nuove droghe, e di moltiplicare gli sforzi sul terreno dell'inserimento sociale e lavorativo.
Su questi due ultimi punti chiudo. Prevenzione: credo che dobbiamo fare uno sforzo per far coincidere la prevenzione con politiche di promozione e di inclusione sociale. Non

sono convinta che noi possiamo fare la prevenzione contro le tossicodipendenze, la prevenzione contro le povertà, la prevenzione contro qualcos'altro, senza un quadro di politiche sociali inclusive. La legge quadro che è stata approvata, di riforma dei servizi sociali e socio-educativi ci dà una grande sponda, una grande cornice. Credo che la prevenzione abbia bisogno di questo, cioè di una politica di promozione e di inclusione che noi dobbiamo rivolgere alla generalità dei cittadini. E se parliamo dei giovani dobbiamo rivolgerla alla generalità dei giovani delle nostre città. Altrimenti rischiamo di fare delle politiche frammentarie e inefficaci; rischiamo, ad esempio, di costruire dei contenitori, di offrire delle opportunità ai giovani progettate diversamente a seconda che pensiamo ai giovani che possono assumere l'ecstasy oppure a quelli che navigano con Internet. E poi scopriamo che sono gli stessi ragazzi!

Ritengo che dobbiamo invece mettere in campo delle politiche di inclusione, di promozione dell'autonomia dei giovani che siano rivolte alla generalità dei ragazzi e delle ragazze. E forse facciamo in questo modo molta più prevenzione che non attraverso strumenti, messaggi, specifici che gli dicono "non andare, non prendere la pasticca, eccetera". Questo significa che dobbiamo anche mettere insieme le risorse. Non mi convince che la prevenzione sulle tossicodipendenze si fa solo con i soldi della legge 45. Si fa con la legge 285/97, si fa con la legge 286/98, si fa con il fondo sociale delle regioni, si fa con i soldi degli enti locali, si farà con il Fondo Sociale Nazionale, si fa con le risorse europee. Se pensiamo che le politiche di prevenzione debbano essere delle politiche di inclusione e di promozione delle opportunità per tutti. Così credo che possiamo fare delle politiche organiche. Altrimenti, se penso alla mia regione che riceve un miliardo e poco più dalla legge 45, faremmo assai poche politiche di promozione del protagonismo giovanile.

L'ultima questione è sull'inserimento lavorativo. Come lo facciamo l'inserimento lavorativo se non incidiamo sulla cultura diffusa? Questo punto mi consente di rendere più chiaro quello che penso della riduzione del danno. Se non creo nella mia comunità una opinione secondo la quale il tossicodipendente non è solo un rischio, non è solo una persona problematica, un problema della comunità, se non creo una cultura di accoglienza, come faccio a fare l'inserimento lavorativo? Come faccio a convincere non solo l'impresa, ma anche l'altro lavoratore, il sindacato, che stanno dentro a quell'impresa, che io posso effettivamente accogliere una persona che ha avuto o in qualche caso forse riavrà, esperienze di consumo e abuso di sostanze psicotrope? L'inserimento lavorativo senza questa cultura non si fa, non ha successo, non riesce. Diventano solo le cooperative sociali l'interlocutore. Che assolutamente sono indispensabili, però non possiamo pensare siano le uniche a farsi carico di questo problema. Su questo noi abbiamo una sfida davanti, lo diceva questa mattina il Ministro nella sua relazione. Sta partendo la riforma dei servizi per l'impiego. In quasi tutti i casi sono altri i colleghi che si occupano delle politiche attive del lavoro, quindi non sono né gli assessori alle politiche sociali, né gli assessori alla sanità, sono altri soggetti, per esempio le Province, che devono mettere in campo operativamente i nuovi strumenti per le politiche attive del lavoro. Non credo che possiamo immaginare che i Centri per l'impiego divengano dall'oggi al domani strumenti in grado di personalizzare a tal punto la risposta a chi cerca lavoro da poter accogliere anche persone che hanno avuto esperienze di tossicodipendenza o altro tipo di problematiche, penso a persone con gravi disabilità, persone che sono state in carcere, eccetera. Con il Piano Sociale regionale in Umbria abbiamo scelto una strada che stiamo cercando di sperimentare: l'ipotesi è quella di un convenzionamento tra i centri per l'impiego e servizi sociali che si specializzano nell'accompagnamento al lavoro e nell'inserimento lavorativo. In genere sono servizi di secondo livello che fanno riferimento ai SERT, alle comunità, ad altri servizi di riabilitazione e recupero per quanto riguarda altre problematiche e che costruiscono mediazione con il mondo del lavoro.

Mi sembra questa una strada che dobbiamo provare a perseguire in questa fase perché poi, quando i centri per l'impiego, i nuovi servizi per le politiche attive sul lavoro si sono

consolidati e strutturati, mi sembra molto più difficile che riusciamo ad inserire dentro ad una struttura già costruita questa tematica, questa problematica che non è certamente tra le più semplici. Vi ringrazio.

Chairman Dr. Antonio DE POLI:- «Grazie a Marina e ora la Regione Marche, l'assessore ai Servizi Sociali, Dottor Marcello SECCHIAROLI.»

Dott. MARCELLO SECCHIAROLI: Come contributo della Regione Marche, intendo portare la nostra l'esperienza, anche con la fatica e le difficoltà che stiamo affrontando per costruire questo nuovo welfare di cui tutti parlano e che ora,finalmente, è anche legge.
La parola chiave mi sembra il lavorare insieme. Credo che questo sia il filone che stiamo cercando tutti di portare avanti. Nella nostra regione ci troviamo a vivere un momento ancora più particolare, in quanto la riforma nazionale dei servizi sociali parte mentre abbiamo in pieno avvio l'applicazione del nostro piano sociale regionale, anche questo approvato nel 2000; contestualmente continuano ad essere operative le singole leggi di settore, siano esse regionali che nazionali, che tendono a rimarcare ognuna la propria specificità e settorialità. Si tratta quindi di una situazione di transizione e dovremo avere tutti la capacità di far confluire questa settorialità dentro gli ambiti territoriali o le zone, a seconda di come sono denominati i confini territoriali entro i quali si deve muovere il nuovo welfare, in modo integrato.
Il superamento di queste settorialità deve portare alla sperimentazione di un nuovo metodo, ormai irrinunciabile e obbligatorio per legge, ma soprattutto un metodo che porti al raggiungimento di obiettivi di efficacia e qualità degli interventi nel sociale. Innanzitutto, quindi, un modo nuovo di lavorare insieme. Credo che questa sia l'esperienza che stiamo tutti vivendo in questa fase.
L'impianto della Legge Quadro di riforma del sistema integrato di interventi e servizi sociali si fonda su alcuni assi principali che definiscono il passaggio:

- da interventi prevalentemente riparativi, ad un sistema di protezione sociale attiva;
- da interventi che si rivolgono soprattutto alle categorie, ad interventi che fanno capo al soggetto, alla persona, alle famiglie;
- da prevalenti trasferimenti monetari, a trasferimenti monetari e servizi in rete (servizi formativi, sanitari, sociali, di avvio al lavoro);
- da interventi disomogenei, a standard essenziali delle prestazioni sociali definiti a livello nazionale, base garantita ovunque nel paese;
- da prestazioni rigide e "preconfezionate", a prestazioni flessibili e "personalizzate";
- da interventi centralistici, a "regia" delle Regioni e degli Enti locali.

Questi sono i principi base della nuova riforma nazionale sui servizi sociali. Tali principi, poiché il percorso e stato parallelo, sono gli stessi del nostro piano sociale, che inizia adesso ad essere applicato, per cui stiamo cercando di fondere queste due normative con il coinvolgimento e la creazione di ambiti territoriali dove tutti debbono farsi carico di questa nuova cultura del lavorare insieme.
Il primo Piano Sociale della Regione Marche D.A. n.306 dell'1/3/2000 ha quindi calato sul territorio i principi informatori della Legge Quadro.
Approccio universalistico:

- la collaborazione tra soggetti pubblici, privati e del 3° settore e la progettazione degli interventi devono essere finalizzati al miglioramento della qualità della vita di TUTTE le persone che vivono e operano in un determinato territorio;
- l'attenzione dei servizi non deve essere circoscritta alle forme di disagio conclamato;
- si deve estendere l'interesse all'allargamento delle problematiche e delle forme di disagio dei cosiddetti "adulti normali" (rapporti intergenerazionali, precarietà nel mondo

del lavoro, condizione anziana, disagio giovanile, ecc.);

· la rete dei servizi deve essere pensata per percorsi di inclusione sociale in un'ottica promozionale;

· va rafforzata la sfera di autonomia della persona e la rete relazionale familiare e allargata.

· La scelta della sussidiarietà:

· sussidiarietà verticale interistituzionale

Regione: con funzione di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica;

Province: con funzione di promozione e coordinamento del territorio provinciale, stimolo e supporto in fase di costituzione degli Ambiti Territoriali, attività integrativa di uno o più Ambiti, osservazione dei bisogni e dei dati sull'offerta e sulle attività del territorio, formazione professionale di base;

Comuni: realizzazione di legami associativi tra più comuni per la costituzione di Ambiti Territoriali, attivazione dei processi partecipativi e concertativi, messa in rete di tutte le risorse di un territorio, partecipazione degli attori pubblici e privati all'elaborazione e realizzazione dei Piani territoriali di Ambito.

· sussidiarietà orizzontale

tra soggetti pubblici, privati, del 3° settore e reti familiari-parentali, finalizzata a promuovere nuove forme di solidarietà e reciprocità.

Con l'entrata in vigore della L.45 del 1999 e il trasferimento alle Regioni del 75% delle risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga, si è aperto un capitolo nuovo nella lotta contro la diffusione delle dipendenze patologiche.

La nostra Regione ha investito positivamente in questo settore ed il territorio ha maturato una significativa esperienza sia in ambito pubblico che nel 3°settore nell'organizzazione di programmi di prevenzione, recupero, reinserimento lavorativo e sociale delle persone con problemi di consumo e abuso di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Molto è stato fatto, e ne va fortemente riconosciuto il merito a quanti da anni operano nelle Marche in un ambito d'intervento di particolare complessità, criticità e continua evoluzione, tanto da consentire la realizzazione di iniziative la cui rilevanza e innovatività va valorizzata, ma molto resta da fare.

L'attuale fase di cambiamento del sistema del welfare con l'approvazione della "Legge quadro" e, a livello regionale, l'attuazione del nuovo Piano sociale D.A. n.306 del 1/3/2000, ci mettono ora in condizione di rinnovare il nostro approccio al Fondo nazionale lotta alla droga e di rendere la programmazione degli interventi più aderente alle esigenze del territorio.

I nuovi indirizzi regionali relativi alla gestione del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga promuovono e favoriscono importanti opportunità di intervento.

Rappresentano infatti un'occasione per rinnovare, a diversi livelli di responsabilità, l'impegno nei confronti di un fenomeno particolarmente difficile da affrontare, attraverso un più ampio sviluppo di sinergie nella rete di servizi pubblici, privati e del 3°settore, per offrire percorsi di prevenzione, cura e reinserimento maggiormente ancorati alle esigenze locali, sulla base di una programmazione concertata su obiettivi condivisi "dal basso".

Innanzitutto un mutamento di rotta particolarmente significativo riguarda il passaggio dalla formula del bando, fino ad ora in uso nella Regione, a quella di un atto di definizione di criteri e modalità gestionali del Fondo nazionale d'intervento lotta alla droga.

Questo cambiamento vede il superamento della presentazione di progetti in "concorrenza". Saranno infatti gli Ambiti Territoriali, temporaneamente identificati nelle Province (in attesa della loro individuazione ufficiale prevista dal Piano sociale) a predisporre dei Piani annuali di intervento che rispondano, attraverso i diversi progetti espressi dal livello locale, alla domanda e alle esigenze del territorio.

Verranno pertanto istituiti tavoli di concertazione e coordinamento Provinciale per la pre-

disposizione dei Piani di ambito e coordinamenti intermedi presso ciascun livello territoriale AUSL dove verranno raccolte le esigenze, individuati gli interventi e coordinati i progetti degli Enti Pubblici e del 3° settore.
I Piani annuali d'intervento dovranno essere orientati al conseguimento di una o più delle finalità, individuate con D.P.C.M. 10 Settembre 1999 "Atto d'indirizzo e coordinamento alle Regioni per la valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione e al recupero dalle tossicodipendenze", e quindi alla prevenzione; inclusione sociale e lavorativa; diffusione sul territorio di una rete di servizi sociali e sanitari di pronto intervento e servizi di consulenza; attivazione di iniziative per lo sviluppo di sistemi territoriali di intervento a rete; formazione ed aggiornamento degli operatori.
Nella stesura dei piani si dovrà tener conto delle specifiche esigenze del proprio territorio, in considerazione anche di quelle aree ritenute particolarmente problematiche e quindi si intende perseguire la finalità di una risposta il più possibile omogenea ai bisogni locali.
Con l'atto di definizione di criteri e modalità gestionali del Fondo nazionale d'intervento lotta alla droga anno 2000 si intende promuovere una reale integrazione, fino alla coprogettazione, dei soggetti Pubblici e del 3° settore operanti nella comunità con competenze sociali e sanitarie, mediante accordi (non solo formali) che prevedano una definizione chiara di ruoli e impegni, funzionali ad una collaborazione concreta ed operativa.
In coerenza con la logica del Piano sociale e della Legge Quadro sull'assistenza, si promuove un'assunzione di responsabilità a tutti i livelli, oltre che nella definizione degli obiettivi e della programmazione, anche nell'individuazione delle risorse. In tal senso le risorse statali, per il tramite della Regione, devono concorrere con le risorse proprie dei soggetti proponenti al fine della realizzazione dei progetti. E' prevista pertanto una quota di cofinanziamento che può essere sia di natura economica, per il settore pubblico, che intesa come disponibilità di risorse umane, logistiche e di servizi da parte del 3° settore.
Nella stesura dei progetti si auspica inoltre l'integrazione con gli interventi ed i contributi previsti dalle principali Leggi nazionali e regionali in materia di adolescenza, politiche giovanili, politiche del lavoro, ecc., ai fini di un superamento della progettazione rigidamente settoriale per conseguire una maggior efficacia dei Piani e cercando di non identificare i giovani come problema, ma come risorsa.
Credo che questa Conferenza abbia cominciato a muoversi proprio con questo nuovo metodo, cioè rivolgendosi ai giovani non sempre ed esclusivamente in senso problematico ma promuovendone un ruolo da protagonisti ed interlocutori attivi.
Ritengo che la programmazione concertata su obiettivi condivisi "dal basso" rappresenti realmente un nuovo approccio alla gestione del Fondo Nazionale Lotta alla droga che si armonizza pienamente con l'attuale riforma del sistema del welfare.
Credo che tale indirizzo risulti funzionale al superamento del centralismo (o dei centralismi) che hanno caratterizzato politiche ormai superate di azione sociale e alla creazione di nuove relazioni sul territorio attraverso la collaborazione tra i diversi soggetti che operano nelle comunità locali. La sussidiarietà non deve esprimere la risposta a carenze di stanziamenti ma rappresentare un modello culturale e strategico per operare nel sociale.
Sento la necessità di creare un "ambiente di comunità" dove non sia considerato importante solo garantire il servizio in termini di prestazioni, ma, accanto a questo, proseguire la mobilitazione delle risorse e dei soggetti presenti come premessa alla costruzione del vero e proprio "welfare di comunità".
Dalla Conferenza Regionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti, che abbiamo realizzato a Senigallia il 10/11/2000, è emerso infatti come criticità il fatto che la normativa nazionale pone ancora un forte accento sulle prestazioni (da quantificare, monetizzare, disciplinare), mentre resta in ombra la questione della "relazione" necessaria e insostituibile nel rapporto con l'utente per raggiungere un signi-

ficativo risultato e appare scarsamente approfondita la definizione degli obiettivi e dei risultati da raggiungere. Lo stesso concetto di cura appare implicito nei documenti normativi, mentre andrebbe chiarito in quanto la tossicodipendenza richiede un approccio multidisciplinare, multimodale e multiprofessionale e non può contare esclusivamente su un sapere scientifico codificato da una specifica disciplina (sia essa sanitaria, sociale, ecc.)

Altri spunti di riflessione emersi dalla Conferenza Regionale riguardano la difficoltà della concertazione, auspicando un livello di pianificazione territoriale (macro) con una ricaduta personalizzata sul territorio per una maggior efficacia delle risorse investite, che troppo spesso si frammentano in tanti rivoli, e un livello di collaborazione fra attori sociali per superare l'impasse dei "progetti che non si parlano".

Si rileva inoltre che la pari dignità tra servizio pubblico e privato, tema sollevato nella Conferenza di Napoli e riproposto in diverse occasioni e sedi, sembra un obiettivo ancora da conseguire pienamente e che deve ancora trovare spazio nell'applicazione delle norme, a tale proposito riteniamo che il nuovo approccio presentato per la gestione del FNLD possa consentire di ridelineare l'identità del 3° settore non quale controparte, ma come partner con cui concertare azioni comuni.

Altre sollecitazioni importanti sono emerse in termini di supporto, inteso a vari livelli, alle figure professionali che operano nel settore. Inteso, ad esempio, come chiarificazione della problematica relativa al trattamento metadonico (aspetti legali in particolar modo per i percorsi terapeutici a lungo termine), la rete dei servizi che dovrebbe essere coinvolta nella somministrazione, la sperimentazione nazionale di farmaci alternativi, ecc.

Viene evidenziata una carenza di tutela da parte degli operatori delle comunità terapeutiche soprattutto nel momento in cui si trovano a dover prendere decisioni nei confronti di utenti che seguono programmi alternativi al carcere o nel caso di utenti con doppia diagnosi.

Viene riproposto quanto già sostenuto nella Conferenza di Napoli relativamente all'esigenza di iniziative di formazione e aggiornamento comuni tra i diversi attori che operano nel settore, nonché la necessità di introdurre competenze relative alle tossicodipendenze nei percorsi formativi tradizionali (Università, specializzazioni, lauree brevi) e di istituirne di nuovi ad hoc. Viene riproposta inoltre l'urgenza di definire profili formativi per gli ex tossicodipendenti che lavorano nelle diverse tipologie di interventi e per gli operatori delle unità di strada e delle strutture a bassa soglia, la loro professionalità va definita e il loro intervento supportato anche in ragione della notevole esposizione a cui sono sottoposti.

Anche il mondo della scuola ha espresso, nell'ambito della Conferenza regionale, la richiesta di formazione intracurriculare per gli insegnanti, sempre più coinvolti nel fenomeno della diffusione delle sostanze d'abuso nella fascia giovanile. Credo che questo aspetto vada ulteriormente approfondito in relazione anche alla nuova riforma della scuola, all'autonomia scolastica e allo stretto rapporto che questo crea con il territorio.

Sempre a proposito del mondo della scuola è stata evidenziata l'esigenza di un sostanziale ripensamento dei C.I.C. in ragione dell'esperienza maturata in questi anni e del continuo mutamento del fenomeno delle dipendenze patologiche a cui stiamo assistendo.

In particolare è stata focalizzata la necessità: di proporre esperienze di confronto con adulti "competenti" (docenti, esperti, genitori) in grado di promuovere relazioni significative con gli adolescenti, di realizzare momenti forti di supporto alla genitorialità e che gli operatori pubblici e privati "escano fuori dal setting" per sviluppare e consolidare occasioni di contatto in luoghi non istituzionali e non "etichettati".

Da parte di molti è stata manifestata l'esigenza di approfondire il fenomeno delle "nuove droghe" o meglio dei nuovi comportamenti di assunzione e delle dipendenze patologiche in senso più ampio (disturbi alimentari, videogiochi, gioco d'azzardo, fughe nelle realtà virtuali, ecc.) per approntare strategie innovative in tempo reale. E' stata ribadita l'importanza della velocizzazione dei processi, a fenomeni "mutanti" devono corrispon-

dere risposte adeguate con una ricalibrazione rapida degli interventi.
A questa istanza di velocizzazione si è affiancata, allo stesso tempo, l'esigenza di rallentare, intesa come possibilità delle figure genitoriali e più in generale di quelle parentali, di dedicare e dedicarsi del tempo, di ritrovare, nei ritmi incalzanti della quotidianità, lo spazio per pensare, per stare con i propri figli, per rinforzare le relazioni e concedersi contatti profondi e significativi. La proposta provocatoria che è emersa dal gruppo di lavoro sulle politiche di prevenzione è stata quella di concedere un'ora di lavoro al proprio ambiente familiare, come momento di vicinanza e di rapporto, quale contrasto significativo ad un vuoto di contatto intergenerazionale, ad una perdita di valori e a problematiche affettivo-relazionali che può costituire il sostrato su cui si innestano alcuni aspetti del disagio giovanile.
Una tematica vivacemente dibattuta è stata quella della riduzione del danno e dell'approccio alle marginalità più dure, la Regione Marche ha investito, con i più recenti finanziamenti del FNLD, particolarmente in questo ambito. Sono stati aumentati gli interventi delle unità di strada, realizzati spazi di prima accoglienza sul territorio e avviata la sperimentazione di una struttura specifica per utenti con doppia diagnosi. Molto ancora in questa direzione comunque va fatto per rispondere con iniziative ed offerte a bassa soglia che consentano sempre più facilitazioni all'accesso.
In tal senso la Regione Marche si sta organizzando con modalità che rispecchiano le peculiarità locali: un tessuto sociale che "tiene" e la mancanza di realtà metropolitane da una parte, ma dall'altra la coesistenza di marginalità complesse (tossicodipendenti che non entrano in contatto con i servizi, soggetti senza fissa dimora, prostituzione di strada, immigrazione irregolare, nomadi e apolidi, ex detenuti, malati di AIDS).
E' stata evidenziata quindi la necessità di creare sinergie tra le unità di strada, le strutture di pronta accoglienza, i drop in center, gli interventi di inclusione sociale già esistenti, di potenziarne le azioni e di realizzarne di nuove, superando le settorializzazioni per differenti tipologie di utenza, come previsto dal Piano Sociale regionale, e calibrando gli interventi su una realtà locale di piccole e medie municipalità dove la visibilità può porre difficoltà di accesso.
Un tema che ha visto uno spazio importante nella Conferenza regionale è stato quello legato alle problematiche connesse ai programmi in alternativa al carcere sui quali viene chiesta una maggiore chiarezza e procedure condivise e sugli utenti tossicomani detenuti. Attualmente si sta lavorando al protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e la Regione dal quale si aspettano risposte e indicazioni concrete in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti coinvolti nell'area penale.
Relativamente all'inserimento lavorativo e sociale è stata posta in evidenza la necessità, in linea con l'ottica di riforma del sistema del welfare, di passare da un approccio assistenzialistico e riparativo ad un intervento promozionale. Si individuano come obiettivi: il passaggio da strumenti quali le borse lavoro ai tirocini di formazione e orientamento; il raccordo con i centri per l'impiego (protocolli d'intesa, ecc.); lo sviluppo di facilitazioni per la creazione di imprese autonome e rispetto ai prestiti d'onore, ecc. Risulta di fondamentale importanza il supporto agli utenti in trattamento e al termine dell'iter terapeutico attraverso interventi di orientamento lavorativo (sia informazione di base della quale spesso sono sprovvisti, corsi finalizzati e tirocini formativi, counselling e tutoraggio, anche attraverso un più ampio utilizzo del Fondo Sociale Europeo) e di reinserimento sociale (con strutture abitative di sostegno per l'inclusione dei soggetti che non hanno adeguati supporti familiari e ambientali). Occorre inoltre una forte sensibilizzazione del tessuto sociale e del mondo del lavoro per una facilitazione all'accesso da parte dei tossicodipendenti aldilà di pregiudizi e timori, così come una formazione continua degli operatori delle tossicodipendenze rispetto ai fenomeni in mutamento del mondo del lavoro. In alcune realtà territoriali, dove il fenomeno della disoccupazione non incide particolarmente e quindi anche l'utenza tossicodipendente ha maggiori possibilità di inserimento lavorativo, sono in corso attività di informazione e supporto alle aziende per la

gestione della tossicodipendenza negli ambienti di lavoro, per migliorare l'integrazione dei soggetti e prevenire le problematiche degli incidenti. E' stato ricordato inoltre quanto un continuum di presa in carico, dal momento del trattamento a quello del reinserimento sociale e lavorativo, è fondamentale nella prevenzione delle recidive, rispetto ai rischi posti invece da processi non integrati, invii e passaggi di competenze caratterizzati dalla discontinuità.
I nuovi indirizzi della Regione Marche relativi alla gestione del Fondo nazionale lotta alla droga - 2000 rappresentano una prima sperimentazione e applicazione concreta della riforma del welfare nazionale e locale. Lo scenario che prefiguriamo è di profonda innovazione degli interventi, dove i soggetti protagonisti e settoriali si coordinano tra loro e con gli altri per un welfare di comunità, dove non solo gli "esclusi" non rimangono soli ma tutto il sistema trova sinergie in un lavoro nuovo, sicuramente più difficile, ma capace di "trasformare", confrontandosi e arricchendo le opportunità necessarie per un aiuto compiuto a chi si trova in difficoltà. Un contesto che cambia, quindi, in funzione di una qualità della vita ancora possibile.
Ruolo delle regioni è quello di accompagnare i territori in questo cambiamento.

Chairman Dr. Antonio DE POLI:- «Grazie. Direi di passare la parola all'assessore regionale della Regione Lazio Anna Teresa FORMISANO. Prego assessore.»

Dr.ssa Anna Teresa FORMISANO:- «Partirò da una dichiarazione del programma della Nazioni Unite sul controllo internazionale degli stupefacenti. "Creare un impegno a lungo termine per ridurre in modo significativo la domanda illecita di droghe attraverso il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti, specialmente tra i giovani, riguardo alle droghe di abuso grazie allo sviluppo di programmi adeguati, con fondi sufficienti e messa in opera efficace e valutazione accurata". Questo è quanto recita il programma della Nazioni Unite per il controllo internazionale degli stupefacenti, che già da quattro anni ha dato precise indicazioni circa la necessità di azioni mirate verso la riduzione di domanda di droghe, soprattutto nei confronti della popolazione giovanile. È ovviamente un obiettivo ambizioso, tanto che nel programma si fa menzione di cambiamenti di atteggiamenti e di comportamenti. Tutti sappiamo che comportamenti e atteggiamenti giovanili non si cambiano con piccole o grandi campagne informative sulla composizione, sull'uso, sui danni provocati dalle droghe. Per incidere su atteggiamenti e comportamenti è necessario pensare in termini ampi una politica globale nei confronti delle popolazione giovanile, al fine di garantire ambienti familiari amicali e sociali sufficientemente sani. Comportamenti e atteggiamenti si formano e quindi si modificano in funzione dei valori dominanti in una società. È necessario allora pensare, lavorare su questi livelli, piuttosto che su facili ma inutili microazioni di semplice informazione. Ciò determina un forte interesse a orientare i servizi verso una politica attiva della prevenzione, che coinvolga direttamente i giovani e che possa contribuire alla costruzione di ambienti adeguati ai bisogni giovanili. Attualmente la prevenzione appare sfuggente, non sempre di chiara definizione. Se ne parla molto, si investono anche risorse, ma generalmente su piccoli e frammentati progetti, non in grado di apportare quei cambiamenti desiderati. E generalmente i programmi preventivi si risolvono in campagne informative, che hanno senz'altro il loro valore, ma che nulla possono nei confronti della costruzione di valori e di riferimenti validi, veri motori di protezione nei confronti di comportamenti e atteggiamenti volti alla dipendenza patologica. Spesso inoltre nella prevenzione si racchiudono più livelli di intervento: la prevenzione terziaria, confondendosi con programmi di cura, prende il posto e si sovrappone a misure previste di prevenzione primaria. Di conseguenza anche le risorse previste per programmi di prevenzione possono essere utilizzate in modo estremamente differenziato, in ogni caso assai spesso a danno della prevenzione primaria. La complessità di una politica globale in tema di prevenzione deve coinvolgere le diverse istituzioni ed enti che si occupano, a vario titolo, e con differenti compiti, del mondo

giovanile. Penso alle istituzioni scolastiche, agli enti locali, alle aziende sanitarie, agli organismi per l'impiego. A questi si devono affiancare tutte le risorse provenienti dal privato sociale e dal volontariato, con la loro capacità di penetrare nei territori e di sviluppare reti più spontanee di relazione. Infine vanno coinvolte tutte quelle forme di aggregazione giovanile organizzate e non, circoli ricreativi, sportivi, culturali, religiosi, che possono diventare un anello importante nel contatto diretto con i giovani. Sono convinta che solo utilizzando tutte queste risorse in modo coordinato si potrà parlare di politica preventiva e non di singoli frammenti il cui impatto finale è estremamente difficile da valutare. La strategia che si vuole percorrere è quindi di coordinare le risorse esistenti verso una finalità comune, che non può essere di settore. Il primo punto è quindi quello di costruire una rete integrata di servizi e soggetti che imparino a condividere e a realizzare obiettivi comuni. Tutto ciò necessita di livelli di coordinamento e programmazione centrale, per evitare dispersioni, frammentazioni o addirittura dispute sterili tra i differenti soggetti. Bisogna inoltre tenere presente che è difficile, se non impossibile, quando di parla di prevenzione primaria, suddividere programmi e interventi di prevenzione dall'uso di droga, da quelli di prevenzione dall'uso di alcolici o di prevenzione dell'abbandono scolastico o di prevenzione di un più generico stato di disagio giovanile. È necessario esplicitare un modello culturale in cui i comportamenti liberi dall'uso di sostanze siano premiati e valorizzati e in cui i valori positivi dei giovani ritornino ad essere la curiosità, l'amicizia, la solidarietà, l'impegno a costruire un futuro, e non solo la ricerca individuale verso sensazioni forti, verso l'arricchimento a scapito degli altri, verso atteggiamenti furbeschi di sopraffazione. In questa visione maniacale di emergere in forma competitiva, senza scrupoli, anche l'abuso di sostanze contribuisce a colmare i vuoti interiori, a nascondere le normali e fisiologiche difficoltà individuali, a proteggersi da confronti e verifiche sentite insostenibili. Si dovrebbe quindi iniziare la prevenzione quale strumento di promozione di una migliore e più sana qualità della vita, con l'obiettivo comune di modificare atteggiamenti e comportamenti che denotano situazioni di disagio e che possono sfociare nell'abuso di sostanze legali e illegali. Ma per aspirare a un impatto positivo in questo ambito è necessario che tutti i soggetti che operano nel settore escano dalle proprie specifiche nicchie, siano esse teoriche, operative o di semplice convenienza. I servizi sanitari hanno compiti istituzionali di prevenzione, lo stesso dicasi per i servizi sociali, per le istituzioni scolastiche, addirittura per le forze dell'ordine. Perlomeno per gli organismi che dipendono dalla medesima istituzione è doveroso pensare in termini coordinati una politica attiva di prevenzione. La creazione delle reti è ormai un tema conosciuto nel campo delle tossicodipendenze, si parla di reti integrate di servizi, di reti pubblico -privato - sociale ed è ormai chiaro, come è stato già ribadito anche nell'ultima conferenza nazionale sulla droga, che è necessario il contributo differenziato di tutti per affrontare questo tema assai complesso. In questi anni si è incrementato, seppur con difficoltà, lo scambio tra servizio pubblico e privato sociale, soprattutto per programmi di cura e riabilitazione. Ora è il momento di lavorare per rafforzare i collegamenti, utilizzarli in ambito preventivo e includere gli enti locali. D'altra parte è quanto previsto dalle ultime norme per la riorganizzazione del servizio sanitario nazionale, laddove si specifica la necessità di integrazione per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Dall'ultimo accordo Stato - Regioni in tema di riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti, leggiamo l'indicazione di alcune misure prioritarie da sostenere per favorire una reale integrazione e una pari dignità fra pubblico e privato.

Penso all'ampliamento di tipologie di pacchetti privati acquistabili, che garantisca da un lato il riconoscimento di competenze nel frattempo acquisite dal privato e dall'altro possa spostare alcune offerte dalle tipologie di prestazioni classiche verso tipologie più attuali. La realizzazione di percorsi formativi comuni ai due settori, soprattutto in tema di valutazione diagnostica e di definizione di percorsi terapeutici, l'incentivazione di esperienze di integrazione territoriale in cui siano condivise regole, strumenti, metodologie. Una

riflessione attenta, a mio avviso, dovrà essere fatta sull'intesa Stato - Regioni e sui requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso. Tale atto dovrà definire le regole di base, le modalità di valutazione, ma anche quelle delle verifiche, elementi che costituiscono la base essenziale e necessaria per garantire la collaborazione e la fiducia e la pari dignità tra pubblico e privato. Dovremo quindi stabilire quali criteri e quali standard adottare per garantire servizi qualitativamente validi, efficienti ed efficaci, anche a livello di eccellenza, siano essi servizi pubblici o del privato sociale. Negli ultimi anni si sono sviluppate interessanti esperienze circa i criteri di valutazione e gli standard minimi di qualità, anche rispetto a questi si sono avute esperienza interessanti. Ora il compito della Regione è di scegliere quali criteri far propri e in seguito applicarli e monitorarli con sistematicità. Tutto ciò va verso un sistema di certificazione della qualità in cui possano essere definiti e chiari gli obiettivi, le modalità di lavoro, gli strumenti, le procedure e i risultati che si ipotizza di raggiungere. Sicuramente è una strada non facile, ma allo stesso tempo utilizzare questa logica ci permette di usufruire di un metodo e di strumenti, che facilitino i processi di apprendimento e di formazione degli operatori in un ottica di miglioramento continuo della qualità. Inoltre la strada della certificazione della qualità offre alla Regione uno strumento prezioso di monitoraggio dei servizi programmati e derogati, e quindi anche uno strumento per poter svolgere le proprie funzioni di controllo, di gestione, di programmazione e di coordinamento. È necessario a questo punto riflettere su come siano stati impostati i servizi per le tossicodipendenze e su quali direttive si siano mossi. Sappiamo che molto è stato attuato, sia nei servizi pubblici che nel privato, che le esperienze locali dimostrano una costante crescita professionale e organizzativa, che le tipologie delle prestazioni tendono ad essere sempre più ampie. Ma esiste un punto veramente critico circa la indicazioni di politica generale sanitaria determinata a livello regionale. Finora, con l'eccezione dell'ultimo Progetto obiettivo, l'unica indicazione chiara ed esplicita da parte della Regione è stata quella riguardo alle misure della riduzione del danno. Vi do alcuni dati: nel Lazio il 90% per cento degli utenti dei servizi pubblici sono eroinomani e, tra di essi, il 25% è costituito da nuovi utenti. La maggiore percentuale dei fruitori è una popolazione che tende a cronicizzare la dipendenza, e tale dato è confermato anche dall'innalzamento costante dell'età media degli eroinomani utenti dei servizi. Tanti studi confermano la difficoltà di uscire da tale stato di dipendenza e attualmente aumentano le ricerche, soprattutto americane, che individuano nella presenza di uno specifico gene la predisposizione e la maggiore vulnerabilità di particolari soggetti a essere dipendenti. Allo stesso tempo, studi in campo psicologico individuano la tipologia di personalità che più di altre è esposta a strutturarsi con comportamenti di dipendenza patologica. Le attuali evidenze scientifiche portano quindi a sostenere come esista uno stato di vulnerabilità alla dipendenza e che solo specifiche condizioni possono contribuire all'attuarsi dello stato di dipendenza patologica. Non può esistere, quindi, soltanto un protocollo terapeutico univoco e unidisciplinare che garantisca a lungo termine la guarigione da una situazione di dipendenza patologica. È necessario quindi continuare a verificare i risultati dei differenti approcci e ancor più tentare di integrare maggiormente le diverse strategie. Inoltre dobbiamo interrogarci costantemente se i percorsi terapeutici che si propongono possano, in alcuni casi, essi stessi contribuire a cronicizzare più che a risolvere una situazione di dipendenza. Ora, la riduzione del danno, che pure ha avuto il merito di porsi come obiettivo il prendersi cura e il mettersi in contatto con persone che non avanzano richieste esplicite di aiuto, ha finito per diventare la strategia principe di ogni intervento. Implicitamente è come se si fosse detto "continua in una situazione di patologia, cerca di attenuare i possibili effetti secondari". E come affermare che crediamo che la dipendenza patologica sia una forma cronica incurabile, che chi ne sia affetto può solo continuare a convivere con la propria patologia, tentando di gestirla al meglio, ma senza pensare di poterla risolvere. Crediamo invece che un percorso di maturazione, di curabilità, di evoluzione,

sia sempre possibile, che sia estremamente grave abbandonare una visione di immutabilità anche nelle condizioni in cui le recidive sono altamente probabili. È indubbio che sia difficile riprendere a credere in una curabilità di una situazione estremamente grave, individuare quali percorsi terapeutici e riabilitativi attivare, superare il senso di frustrazione nel verificare fallimenti operativi, ma parimenti è indubbio che la sfida che ci poniamo non è solo ideologica, ma è suffragata da conoscenze scientifiche e da esperienze cliniche. Il compito futuro è di individuare l'insieme degli elementi che devono contribuire alla costruzione di percorsi terapeutici e riabilitativi diversificati e all'organizzazione di pacchetti di prestazione da poter modulare secondo le differenti situazioni.
Uno dei fattori che contribuisce alla cronicizzazione delle situazioni di dipendenza può proprio dipendere dalla tipologia della cura. Attualmente vediamo che alla maggioranza di utenti nel Lazio viene erogato principalmente metadone. Vi do anche qui alcuni dati. In Italia i servizi pubblici effettuano trattamenti metadonici nel 47% per cento dei casi, mentre nel Lazio raggiungono il 77% per cento. Tra l'altro il metadone a mantenimento somministrato in Italia, riguarda il 24% dei casi, nel Lazio siamo al 48%. Inoltre in Italia i programmi psico - sociali riabilitativi costituiscono il 38% per cento, nel Lazio siamo al 16%. Vedete come una forte indicazione verso una politica di riduzione del danno ha comportato, nel Lazio, il fatto di orientare i servizi verso una erogazione a tappeto di metadone, riducendo al contempo le possibilità di percorsi alternativi e di trattamenti più diversificati. L'elevato utilizzo di metadone a mantenimento non può essere giustificato se non con prese di posizione di stampo più ideologico che operativo clinico. Inoltre gli stessi dati ci mostrano che la politica di riduzione del danno, tutta volta alla popolazione eroinomane, non abbia reso la maggioranza dei servizi attenta alla diffusione di nuove sostanze di abuso e alle nuove e altrettanto gravi forme di dipendenza patologica. Si pongono quindi due importanti questioni da affrontare con impegno e onestà intellettuale. Una prima riguarda la tipologia dei servizi che sono erogati, la seconda la tipologia di utenti a cui ci riferiamo. Ovviamente le due questioni sono correlate fra loro, la tipologia di prestazioni determina anche l'utente tipo che si rivolge ai servizi. Ritorna così nuovamente al centro del discorso la necessità di utilizzare le differenti risorse esistenti, proprio per garantire un ventaglio più ampio di offerte terapeutiche e riabilitative. È necessario quindi comprendere meglio gli aspetti positivi e i limiti di ogni tipologia. L'obiettivo è di poter ipotizzare percorsi calibrati per ogni singolo individuo, percorsi che prevedano prestazioni, tempi, modalità specifiche. In altre parole gli interventi dovranno essere centrati sulla persona. Ciò avverrà se si riconoscerà al servizio sanitario pubblico la competenza specialistica acquisita e garantita dalla presenza di specifiche figure professionali, se si riconoscerà al privato sociale la vocazione di centrare gli interventi sulle singole persone, di saper ritagliare per ognuno una possibilità di intraprendere un percorso che si era interrotto, e infine se si riconoscerà ai servizi degli enti locali la capacità di riconoscere il territorio, di poter fare da ponte su differenti problematiche e di dover garantire livelli di assistenza adeguati. Tutto ciò è strettamente connesso, oltre che all'integrazione dei servizi, alla promozione della ricerca e della valutazione. La seconda questione, correlata con la precedente, è relativa alla tipologia degli utenti che si rivolge ai servizi; nel Lazio è troppo elevata la percentuale di eroinomani in relazione a tutta la popolazione che usa sostanze psicotrope. Allora non è più giustificabile, dopo anni che il problema è determinato dall'uso dell'eroina o delle nuove sostanze di sintesi o dall'alcool, che i servizi si rivolgano a un pubblico ancora esclusivamente di eroinomani. Ciò era opportuno qualche anno fa e questo non vuol dire non occuparsi più di eroinomani, ma allargare gli orizzonti. Vuol dire inoltre investire in formazione e ricerca, e programmare oculatamente le risorse disponibili. L'ultimo punto riguarda il capitolo delle riabilitazione ed è una sfida ulteriore, parallela alle politiche preventive. Attualmente abbiamo in altri campi una notevole esperienza, però nel campo delle tossicodipendenze ancora non è abbastanza chiaro il discorso della riabilitazione. Di fatto noi oggi lo pensiamo soltanto come reinserimento alle cooperative sociali integrate.

E sicuramente la riabilitazione è la tappa finale di un processo di cura, ma al contempo è strumento per la cura stessa. Questo è un importante insegnamento che ci deriva dall'esperienza in altri campi, come quello psichatrico. Per quanto riguarda gli individui con problemi di dipendenza, che per un periodo breve o lungo della loro vita si sono ritirati da scambi positivi e produttivi col mondo esterno a circuiti di droga, è fondamentale poter fare incontrare nuovamente due mondi, che nutrono reciproche paure e ostilità, legate più alla difficoltà di entrambe le parti, che a reali impossibilità di convivenza.
Ritengo, a questo punto, doveroso fare una riflessione su come purtroppo velocemente stia cambiando, forse è già cambiato, il mondo delle droga con l'avvento massiccio di nuove sostanze, delle quali purtroppo ancora sappiamo troppo poco, verso le quali c'è la convinzione da parte dei giovani che non comportino assuefazione; l'esaltazione episodica, lo sballo, non viene vissuto come una dipendenza né come un danno, ma come un fenomeno episodico. E le stragi del sabato sera però sono una realtà e rappresentano la punta di un iceberg, che non può destare la giusta considerazione solo al momento del dramma, ma che va affrontato con pari attenzione rispetto agli altri interventi. Infine è opportuno rivolgere un pensiero a quei due milioni di famiglie, che ogni giorno si trovano a lottare contro il mostro droga. E credetemi, c'è veramente di che meditare, di che riflettere. E chiudo questa mia chiacchierata con una domanda. Allora le prime vittime da sostenere sono i drogati, le loro famiglie o tutti insieme?»

Chairman Dr. Antonio DE POLI :- «Sì, io ringrazio gli intervenuti e soprattutto gli ultimi superstiti di questa serata e di questa lunga giornata. Era prevista una discussione, non so se a quest'ora ci possa essere ancora la forza o la volontà da parte di qualcuno, anche perché molti degli intervenuti non ci sono più, comunque se c'è qualcuno che vuole dire qualcosa, siamo a vostra disposizione. Se no, io tirerei le somme in velocità della sessione del pomeriggio dedicata appunto agli enti locali e alle regioni. Ecco un ringraziamento anche all'assessore ROSSETTI, in qualità di assessore della città di Genova e quindi ospitante di questa giornata, lo ringraziamo per per tutto il lavoro che ha fatto e per mantenere anche un po' di tranquillità di natura sociale, chiamiamola così, della nostra conferenza di oggi, di questa mattina. Due riflessioni velocemente. Sicuramente ci sono stati oggi due approcci: l'approccio che andava verso il documento presentato, chiamiamolo così, dal Ministero, da parte di alcune regioni e di alcuni comuni, l'altro approccio che era invece diverso rispetto alla problematica delle tossicodipendenze, cioè come quello che è approvato appunto da queste undici regioni ed anche mi sembrava dal comune di Bari, che è intervenuto, che dava questa indicazione, nel senso di andare oltre a quella che era la riduzione del danno e non solo visto come riduzione del danno. Ma ecco, queste sono le due posizioni, io vi ringrazio e vi auguro buona serata.»

PROPOSTE ALTERNATIVE DEI CARTELLI

GAMBERINI:- «Arriviamo a questo incontro in una sala ufficiale, istituzionale, al seguito di un percorso, che è già iniziato ieri: in questi mesi si è formato un cartello "Sono droghe non sono draghi", che si è riunito ieri insieme al cartello MDMA, costituendo così un movimento che ha dato vita in queste giornate a una proposta alternativa a quella che c'è stata fino ad oggi illustrata.
Questa mattina siamo partiti dal carcere alle ore 9 e 30, alcune persone si sono incontrate - come primo punto significativo, importante, che già veniva dimenticato all'interno del dibattito ufficiale - all'esterno del carcere di Marassi, qui a Genova. Da lì poi è partito un corteo che si è concentrato alla Stazione di Genova, formando un po' uno "street rave", una manifestazione antiproibizionista, che ha avuto un carattere completamente pacifico e gioioso, e che è giunta qui davanti verso le ore 13 e 30.
Allo stesso tempo abbiamo cercato di promuovere, per il pomeriggio di oggi, un incontro che potesse vedere tutte le persone che hanno contribuito a mettere in atto queste giornate di protesta, assieme ma all'interno di questa Conferenza.
L'abbiamo fatto intanto per un motivo simbolico, chiaro, cioè quello di farli entrare qui dentro, ma anche perché è nostra intenzione portare all'interno di questa Conferenza importante, non una "contro conferenza", non un qualcosa che va in direzione di uno scontro, ma una proposta alternativa, alla quale, come abbiamo potuto tutti assistere, si sono unite voci tra le più differenti. Il cartello di cui adesso stiamo parlando è estremamente eterogeneo, rappresenta un po' tutte le formazioni politiche e i diversi tipi di intervento che si sono promossi nel campo delle sostanze. Questo incontro vorrebbe avere una forma il più possibile aperta, di discussione assembleare, per cui invito tutti quelli che hanno qualcosa da dire a venirsi a iscrivere e a parlare tranquillamente all'interno di questa sede.
Vi ricordo che domani si terrà una seconda conferenza parallela alla quale parteciperanno diversi esperti europei. Ci è sembrato interessante che, insieme al cartello, oltre che alle principali associazioni, cooperative nazionali, alla rete nazionale dei centri sociali, ci fossero anche alcuni esperti europei, per far capire chiaramente che le cose che andiamo dicendo non sono deliri dell'ultima ora, ma sono le strategie che ormai vengono applicate in tutti i Paesi europei, mentre l'Italia rimane un fanalino di coda.»

Cecilia D'ELIA:- «Questa mattina, mentre voi facevate la manifestazione, alcuni di noi hanno intanto chiesto la possibilità di agire in questo spazio e ascoltato le relazioni dei Ministri. Questa sarà la prima occasione per fare insieme un bilancio di quello che è

stato detto stamattina alla Conferenza.
Mi sembra che, rispetto alle nostre richieste, la relazione della Ministra TURCO abbia aperto su molte cose, in particolare sulla necessità di rafforzare le politiche della riduzione del danno e di non legarle solo a finanziamenti straordinari.
C'era un passaggio sul fatto che il carcere non serve e non aiuta la fuoriuscita dalla dipendenza e poi, sempre sulle politiche di riduzione del danno, un passaggio sulla possibilità per gli operatori di effettuare il monitoraggio delle sostanze, non solo di quelle sequestrate dalla Polizia, ma anche di quelle in circolazione; bisogna capire quali sono i meccanismi legali che possono consentire agli operatori di fare questo.
Mi sembra che su questi punti vada riconosciuto il fatto che la nostra piattaforma, il nostro cartello, il nostro dialogo con il Governo stamattina ha ottenuto dei risultati. Non ho seguito attentamente la relazione di VERONESI, ma, da quello che ho sentito, mi sembra un'ulteriore conferma, perché il Ministro della sanità ha fatto anche un intervento da scienziato, ha portato i dati della Svizzera e ha fatto vedere come funzionano le cose lì; mi sembra che ci siano le possibilità per interloquire su questo anche domani nei gruppi di lavoro.
Il punto di caduta è stato, secondo me, l'intervento del Ministro FASSINO, perché, nonostante abbiamo più volte ripetuto che le politiche di decarcerizzazione non bastano, che si sono già dimostrate inefficaci dal punto di vista della decriminalizzazione della vita dei consumatori, FASSINO oggi ha riproposto nuove misure di decarcerizzazione, con un pericolosissimo utilizzo delle comunità in un ruolo di custodia dei tossicodipendenti. Addirittura è arrivato a dire che anche per quei tossicodipendenti già in affidamento in prova ai servizi, va sollecitato l'affidamento alla comunità perché, almeno io questo ho colto, è preferibile che siano affidati a comunità, dando alle stesse un ruolo di controllo che, secondo me, non dovrebbe essere nella loro natura. Se fossi una comunità, mi rifiuterei di svolgerlo perché è altra cosa rispetto ai compiti di queste strutture.
Mi sembra che sul terreno della depenalizzazione, indicazioni in avanti non ne sono venute, e questo dobbiamo ribadirlo oggi e domani nei gruppi in cui noi saremo, mentre sul terreno della riduzione del danno, delle politiche sociali - che però è difficile distinguere perché ritengo che fino a quando la vita dei consumatori, per molti, significherà il carcere, le politiche sociali difficilmente avranno una loro efficacia - delle aperture importanti ci sono state sia nella relazione di VERONESI, sia nella relazione del Ministro TURCO.
Forse oggi è il caso che iniziamo anche a rispondere politicamente alle cose che il Governo ha proposto questa mattina. Invito quelli che erano qui a intervenire su questo.»

GAMBERINI:- «Ora diamo la parola al dottor Leonardo MONTECCHI, del SERT di Rimini. Intanto volevo dire, anche per la stampa, che verranno effettuate le simulazioni delle analisi delle sostanze: nella sala verrà allestito un banchetto in cui alcuni ragazzi, alcuni operatori analizzeranno le sostanze con il test apposito, che è stato acquistato.»

Dott. Leonardo MONTECCHI:- «Questa giornata di oggi, secondo me, vede la nascita di un altro soggetto che partecipa alla discussione generale sulle droghe e sulla tossicodipendenza.
Perché dico questo? Per sfatare il discorso che faceva il Ministro FASSINO per cui solo le comunità possono avere in affidamento persone che escono dal carcere. Non voglio entrare nel merito della legge, ma è improprio pensare che solo le comunità possano avere l'affidamento dei tossicodipendenti, e non i servizi o i centri sociali. Perché i centri sociali non possono diventare anche loro un soggetto diretto che può fare prevenzione e riabilitazione?
Scusate, uso queste parole perché altrimenti, in questo dibattito e anche in quello sui finanziamenti, sembra che l'intervento sociale sia fatto solo dai preti e dalla Chiesa e che quest'altro tipo di intervento sociale non sia presente.

Credo che la giornata di oggi abbia portato sulla scena direttamente questa presenza, questa possibilità, questa grossa realtà. Ci sono persone in trattamento, a Milano non so quante siano: perché non possono andare al centro sociale Leoncavallo? Non si possono costruire dei progetti per cui gente che esce dal carcere vada a fare delle attività al Leoncavallo? A Bologna non si possono costruire dei progetti per cui persone vadano a lavorare nei centri sociali? Agire su questa linea significa portare via gente dal carcere, costruire dei programmi alternativi, incidere direttamente nella realtà e anche prendere un posto che ci spetta e che vi spetta.
Credo che con la giornata di oggi si stia rimarcando direttamente questo; questa presenza deve essere forte, costante e deve essere fatta sentire. Questi centri ci sono, sono realtà economiche grosse, devono contare anche da questo punto di vista.»

GAMBERINI:- «Ora è iscritto a parlare Roberto NARDINI, presidente del Gruppo SIMS che noi conosciamo più per via telematica, perché è un ospite fisso delle migliori mailing list sulle droghe in Italia. Si è concretizzato, è uscito dal network telematico e oggi è tra noi.»

Roberto NARDINI:- «Vi ringrazio, ma credo di potermi definire un antiproibizionista della prima ora perché la mia associazione, già ventisette, ventotto anni fa cominciò proprio su una proposizione antiproibizionista, cioè noi gliela diamo la droga. Siccome l'eroina non c'era, facevamo ricette di morfina. Vi dico che già a quell'epoca, sia pure con la dinamica che muove la morfina, abbiamo risparmiato un sacco di problemi, di danni, di infezioni. Su questo non c'è dubbio: è chiaro che il proibizionismo è una piaga nel panorama della droga e i proibizionisti sono un problema della droga.
Diceva MACACCARO, ormai scomparso, che la droga è un grosso problema, ma il problema di chi sfrutta questo problema è ancora più grosso e noi oggi siamo in un Paese che a volte io mi sognerei fosse civile, ma poi mi accorgo che la questione della droga la affrontiamo secondo le indicazioni di quattro preti e un guaritore.
Infatti, in questa conferenza, voi avete notato - e io credo che questo sia anche un punto di caduta - che questi personaggi famosissimi attraverso i media, che non hanno ancora dimostrato niente a livello scientifico ed epidemiologico, hanno le sessioni plenarie, dove non c'è un farmacologo, non c'è un clinico e questo mi fa pensare e mi fa veramente paura.
Il nostro gruppo è anche conosciuto come quello che, sotto la supervisione scientifica delle Università, soprattutto dei Dipartimenti dell'Università di Pisa, ha introdotto, sostenuto e veicolato le terapie, la clinica della tossicodipendenza, intesa come malattia, e vi assicuro che esiste una clinica che funziona e che il proibizionismo che sta a cuore a questi personaggi non è tanto quello sulle sostanze, perché queste sostanze poi non guariscono, anche se risparmiano danni, emarginazione, infezioni; il proibizionismo che loro vogliono è quello sulle cure.
Voi avete visto l'inserto che ha veicolato San Patrignano attraverso alcuni media, il Resto del Carlino, la Nazione, eccetera? E' una cosa allucinante: servendosi di alcuni medici, fra l'altro indagati e arrestati più volte per concussione o corruzione, a un certo punto tratta tutti coloro che, per esempio, utilizzano il metadone, che è un ottimo strumento, come distributori di droga di Stato.
A questo punto, ho lanciato anche una campagna, cioè ho detto: autodenunciamoci tutti se siamo distributori di droga. Come mai questi zombie vanno a lavorare tutte le mattine, sono normali, non hanno nessun problema, hanno evitato le infezioni, sono praticamente immuni dal ricorso alle sostanze da abuso, che io credo sia la cosa principale? Questo è il punto fondamentale.
Adesso non vi voglio fare una lezione di clinica perché non sarebbe nemmeno il momento adatto, ma vi dico che non mi aspettavo un numero così alto di partecipanti che spero siano tutti antiproibizionisti.

Dico che noi, se è vero che questo è il numero, dovremmo fare un sacrificio, essere presenti alle plenarie di questi personaggi che hanno budget di miliardi all'anno - non si sa neanche come finiscono questi soldi, non c'è un contatore all'ingresso di queste comunità e all'uscita - per vedere quanti tossicodipendenti escono, quanti fanno overdose, quanti, a un certo momento, ricadono.
Noi abbiamo un'esperienza limitata, di 204 cartelle: l'87 per cento di questi ragazzi sono reduci dalle comunità, perché il reduce è il prodotto principale della comunità.
L'altro giorno sono andato a trovare una ragazza che noi abbiamo mandato in comunità, una giovane russa, ucraina, extracomunitaria, che era rimasta incinta e abbiamo pensato, siccome non voleva abortire - anche se noi, e io personalmente, le avevamo consigliato un aborto perché c'erano anche altri problemi - di infilarla in una comunità, in un ambiente protetto, dove avrebbe potuto avere questo bambino.
Ebbene, questa ragazza è stata istigata a togliersi la cura di dosso, è piena di psicofarmaci, si è tutta tagliata ed è lì in ostaggio, perché il bambino è stato affidato al prete della comunità.
Ma quello che mi ha spaventato è che era terrorizzata. Diceva: "Se tu mi dici queste cose, oh Dio, oh Dio... Che succede? Mi mettono fuori struttura". Cosa vuol dire fuori struttura? "Ah - diceva - mi buttano in una lavanderia, non posso parlare con nessuno, non posso vedere la televisione, non posso, niente". E per quanto tempo? "Anche quindici, venti giorni".
Queste organizzazioni sono accreditate e godono di convenzioni con i SERT, ma sono illegali, perché spesso non rispettano i diritti minimi della persona.
Non voglio entrare in quello che è successo a San Patrignano; ho scritto una lettera al Presidente della Repubblica, che tutti quelli che sono in rete avranno letto, chiedendogli se è giusto che lui abbia fatto visita a quella comunità. Cosa vuol dire? Che quei metodi delle catene, delle reclusioni nei pollai, dei pestaggi terapeutici sono legittimati? E' questo che gli ho chiesto. Non ho avuto risposta. L'unica risposta è stata quella di Donna Franca CIAMPI che mi ha chiesto di accettare un contributo, così, non ho ben capito, certamente gradito, anche perché c'è un riconoscimento.
Leonardo, che mi ha parlato prima di me, era con me a Milano nella sede di un grande giornale dove siamo andati a rappresentare queste problematiche e dove ci hanno detto "Ah, MUCCIOLI non si tocca". Questo un po' mi spaventa.
La proposta che farei è questa: tutti noi, che siamo qui oggi, andiamo a queste sessioni plenarie. Stamani ero un po' solo quando parlava CARLESI, ma poi gli ho mandato un biglietto: ti fischio come medico, non come parlamentare perché un medico non può fare la figura di un cialtrone, ma ha il dovere di essere informato. Ma che cosa viene a raccontare? Che non abbiamo studi. Invece ci sono trent'anni di studi, pannelli di consenso scientifici. Un medico deve conoscere queste cose. Non dobbiamo riscoprire l'acqua calda. Le esperienze ci sono, sia quelle antiproibizioniste sulle sostanze, sia quelle cliniche sulle terapie. La proposta che lancio è questa: dobbiamo essere presenti a queste sessioni e dobbiamo materializzare il nostro dissenso con fischi, fischi civilissimi, ma fischi.»

GAMBERINI:- «Si è iscritto a parlare Gianni DE GIULI, del Livello 57 di Bologna.»

Gianni DE GIULI:- «Non voglio fare un grande discorso, ma una cosa molto semplice, qualcosa che è chiamata ancora azione di disubbidienza civile. Sto per fare un'analisi delle sostanze, qualcosa che anche la Ministra TURCO stamattina ha detto che ormai è un impegno del Governo e che sarà messa in atto. Non so come crederci. Vorrei però avvalermi della consulenza di Mister Erik FROMBERG, olandese, probabilmente il più grande esperto in materia.
Allora, questo è l'oggetto proibito, è la sostanza proibita, non si capisce perché, dato che non è una droga, è un reagente chimico, ma in Italia non si trova. Si trova ad

Amsterdam: è il reagente di Markisbar ed è accompagnato da alcune indicazioni che ovviamente sono scritte in spagnolo, in francese, in tedesco, in inglese e in olandese, ma non in italiano, ciò a sottolineare il fatto che questa è una pratica che in Europa si fa dappertutto e non si capisce perché in Italia non si possa ancora fare.
E' molto semplice: basta mettere una pasticchetta e grattarne un po' in modo che non venga tutta consumata, dopo di che si gettano alcune gocce e, a seconda del colore, possiamo dire che è ecstasy con MDMA oppure non lo è, cioè è un "pacco". Ad esempio questo è un pacco: vedete che è praticamente bianco e quando il risultato è bianco vuol dire che è assolutamente un pacco. Vediamo se abbiamo qualcos'altro. Proviamo questa polverina, ci dicono essere anfetamina. Il colore dell'anfetamina dovrebbe essere il rosso, dice il cartoncino con le indicazioni. E' rosso, è rosso, questa è anfetamina! Vogliamo fare l'ultima prova? Ci hanno dato una white, una pasticchetta con questo simpatico nome. Vediamo che cos'è. Signori, è un pacco pure questo. Vedete, c'è il rosso dell'anfetamina, ma poi c'è il bianco del pacco. Se qualcuno ha delle sostanze e le vuole testare, non commettendo così un reato - presumiamo, nel senso che non c'è nessuno scambio - qui abbiamo il kit.»

Voce maschile:- «L'eroina si può testare?»

GAMBERINI:- «Chiediamo a Erik.»

Erik FROMBERG:- «Le eroina es posible de indicar con un color azul.»

GAMBERINI:- «Vorrei aggiungere una cosa: questo è uno dei metodi possibili per analizzare le sostanze, sicuramente il più veloce, ma il meno preciso. A livello europeo, abbiamo assistito a un concatenarsi di progetti sempre più sviluppati, all'interno dei quali esistono vere e proprie stazioni mobili con le quali è possibile analizzare non solo tutti i tipi di sostanze psicotrope, ma anche le sostanze di taglio e quindi un po' tutto il panorama di quello che è possibile trovare.
Chiaramente, questo è il metodo più semplice, quello che normalmente viene proposto a livello di aggregazione giovanile.
Le unità mobili in Svizzera hanno una macchina, il cui costo è di circa 120, 130 milioni, che permette una analisi cromatica della sostanza attraverso un test che è lo stesso che fanno l'Istituto di Farmacologia, e altri luoghi di ricerca e che ci permette un'analisi pura al 100 per cento. Non abbiamo ancora la macchina, per cui ringraziamo Gianni DE GIULI per questa analisi fatta col reagente.»

Erik FROMBERG:- «Questo test ha un valore limitatissimo, è poco più di niente, ma è comunque qualcosa di più. In Olanda le persone che hanno delle pasticche possono andare nelle loro città, in diverse città, presso dei centri, dove possono testare le loro pasticche.
Il primo test è stato fatto con questo tipo di fluido: la pillola cambia colore come reazione e quindi si può vedere da che tipo di sostanza può essere fatta. Poi viene spedita ai laboratori specializzati, per essere analizzata per bene e così si può sapere che cosa contengono realmente queste pillole.
Noi analizziamo cento diverse pasticche ogni settimana e quindi la settimana successiva possiamo usare la reazione del colore come prova, per il controllo delle pasticche successive. Se escono dei nuovi colori, sappiamo che c'è qualcosa di nuovo.
La cosa migliore sarebbe che le case farmaceutiche producessero queste pillole, con lo Stato che garantisce ciò che c'è dentro. Questo è il dovere dello Stato.»

GAMBERINI:- «Grazie, dottor Erik FROMBERG.»

Gianni DE GIULI:- «Per finire, ci è stata gentilmente offerta, da una coltivazione prodotta senza pesticidi né concimi chimici sull'Appennino reggiano, TI SANA o meglio, la tisana alla cannabis. Domani ne verranno portate altre. E' un omaggio per voi.»

GAMBERINI:- «Ora è il turno di Marco RIGAMO, Arc Nordest.»

Marco RIGAMO:- «Arc Nordest è una sigla forse poco comprensibile. Significa Associazione Cooperative Robin Hood in consorzio e raggruppa una serie di realtà territoriali del Nordest, forse una delle più conosciute è Radio Sherwood di Padova.
Mi occupo di carcere da molto tempo, a vario titolo, e ci sono alcune cose che si possono dire: la prima è di invitare tutti a partecipare alle ore 18, alla Comunità San Benedetto, a un incontro più specifico sul tema "carcere e decarcerizzazione".
Sono reduce, questa mattina, da una visita al carcere di Marassi di Genova, che avviene a pochi giorni di distanza da un giro, chiamiamolo così, indagativo in tutte le carceri del Veneto, che abbiamo compiuto assieme all'Assessore Gian Franco BETTIN, pro sindaco di Venezia Mestre e assessore regionale, che ci ha accompagnato, me, Ornella FAVERO, della redazione di Ristretti Orizzonti - un giornale organizzato dal nuovo complesso penale di Padova - e alcuni esponenti dei centri sociali di tutte le realtà territoriali pertinenti alle carceri che abbiamo visitato.
I risultati che abbiamo ottenuto sono disponibili in poche copie, perché è stato tutto realizzato negli ultimi giorni. I dati che abbiamo raccolto sono assolutamente e certamente confermati da quelli che abbiamo avuto modo di vedere questa mattina assieme al Senatore MANCONI e ad alcuni esponenti dei centri sociali genovesi e ad altri interessati - una delegazione di una decina di persone. Il carcere Marassi di Genova, che è in via di ristrutturazione, è un po' meno quel carceraccio schifoso che ci ricordavamo negli anni '70 e '80.
Il dato comune è questo: più della metà della popolazione detenuta è stata messa in carcere per questioni connesse con la tossicodipendenza e con la circolazione delle droghe; più della metà della popolazione detenuta lo è per l'inadeguatezza delle normative relative ai flussi migratori. Queste due realtà molto spesso, anzi quasi sempre, si sovrappongono. Le nuove droghe riguardano gli indigeni, se così li posso chiamare, le vecchie droghe riguardano molto di più gli immigranti, quelli che noi chiamiamo cittadini del mondo e che paradossalmente non sono nessuno per la nostra società, diventano qualcuno dentro il carcere, dove trovano un minimo di assistenza alle loro patologie. Fuori dal carcere, tornano in una terra di nessuno, tornano ad essere nessuno e poi vanno di nuovo in carcere.
Quello che abbiamo visto questa mattina è un carcere di questo tipo, con queste percentuali, con pochissima socialità, con tutte le differenziazioni interne, che riguardano i detenuti protetti per reati odiosi, quelli in espiazioni di pena, quelli in attesa di giudizio e la custodia attenuata, di cui parla il Ministro FASSINO, che, su un carcere di ottocento persone, ne ospita sedici, tutte a chiusura di trattamento e tutte dopo aver usufruito di quel poco che il SERT territoriale riesce a fare, avvalendosi di quattro assistenti sociali per 16 persone, e di altri quattro per le altre 784.
Questo significa che oggi il carcere è assolutamente la principale, se non l'unica risposta che si dà al fenomeno della tossicodipendenza, insieme all'uso massiccio di psicofarmaci e ai trattamenti al metadone, che in molti casi diventano di mantenimento. Quindi, si passa da una droga ad un'altra droga.
Nel suo intervento ufficiale, il Ministro della Sanità dice quanto segue, parlando del carcere: "Resta l'enorme problema della tossicodipendenza nelle carceri. Secondo un dato che tutti ritengono sottostimato, il 30 per cento dei detenuti ha dichiarato di essere tossicodipendente, ma su 208 istituti di pena solo 98 non permettono al SERT di curare questi malati". Ovviamente il dato sottostimato è assoluto, perché la percentuale va dal 50 al 70 per cento. Dice ancora il Ministro: "Sono personalmente convinto che ogni proibi-

zionismo, come d'altronde è storicamente dimostrato, non evita i danni per i quali è stato deciso e ne crea altri molto peggiori, la criminalità, il mercato nero, la prostituzione".
Prima che entrassimo, un delegato ufficiale, chiamiamolo così, mi diceva che non ci hanno fatto entrare perché in realtà alcuni di loro, scusate se uso questi termini "noi" e "loro", stanno dicendo le stesse cose e allora, probabilmente, è ora di finirla di fare della demagogia, è ora di finirla, anche da parte nostra, di chiedere al legislatore di intervenire sulle normative che governano i flussi migratori, o su quelle che governano la circolazione delle droghe. E' ora di chiedere con forza che le droghe leggere vengano depenalizzate.
Il direttore del carcere di Genova, questa mattina, parlando di tossicodipendenti, con una certa approssimazione, sosteneva che la metà dei detenuti che aveva nel carcere erano tossicodipendenti da droghe leggere, con questo dicendo, ovviamente, una cosa che non sta in piedi sotto nessun profilo.
Il dato che abbiamo ricavato è che comunque il 70 per cento di quella percentuale che è dentro per questioni di droga, è in carcere per questioni di droga leggera perché al secondo ingresso in carcere scatta la recidiva e con mezzo grammo di fumo vai in galera. O si elimina questo problema, oppure sarà impossibile chiedere la sperimentazione su sostanze più nocive. Negli altri Paesi d'Europa questi esperimenti hanno avuto successo e ciò è documentato: sono dati che tutti noi conosciamo, è solo una questione di sperimentazione.
La sperimentazione però da noi sta significando quattro circuiti carcerari diversificati, un circuito di custodia attenuata a cui, rispetto a 15.000 soggetti interessati, accede un'infima parte; significa chiedere che norme di fatto connesse con la circolazione delle droghe prevedano un inasprimento della sanzione penale. Faccio l'esempio dello scippo: il Ministro FASSINO, che nel comunicato del Ministero di oggi dice anche delle cose amene, chiede però che lo scippo venga equiparato alla rapina con una pena di dieci anni. Naturalmente, sempre nel comunicato ufficiale, si parla anche di ampliare, per gli ammalati di AIDS, i parametri di deficit immunitario che consentono la decarcerizzazione per cura. I malati di AIDS sono tutti in carcere. Nella sessione del carcere di Genova detta "centro clinico" ce ne sono venti, otto di questi hanno pena attorno al 2016, sono tutti in condizioni di uscire, ma non esce nessuno perché non c'è un provvedimento dell'Autorità giudiziaria. Ma chi esce, come è successo alcune settimane fa, dopo tre giorni chiede di tornare dentro perché fuori rischia di morire.
Allora il problema non è solo il carcere buono o cattivo. Il carcere è comunque cattivo e va tolto di mezzo nel modo più assoluto, lo diceva il Senatore MANCONI, lo dice il Ministro VERONESI, lo diciamo tutti. E' ora di farlo, evidentemente, ma soprattutto bisogna investire il territorio dell'obbligo di far funzionare leggi che ci sono, senza farne altre migliori. Questo consentirebbero di ridurre il numero dei morti da carcere, e di avere molta meno gente nei penitenziari, molto meno strazio per tutti e una maggiore sensibilità culturale della società, che continua a farci vedere in televisione e al cinema dei film dove tutti si fanno le canne, anche i poliziotti, mentre il ragazzo che coltiva due piante di canapa sul terrazzo va in galera e lì imparerà a vivere.
Dovremo fare un salto di qualità e dire che è ora di finirla e che questa legge minima la vogliamo tutti.»

GAMBERINI:- «La parola a Stefano ANASTASIA, dell'Antigone.»

Stefano ANASTASIA:- «Ho poco da aggiungere alle cose che ha detto Marco prima di me. Voglio soltanto, per esemplificare le ragioni del nostro dissenso dalla posizione che il Ministro FASSINO ha portato qui oggi a nome del Governo, fare con voi una specie di tabellina, con i risultati della Conferenza di Napoli sul problema della giustizia e del carcere per i tossicodipendenti, poi con quello che è stato fatto da Napoli fino ad oggi e poi con quello che ci ha proposto il Ministro.

A Napoli il gruppo che si occupava di questo argomento ha concluso dicendo che andavano ampliate le condotte depenalizzate riguardo al consumo e, in modo particolare, che bisognava abolire la presunzione dello spaccio e depenalizzare l'acquisto di gruppo, la cessione gratuita, la coltivazione ad uso personale di cannabis.
Punto secondo: il gruppo diceva, unanime, che bisognava ridurre le pene comunque e anche coloro che risultavano condannati per spaccio dovevano avere pene ridotte.
Punto terzo: si diceva che bisogna potenziare le alternative, da una parte con un affidamento in prova senza limiti e, dall'altra parte, con le misure alternative al carcere per i malati di AIDS.
Quarto punto: bisogna tutelare la salute dei tossicodipendenti in carcere, di quelli che ci restano, e potenziare il sistema degli istituti a custodia attenuata.
Questo diceva la Conferenza di Napoli nel suo complesso. Un gruppo su questi punti si è espresso coralmente. Non sto parlando di altre questioni come la legalizzazione delle droghe leggere, che rimase questione aperta. Su questo c'era l'unanimità degli operatori.
Che cosa è successo nel corso di questi tre anni, dalla Conferenza di Napoli ad oggi? Le condotte depenalizzate non sono state ampliate, nessuna delle condotte di cui si diceva è stata depenalizzata. Le pene non sono state ridotte. Le alternative non sono state potenziate, è stata approvata solo la legge sulle misure alternative al carcere per i malati di AIDS, con tutti i problemi applicativi che conosciamo, fino al fatto che oggi il Ministro ci deve riconoscere che bisogna ampliare i parametri fissati.
Quanto alla tutela della salute e al potenziamento degli istituti a custodia attenuata, è stata approvata una legge di riforma del servizio sanitario in carcere, ma viene applicata?! I SERT entrano soltanto nel 40 per cento degli istituti penitenziari. Non so se è responsabilità del Ministro della Giustizia o del Ministro della Sanità, stamattina l'hanno detto tutti e due, ma sembrava un fatto normale che a undici mesi dall'entrata in vigore di una legge che prevede che i SERT abbiano diretta e specifica competenza nell'assistenza sanitaria dei tossicodipendenti in carcere, nel 60 per cento delle carceri italiane i SERT non entrano e questo pare non porre problemi, da quello che ho capito, al Ministro della Giustizia e al Ministro della Sanità, che lo considerano un dato di fatto.
Infine, potenziare gli istituti a custodia attenuata: abbiamo anche qualche ragione di critica a puntare su questi strumenti, comunque alcune centinaia erano i detenuti in custodia attenuata tre anni fa, alcune centinaia sono i detenuti in custodia attenuata oggi.
Che cosa ci ha detto il Ministro oggi? Depenalizzazione non è argomento che pare essere all'ordine del giorno: non so neanche se il Ministro ha citato la parola, forse l'ha accennata solo per dire che non bisogna farla.
Riduzione delle pene: ancora oggi, sul numero in edicola di Fuori Luogo, anche il Partito Popolare si dice disponibile ad abbassare le pene, ma il Ministro non prende in considerazione questo punto.
Potenziamento delle alternative: l'affidamento si può ampliare, ma con un limite a sei anni e soprattutto, cosa che è assai grave, affidando alle comunità un ruolo di controllo, di tutoraggio, mettendo in discussione gli orientamenti più avanzati che oggi vedono la possibilità di fare affidamenti in prova anche presso i servizi pubblici, o i centri non residenziali.
Quarta cosa: tutela della salute. Non si sa nulla ma, ancora una volta, si parla di potenziare gli istituti a custodia attenuata, cioè quelli che hanno alcune centinaia di detenuti su 15.000 tossicodipendenti. Mi pare assai poco. Quindi credo che, da questo punto di vista, le ragioni di critica che ci hanno spinto anche a promuovere il gruppo di lavoro che faremo tra poco più di un'ora e mezza a San Benedetto, restano uguali, nonostante siamo riusciti, grazie al nostro lavoro di questi mesi, a ottenere significative aperture nelle relazioni degli altri Ministri su questo che avevamo individuato come uno dei punti più critici della piattaforma con cui il Governo si presentava alla Conferenza. Il nostro giudizio resta quello che era; se possibile, abbiamo fatto dei passi indietro anche rispetto

alle meno rosee previsioni.»

GAMBERINI:- « E' iscritto a parlare il dottor Vittorio AGNOLETTO, presidente della Linea nazionale.»

Dott. Vittorio AGNOLETTO:- «Abbiamo ribadito che medici, operatori dei servizi, del privato sociale sono risorse tecniche utili all'interno del movimento. Inoltre che gli argomenti di cui parliamo hanno una loro validità scientifica, non sono ideologia, sono dati, cifre, eccetera.
Credo che abbiamo dimostrato di saper fare i nostri interventi dentro e fuori e anche trovando dei canali di comunicazione tra operatori, mondo giovanile, istanze politiche e consumatori, perché il soggetto negato dentro questa Conferenza erano e sono i consumatori.
Mi auguro che questo tipo di alleanza, in cui ognuno ha partecipato senza rinunciare alla propria specificità, vada oltre la Conferenza di Genova: credo che abbiamo tante altre azioni da fare insieme.
Incredibilmente noi, dai Ministri più politici, abbiamo avuto delle risposte assolutamente negative, perché della legalizzazione delle droghe leggere stamattina non si è neanche parlato, nessuno ha citato neppure la parola.
E' stata fatta vedere una diapositiva in cui si mostra che il 33,3% periodico, caso strano delle percentuali, cioè un terzo degli adolescenti, secondo l'inchiesta fatta dal Ministero della Sanità, usa la cannabis. Qual è la conseguenza che deriva da questo in termini legislativi? Nulla, non se ne è minimamente parlato. Quindi quello rimane un obiettivo assolutamente centrale.
Seconda questione: oggi è successa una cosa gravissima. Un Ministro di questa Repubblica ha detto che non ha intenzione di rispettare una decisione popolare, cioè la depenalizzazione dell'uso personale di sostanze, che è stata approvata dal referendum del '93; un Ministro non può intervenire e dire che ci sono 15.000 tossicodipendenti in carcere e che dobbiamo muoverci in una logica di decarcerizzazione. Questo non significa depenalizzazione. Il Ministro deve dire perché la volontà del popolo italiano sulla depenalizzazione dell'uso personale, approvata nel '93, non ha avuto le conseguenze legislative che doveva avere.
Credo che questa vicenda della cannabis e il tema della depenalizzazione e del carcere siano gravissimi e siano obiettivi su cui dobbiamo continuare a lavorare.
Ci sono poi alcune cose su cui ci sono state delle aperture. Credo che siano anche un risultato dell'azione che tutti quanti abbiamo promosso: il fatto che in apertura della Conferenza nazionale la Ministra TURCO ha dovuto dire che deve tenere presente che c'è chi contesta, è un risultato acquisito. Però alcune aperture, dopo quattro anni di legislatura e a cinque mesi dalla scadenza, hanno senso se si trasformano in scelte, altrimenti i testimoni, i testamenti per chi viene dopo, servono a poco. Quanto all'apertura sulla legge sull'AIDS: alziamo pure la soglia immunitaria, portiamola pure a 200 T4. Il problema è un altro, cioè che, anche con meno di 100 T4, non esce nessuno. Ho girato molte carceri, ho visto gente malata di AIDS, la settimana scorsa a Milano abbiamo avuto nel carcere due decessi di malati di AIDS, ma i magistrati rifiutano continuamente la scarcerazione. Si può mettere la soglia anche a 200, ma se poi il magistrato non è vincolato, non si ottiene assolutamente nulla e, tra l'altro, con un'interpretazione restrittiva della legge che dà tra parametri, uno, l'altro o l'altro, loro dicono che ci devono essere tutti e tre, oppure non esce assolutamente nessuno.
Su questo ci vuole un'iniziativa del Ministro della Giustizia perché le leggi, quando le fanno, almeno dopo devono chiedere che siano applicate. Riguardano anche aspetti sanitari.
Sulla somministrazione controllata di eroina, c'è stata un'apertura da parte del Ministro della Sanità. Credo però che non è più tempo di raccogliere dati: i risultati ci sono, si

tratta di diventare assolutamente operativi e credo che alcune cose, insieme, si possano anche fare.
Per esempio, oggi VERONESI diceva che è interessante l'esperienza delle stanze di iniezione. Io dico: la LILA è disponibile, credo che siano disponibili anche altri, partiamo con dei progetti concreti con le sale di iniezione. Voglio vedere intanto quale legge troveranno per impedire una cosa del genere. Facciamola, è comunque un intervento a bassissima soglia, che permette a chi continua a fare uso di sostanze per via endovenosa di farlo dentro un contesto di assistenza un po' più decente di quello della strada e credo proprio che questo sia un obiettivo concreto da praticare.
Queste sono alcune cose su cui possiamo lavorare in futuro, però voglio sottolineare che questo intreccio che vede la CGIL, le associazioni, i centri sociali attorno a una piattaforma comune in cui ognuno porta la propria competenza e il proprio linguaggio, è una ricchezza estremamente grande e credo che probabilmente saremo in grado nei prossimi mesi anche di determinare delle iniziative autogestite, senza dover rincorrere sempre quelle istituzionali.»

GAMBERINI:- «Antonio D'AMORE, della Comunità Il PIOPPO, di Napoli.»

Antonio D'AMORE:- «Parlare dopo AGNOLETTO è difficile. Ho chiesto la parola perché c'è stato un intervento che ha tracciato un disegno ormai obsoleto delle comunità ed anche, per certi aspetti, incoerente, nel senso che tra qualche ora il gruppo che non c'è, praticamente "l'altra Conferenza", sarà proprio ospitato in una comunità e questo è un segnale che non possiamo legarci a dei vissuti.
Stiamo ancora pagando il prezzo di chi, qualche anno fa, ha creato l'immagine che solo le grandi comunità, con i grossi numeri, potevano salvare i tossicodipendenti; attualmente, all'interno di queste strutture, c'è una forte domanda di rinnovamento e di adeguamento, come del resto, sui morti per droga, penso che ritorna ad essere fondamentale l'emergenza carcere. La maggior parte delle persone che va in overdose sono quelle che escono dal carcere.
Ho qualche preoccupazione, dal punto di vista dell'attivazione di alcune sperimentazioni, perché penso che i servizi che abbiamo a Napoli o a Palermo non sono gli stessi che stanno in Emilia Romagna o nel Veneto.
Volevo poi spostare l'attenzione dalle sostanze al concetto della prevenzione, perché mi sembra che si stia sempre più parlando di prevenzione ed ho la paura che dietro questa parola ci sia un tentativo di normalizzare, di dare un controllo ad una serie di istanze sociali di partecipazione e di voglia di fare, che invece vogliono proporre delle cose.
Su questo è opportuno ed interessante spostare l'attenzione dalla prevenzione all'educazione, vedere quali sono gli spazi educativi e penso che la manifestazione di oggi, che avete portato per la città di Genova, abbia avuto due elementi importanti, cioè la questione del gioco e della festa e anche la proposta del piacere, che sono cose nuove, con le quali dobbiamo confrontarci.
Invito i centri sociali di Napoli, lo SCA, il DAM, l'OFFICINA 99 ad organizzare insieme con noi un drop in per la città di Napoli. Siamo pronti a finanziarlo, per offrire questa opportunità di riduzione del danno. Li abbiamo già contattati da un punto di vista telematico, non ci hanno risposto. Se avete la possibilità, vorremmo fare questa esperienza.
L'ultima cosa è che bisogna forse mettere in rapporto l'uso delle droghe con il processo di globalizzazione e anche delle tecnologie che avanzano, perché mi sembra che l'uomo, nella realtà occidentale, per colpa della tecnica, ormai di per sé sia estinto. Qualcuno diceva: non voglio più solo prendermela con le cose che non vanno bene, voglio cominciare a contare per fare in modo che delle cose possano acquisire delle valenze differenti. Allora il problema della droga, della socializzazione, degli spazi educativi, del futuro e della speranza si possono affrontare solamente se rimettiamo in discussione il fatto che questo sistema di società prospetta sempre più attenzione sul profit-

to e meno sulle persone, e dobbiamo farlo anche alzando la voce e forse qualche volta anche con l'utilizzo della violenza.»

Cecilia D'ELIA:- «Angelo GIGLI, SERT di Torino, progetto CANGO.»

Angelo GIGLI:- «Ero stato stimolato dal discorso dell'analisi delle sostanze effettuato prima. Lo trovo molto interessante, però mi sembra molto legato al discorso delle new drugs, come si dice in gergo.
Il progetto CANGONE per tossicodipendenti attivi non è altro che un pullman che gira per Torino con alcuni obiettivi di contatto, fra cui quello di utilizzare, fornire materiale sterile per le somministrazioni. Abbiamo iniziato un lavoro con la Procura, col Procuratore capo di Torino, dottor MADDALENA e il suo sostituto, dottor DAULI, per poter acquisire, noi del progetto CANGONE - che non è altro che un modulo del SERT di Torino - delle sostanze che i ragazzi ci possono portare e poi inviarle al laboratorio dell'Università per potere poi identificare, non tanto nel grosso, alto o medio spaccio, che cosa i soggetti, i ragazzi, usano, consumano, si iniettano.
Devo dire che ho trovato nella magistratura - in una parte, non in tutta, perché poi dirò una cosa che non fa molto onore ai magistrati - molta sensibilità verso la salute, perché, in ogni caso, quello che noi chiediamo è di potere, con una liberatoria da parte del magistrato, acquisire, prendere in mano, sigillare, inviare al laboratorio di analisi dell'Università la sostanza, per poter sapere che cosa è.
La legge attuale non permette questo, e quindi è già un grosso passo in avanti. L'obiettivo è anche quello di riportare ai ragazzi, alle persone tossicodipendenti in strada - perché quello è il nostro luogo privilegiato di intervento - ciò che c'è in giro, spiegando loro: se dovete farvi, fatevi meglio, ma attenzione a ciò che sta circolando. Quando ci sono un pool di overdose, un trend di overdose, al momento in cui questo accade, informiamo di routine i nostri clienti.
Questo, secondo me, vuol dire, da una parte, farsi carico della tutela della salute e dall'altro anche rimandare, al di là delle ideologie, le pastoie di varia natura.
La cosa che mi è dispiaciuta oggi è sentire un' affermazione che mi ha fatto drizzare i capelli, cioè che il metadone a mantenimento è stato ritenuto, forse per errore, un altro stupefacente, un'altra sostanza, un'altra dipendenza.
Ritengo che sia tempo di iniziare a ragionare seriamente e non ideologicamente sul discorso di sperimentare nuove strade.
Però, attenzione, oggi in Italia, a Milano, a Torino, ci sono magistrati che stanno mandando notizia di reato a dei colleghi medici, per mal practice, cioè dicono che noi, quando diamo in affido il metadone dobbiamo controllare. Chiedo e spero che lo chiediamo tutti, che sia possibile effettuare realmente i trattamenti già legali, cioè il trattamento con metadone, al di là delle evidenze scientifiche, perché ci sono, non c'è bisogno neanche di tirarle fuori, NARDINI mi può tranquillamente confortare in questo. Non si può vivere facendo i medici sotto la mannaia del magistrato di turno, perché nonostante il nostro amico BERLUSCONI dica che tutta la magistratura è di sinistra, in realtà molti magistrati non lo sono, perché l'attacco a dei medici in tal senso non è un attacco alla pratica medica, è un attacco politico al metadone.
A me ogni tanto fa un po' specie sentire paragonare il metadone, come farebbe la mia portinaia, con tutto il rispetto che ho per lei, all'eroina. E' un mito stupido, che bisogna far scomparire, non ci appartiene. Chi opera in questo campo non può ancora dire simili sciocchezze.»

Armando CROCICCHIO:- «Fra un mese avrò sessantasette anni, mi interesso di droghe dall'87 ma, per capirci qualcosa, sono arrivato nel 1988, perché allora ne parlava PANNELLA, ma io non lo capivo.
Alla fine, pensa che ti ripensa, ho elaborato, credendo che fosse la linea di PANNELLA

e invece non lo era, quella che oggi è la linea di PANNELLA.
Sono l'autore dell'eroina terapeutica o eroina medicina o eroina di Stato: sono stato in Svizzera nel '91, dove c'era un simposio sulle droghe, presiedeva Emil LIEBERG, che è qui presente a fianco a me. Comunque fui l'ultimo a parlare ed Emil LIEBERG poi ha preso alla lettera le mie parole e ne ha fatto una sperimentazione in Svizzera, però io non l'intendevo come sperimentazione, ma su base nazionale.
Riesco a capire come Emil LIEBERG abbia fatto una fatica incredibile a provare una sperimentazione in Svizzera, che adesso va bene: è stato anche votato in un referendum il suo proseguimento, ma è chiaro che se questa sperimentazione, in Svizzera, fosse stata fatta su base nazionale cioè su tutti i tossicodipendenti, oggi la Svizzera avrebbe risolto il problema dei tossicodipendenti da eroina per un semplice fatto, perché nessun mercato può competere a costo zero.
Tutti i tossicodipendenti da eroina sarebbero andati in questi centri, che sono limitati, dove avrebbero trovato quello che trovano oggi, tutti gli aiuti immaginabili possibili. Il tossicodipendente, in questi centri, è diventato un essere normale, va a lavorare, non è più inseguito, non va più in prigione, non deve più rubare, non deve più prostituirsi, non prende più l'AIDS. Vi pare poco?
E poi c'è un'altra questione: nella prima nazione che farà questo non nasceranno più tossicodipendenti, perché qual è il brigante, chi è l'assassino, chi è il farabutto, chi è il mafioso oppure qualsiasi altra persona che lavora a costo zero? Perché nel momento in cui si riesce a intossicare una o due persone, queste se ne andranno subito nei posti dove la danno gratis e così il mercato è a zero, finisce. E la storia dell'eroina finisce con essa. Mi sembra molto semplice.
Quanto alle leggi italiane, che penso siano le leggi mondiali, le hanno fatto per gli adulti, mentre dovevano farle per i minori. Quando incomincia uno a intossicarsi da eroina? Signori, in minore età, fino ai diciotto anni o dopo i diciotto anni? Voi tutti lo sapete che incomincia prima, ma dopo cresce: gli anni passano, il tossicodipendente da eroina arriva a venti, venticinque, a trenta, anche a quaranta anni, sempre che tutti gli altri non siano già morti per overdose.
Mi chiedo: se questo problema riguarda i minori, perché questo Stato, questi politici hanno fatto una legge per gli adulti? Qual è la motivazione?
Non smetterò mai di urlare per salvare delle vite umane. Perché ho trovato il sistema dell'eroina terapeutica, eroina medicina, eroina di Stato, qualche farabutto, per farmi tacere, ha intossicato mia figlia e me l'ha uccisa. Urlerò fino a che avrò fiato in corpo di non uccidere più nessuno. Nessuno deve morire perché si erge a Dio. Solo Dio può proibire, nessun uomo può proibire ad un altro uomo di fare cose che a lui non vanno.
Allora, come mai hanno fatto una legge per gli adulti mentre la legge andava fatta per i minori? E' come dire che uno prende la poliomielite da bambino, poi si ritrova su una carrozzella e questo cresce, arriva ai diciotto anni e la legge gli impone che deve guarire perché, se non guarisce, avrà delle sanzioni e le agevolazioni che aveva prima non gliele daranno più.
Ma che stupidaggini sono? L'eroina, una volta che è entrata nel sangue, nelle molecole, si fissa nei meandri del cervello e non va più via. Non esistono statistiche di guarigione. Non fanno mai neanche una statistica di quelli che sono guariti, dovrebbero vergognarsi, ma vergognarsi fino in fondo, perché le comunità dicono che li mandano fuori che sono guariti, ma tutti questi guariti li troviamo nei cimiteri morti, tutti morti. Ecco chi sono i guariti: sono là, nei cimiteri.
Non vi sembra allora che è ora di finire questa storia, che dobbiamo ribellarci un po' come si deve, che bisogna avere un po' di amor proprio e lottare contro questi assassini proibizionisti?
Mi voglio calmare. Vi leggo quello che ho scritto, perché in momenti di disperazione o in stati d'animo del genere, scrivo; sono un mezzo poeta autodidatta.
Proibizionismo, proibizione alla vita. No, uomo, tu non puoi, non puoi fregartene più,

devi fermare questo flagello di lutti e di morte. Fermiamo questa pazzia, pazzia dell'uomo nel mondo per non essere più coinvolti in lutti e dolori, in fame, miseria e pestilenze. Fermiamoci e riflettiamo, torniamo indietro nel tempo, il tempo bastante per un esame profondo di pura coscienza. Tutto si può cambiare, quello che l'uomo ha creato si può modificare, modificare, nulla è vietato all'uomo, nemmeno la vita, continuazione di vita, continuazione d'amore. Fermiamo questi assassini, politicanti bastardi che hanno rubato la vita, hanno rubato l'amore che non c'è più. Nessuno deve votare la morte dei propri fratelli, dei propri figli.
Io spero di offendere con tutto il cuore tutti i proibizionisti di questa terra. Curiamo oggi noi stessi la nostra politica, la nostra famiglia e scacciamo i potenti e vigliacchi proibizionisti, bastardi e assassini che hanno preso il comando di questa Italia rovinando l'Italia. Basta fare ingrassare porci, maiali e bastardi, sanguisughe d'Italia, sanguisughe di vita.»

GAMBERINI:- «Abbiamo un ultimo intervento, prima dell'appuntamento alla Comunità SAN BENEDETTO AL PORTO, in Via San Benedetto 12, con il Gruppo che non c'è, su "Carcere, depenalizzazione, decriminalizzazione della vita quotidiana dei consumatori", a cui intervengono i centri sociali del nord est e ANTIGONE. Vi ricordo, prima di lasciare la parola al dottor BORTONE della CGIL nazionale, per l'intervento conclusivo, gli appuntamenti di domani. Alla Conferenza, che si terrà alla sala Sant'Agostino, in Piazza Sarzana, al mattino alle ore 11:00 è in programma "La cannabis terapeutica", con l'intervento del professor Robert GORTER da Berlino, poi "La somministrazione controllata di eroina", con Matteo FERRARI, che si occupa del progetto di distribuzione controllata in Svizzera. Al pomeriggio, alla ripresa dei lavori, alle ore 15:00, avremo "L'analisi delle sostanze", cioè una seconda sessione di quello che abbiamo già visto oggi, poi "L'autocoltivazione della cannabis", a cura del VILLAGGIO GLOBALE e del FORTE PRENESTINO di Roma, "Il lato oscuro delle nuove droghe" con Stefano PADOVANO, del centro sociale ZAPATA di Genova e infine, in conclusione, l'intervento di Erik FROMBERG, che abbiamo già avuto modo di conoscere oggi, dal titolo "Riduzione del danno, di cosa stiamo parlando?"
Prima, dopo e durante gli interventi verranno predisposti alcuni allestimenti video chiamati "video stupefacenti", a cura dei centri sociali che hanno aderito a questa manifestazione, tra cui LIVELLO 57, FORTE PRENESTINO e CANDIDA TV, una televisione via Internet.»

Dottor BORTONE:- «Mi occupo di tossicodipendenza nella CGIL nazionale, che ha sostenuto con continuità e fino in fondo l'impresa che abbiamo chiamato "Per una nuova politica sulle droghe".
Oggi mi sembra che qui, nonostante le contraddizioni e difficoltà, registriamo un risultato sul quale voglio di nuovo mettere con forza l'accento e cioè il contatto - che mi pare vada in particolare rivendicato a un arco di forze diverse, non certo tutte simili o uguali, che hanno sostenuto questa difficile impresa dello stare dentro la Conferenza in modo critico - fra consumatori, aree giovanili di tipo critico e anche antagonista organizzato ed operatori e settori più istituzionali: forze, aree, culture che rischiavano di non parlarsi, di contrapporsi e che qui hanno trovato un raccordo, un confronto che certo dovrà continuare.
Di questo dobbiamo essere molto soddisfatti. Dobbiamo anche prendere atto, e qui forse c'è qualche precisazione politica da fare, che un dialogo col Governo e un cambiamento di posizioni c'è stato, almeno questo è il giudizio che do a caldo sul bilancio della mattinata.
Non mi sembra che un Ministro della Repubblica abbia mai dato, forse mi sbaglio, i segnali culturali che ha lanciato VERONESI, pur così lontano dalla sinistra e dalla CGIL, non dobbiamo dimenticarcelo, sul terreno che a noi, in questo momento, più interessa.

Secondo me, questo fatto nuovo lo dobbiamo rimarcare, valorizzare, discutere fra noi. E' una novità che ha avuto anche un riflesso, se mi consentite, tattico, organizzativo, nell'atteggiamento che il Ministro ha preso rispetto al dialogo con i soggetti diversi che aveva di fronte. L'intervento della stessa Ministra TURCO non mi sembra da sottovalutare in alcune sue aperture. E' vero, naturalmente, che restano contraddizioni gravi, particolarmente nell'area del penale, rispetto all'intervento del Ministro di Grazia e Giustizia. Però mi sembra che su questo dobbiamo avere un' attenzione dialettica, non dire sempre le stesse cose, non fare come se stessimo sempre allo stesso punto. Oggi siamo a un punto un po' diverso rispetto a ieri e dobbiamo anche rivendicarlo, tutti insieme, come un nostro risultato. Non è certo una concessione, un frutto di una gentilezza o di una mera apertura culturale, ma di una difficile dialettica politica che è venuta a maturazione in modo anche drammatico e anche grazie a noi, in questi ultimi giorni. Ci vediamo tra poco nella Comunità di Don Gallo.»

PREVENZIONE E DINAMICA DELLA COMPLESSITÀ SOCIALE: BILANCIO E SFIDE

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Sono il dirigente scolastico regionale. Una figura nuova, nel senso che la nostra amministrazione sta modificandosi e quindi anche questa figura dell'ex provveditore - io sono anche il provveditore di Genova - va ad acquisire un'altra veste. E proprio come provveditore di Genova e come dirigente scolastico regionale, porgo il saluto a tutti i convenuti a una sessione che ha molte attinenze con l'attività della scuola. E far coordinare questa tavola rotonda da me ha questo significato. La prevenzione è uno degli aspetti più importanti nella lotta alle tossicodipendenze, è un aspetto fondamentale. Se si lavora bene per prevenire si riesce anche a stabilire un giusto contatto, un giusto collegamento non solo con le fasce deboli, ma soprattutto con le fasce giovani, con i nostri ragazzi; qui ne vedo tanti e questo mi fa anche piacere perché così potremo meglio approfondire questi temi e stabilire se le strategie che la nostra amministrazione, che è la scuola, ha messo in atto, o sta mettendo in atto, sono giuste, sono corrette o vanno modificate.

Volevo fare solo due considerazioni. Una: educare per prevenire è uno slogan che è stato il motivo conduttore di tutte le attività che si sono svolte nell'amministrazione scolastica. Per una vostra curiosità, educare per prevenire è uno slogan che è nato a Genova. In un convegno, che per la verità non era un convegno, era un corso in full immersion fatto qui a pochi passi, a Tiglieto, nel '75, che vedeva la partecipazione, per la prima volta, di insegnanti, e che ha avuto, a mio avviso, io c'ero, curavo quel corso, un significato molto importante. Non so se riusciremo a distribuire il documento finale di quel convegno. Credo che il documento finale redatto da un allora professore, oggi preside di una scuola prestigiosa di Genova, qual è l'Andrea Doria, un liceo classico genovese, abbia una validità eccezionale perché, pur se fatto in quell'epoca, parlo del '75, ancora oggi ha elementi forti, quindi vuol dire che questo lavoro, questo interesse, questo intervento è ancora molto presente, molto attuale. Altra considerazione che volevo fare è l'opportunità che viene data oggi per le attività della scuola con l'autonomia. Le scuole possono programmare, anzi debbono programmare, debbono fare un loro progetto. Questo progetto deve essere partecipato, nel senso che anche gli studenti, oltre che i genitori e gli insegnanti possono metterci mano, possono intervenire; allora non è sbagliato, anzi è opportuno che in questo progetto, in questa proposta dell'offerta formativa ci sia anche una parte, un aspetto che riguarda interventi di prevenzione. Quello è il momento opportuno, il momento cruciale, in cui la programmazione, l'offerta formativa, deve tenere in

conto anche elementi che riguardano la prevenzione. Prevenzione alle tossicodipendenze: non solo evidentemente. Prevenzione di tutti quegli aspetti di disagio che in effetti sono presenti e che i giovani vivono e devono anche conoscere bene. Dicevo qualche tempo fa che, se riusciamo a fare una differenza forte, o a far passare un messaggio forte alle scuole elementari, per esempio, fra la differenza tra libertà e schiavitù, forse, mettendo questo seme, questo elemento di differenza e di approfondimento, a quell'età riusciremo anche a creare le condizioni per meglio approfondire questi temi. Ieri se ne è parlato molto, abbiamo sentito e abbiamo letto interventi in questo senso. L'ultima considerazione che volevo fare è su questa sinergia, questo raccordo, questa forte integrazione fra pubblico e privato, fra società civile e sistema scolastico in tema di prevenzione. Non solo per quello che riguarda gli interventi che le comunità o che gli esperti possono fare, ma anche su quegli interventi che sono necessari da parte delle strutture pubbliche, l'Asl o altre che hanno questa funzione. Quando più noi riusciremo a creare questo raccordo, tanto più riusciremo ad avere efficacia nell'attività di prevenzione in senso lato; riusciremo a dare un contributo anche di cultura, quindi un'elevazione culturale ai nostri ragazzi.
Cercherò di fare al meglio il compito che mi è stato affidato, cioè quello di dare la parola ai relatori e poi, magari nel pomeriggio, a coloro che si sono iscritti per un approfondimento e un dibattito. Il primo relatore di questa tavola rotonda è don PICCHI. Io credo che don Mario PICCHI non abbia bisogno di presentazioni ulteriori e quindi gli lascerei subito la parola.»

Don Mario PICCHI:- «A me è stato dato il compito di trattare il tema "Una proposta per la prevenzione", questo anche in base alla commissione che in sede della consulta nazionale, che ha operato e che opera accanto al Ministero degli Affari Sociali, è stata un po' quella che ho seguito da vicino. Ci ritroviamo qui a Genova, quarantaquattro mesi dopo la conferenza di Napoli, per fare il punto sulla situazione e cercare nuove ispirazione per il lavoro che ci attende. Nel frattempo molte cose sono cambiate nella situazione istituzionale e organizzativa del nostro paese. Si sta tentando di realizzare un forte decentramento di poteri e funzioni alle Regioni e alle autonomie locali. Si persegue l'obiettivo di affidare ad autorità più vicine ai cittadini, e quindi più consapevoli dei problemi concreti la gestione del territorio e dei servizi. Tuttavia l'impostazione politicizzata di molti problemi impedisce spesso al decentramento di raggiungere gli obiettivi di efficienza che si propone. E diventa invece un'occasione di contrasti a diversi livelli politici e amministrativi. Molte cose sono cambiate nel panorama sociale. La tossicodipendenza va perdendo le sue originarie caratteristiche di fenomeno speciale. E sempre più fortemente si intreccia con altri disagi. Talvolta è compatibile con il lavoro e con l'inserimento nella società. In certe situazioni il consumo di droga non è vissuto come trasgressione, ma come mezzo per resistere alle sollecitazioni sempre più intense dello stress lavorativo. Oppure per combattere la solitudine. O ancora, per essere parte di un gruppo. Di fronte a questa situazione occorrono strategie e anche servizi innovativi, capaci di progetti mirati alle singole persone, ai singoli gruppi. Occorrono servizi ben collegati tra loro per lavorare in sinergia, partendo dalle situazioni reali. Questo vale per i servizi pubblici come per quelli ausiliari e del volontariato. Ma il lavoro in rete presuppone il superamento della logica burocratica e una posizione di sostanziale parità tra coloro che alla rete partecipano. Presuppone soprattutto una comune tensione verso il risultato. In questi anni sulla prevenzione sono state dette molte cose. Alla fine se vogliamo sintetizzare possiamo chiamare prevenzione tutte quelle azioni che inducono un miglioramento della qualità della vita personale e sociale. Ma il miglioramento della qualità della vita è l'oggetto primo della politica. E dunque ecco le responsabilità di un'azione politica che non ha mai assunto la prevenzione come obiettivo primario. O almeno non lo ha fatto nei fatti. Ma come è possibile articolare la prevenzione sul territorio? Come dare a sessanta milioni di cittadini una risposta personalizzata, attenta, scrupolosa? La consulta degli

operatori e degli esperti in materia di tossicodipendenza istituita presso il Dipartimento degli Affari Sociali, ha individuato una serie di azioni e di interventi ritenuti prioritari dalla maggioranza di coloro che hanno partecipato ai lavori. Sul tema delle politiche della prevenzione, che ho seguito personalmente, la specifica sessione ha individuato cinque ambiti, efficaci interventi.
Primo ambito. Le azioni rivolte alla maturazione personale delle nuove generazioni. Secondo. Le azioni rivolte alla riqualificazione dei tessuti sociali urbani. Terzo. Le azioni di recupero di situazioni di difficoltà personali e dei gruppi. Quarto. Le azioni rivolte a cambiare gli stili di vita di chi consuma alcolici, stupefacenti, anche quelli cosiddetti leggeri e saltuariamente altre droghe, senza sentirsi né alcolista né tossicodipendente. Quinto. Le azioni culturali per introdurre modelli e comportamenti che rifiutano il ricorso a sostanze esterne alla persona come soluzione dei problemi.
Il primo ambito è dunque rivolto alla maturazione personale delle nuove generazioni, che coincide con l'educazione e la socializzazione. Occorre progettare e realizzare azioni per incrementare le funzioni educative, nella scuola e nella famiglia. Azioni volte sia a sostenere l'associazionismo, il volontariato e l'aggregazione giovanile, sia a formare i formatori, gli insegnanti, i genitori, nonché i leader di gruppi, di associazioni, i gestori di locali, di attività in cui i giovani siano protagonisti. Dobbiamo intervenire per aiutare genitori e insegnanti ad acquistare una nuova consapevolezza, nel loro ruolo di protagonisti di una funzione unitaria. I due mondi, scuola e famiglia, sono spesso separati. Questa situazione genera grandi disagi nei bambini oggetto di attenzioni e di cure non coordinate e contrastanti. Bisogna puntare a interventi che realizzino tra scuole e famiglia una vera e propria rete di servizi educativi tra loro coerenti. E un coordinamento efficace degli interventi educativi implica una formazione specifica di insegnanti e di genitori. Quando i bambini crescono, avvertono il bisogno di forme di aggregazione diverse da quelle canoniche. Il loro spazio di movimento cresce e si estende prima al quartiere e all'intera città o al circondario. È quello il momento in cui gli adulti sono chiamati a incoraggiare il consolidarsi dell'autonomia e dell'indipendenza e a far sì che l'autonomia si muova verso relazioni positive con sé e con gli altri. Occorrono dunque azioni che incanalino la voglia di stare insieme verso obiettivi positivi. Che favoriscano la nascita di ambienti sereni. Ed è sereno l'ambiente in cui non c'è bisogno di difendersi costantemente, perché esistono regole che frenano la prepotenza individuale e dove il rapporto con l'adulto non è vissuto in modo perennemente conflittuale. Il filo conduttore è spostare l'attenzione dei ragazzi dalla relazione con sé stessi e col gruppo dei pari alla relazione con gli altri, con l'ambiente, con il disagio. In tal modo maturerà in loro la consapevolezza di un'appartenenza positiva all'interno della quale esistono strumenti per risolvere le difficoltà, superare i propri limiti e intendere positivamente la realtà. Il gruppo di lavoro della consulta ha ritenuto che a tal fine debbano essere realizzati luoghi di aggregazione giovanile, sul territorio urbano. Servono progetti di integrazione tra istituzioni, agenzie educative e mondo del lavoro. La formula vincente è senza dubbio quella data dalla cooperazione tra i servizi, all'interno del pubblico, e tra il pubblico e il privato sociale. Ogni servizio settoriale dà infatti la risposta alle persone a ai singoli problemi. Le persone hanno invece bisogno di risposte che soddisfino l'insieme dei loro problemi. Se il sistema dei servizi funziona, chiunque governi potrà realizzare i propri obiettivi con minore difficoltà. Ma questo non è possibile se gli operatori non hanno tempo, non hanno spazio e non hanno occasioni per formarsi adeguatamente e per aggiornarsi. Parlo del privato sociale e del potere pubblico. Non è possibile che gli ambienti e le situazioni offerte dai cosiddetti utenti non sono, non dico particolarmente attraenti, ma almeno vivibili. Non è possibile, se le azioni intraprese a un livello sono rallentate, bloccate dal livello successivo e se questo è espressione di una diversa parte politica, complice la sempre imperante burocrazia.
Il secondo ambito riguarda l'intervento, quelle azioni rivolte alla riqualificazione dei tessuti sociali urbani. In modo particolare di quelli oggetto di processi di degrado, o caren-

ti dal punto di vista delle condizioni urbanistiche, culturali e relazionali. È necessario garantire una qualità di vita favorevole alla crescita delle nuove generazioni. E questo tipo di azioni può realizzarsi sia a livello delle istituzioni, sia a livello delle popolazioni interessate, sia a livello dei singoli. Molti problemi potrebbero essere affrontati e risolti istituendo reti per lo sviluppo e la riqualificazione del territorio urbano. Vi dovrebbero operare sulla base di progetti condivisi gli enti preposti alla cura del territorio, urbanistica, ambiente, paesaggio, architettura. E i servizi socio - assistenziali, sanitari, educativi, ricreativi, culturali, sportivi, sia pubblici che privati. Nel nostro ordinamento oggi esistono tutti gli strumenti per creare reti di servizi, superando gran parte degli ostacoli posti dalla separazione delle competenze. E sarebbe importante coinvolgere le popolazioni locali creando un gruppo rivolto a promuovere le vertenze territoriali e l'autorganizzazione di risposte ai problemi circa la qualità della vita del territorio. Si favorirebbe così una crescita di consapevolezza nei confronti del degrado e un rifiuto del degrado stesso, motivando la coscienza delle persone verso soluzioni concrete per il miglioramento della qualità della vita. Il sostegno alla creazione di reti locali di mutuo aiuto darebbe concreto riconoscimento alla reciproca solidarietà ed educherebbe alla relazione costruttiva. Se la popolazione si riappropria del territorio, ne acquista consapevolezza, comincerà anche a difenderlo da coloro che lo deturpano, dalle associazioni malavitose che pretendono di gestirlo. Desidererà abbellirlo, renderlo più vivibile, pretenderà l'istituzione di servizi e favorirà il sorgere di luoghi di incontro e saranno denunciati anche i fenomeni di sfruttamento e di violenza. E si ricostruirà un tessuto di relazioni umane e di fiducia reciproca nelle istituzioni. Ma a fronte di questo auspicio, cresce l'incapacità di dialogo e l'intolleranza a livello politico. La politica rischia di essere pura ricerca del potere fine a sé stesso. Non sono più i problemi che contano, ma la capacità di convogliare i consensi, anche con semplici promesse non realizzabili. E più gravi sono i problemi, più sono strumentalizzabili. Le idee non sono più valide in sé, ma proclamate tali secondo la loro provenienza. La gente è disorientata. Oppure prende distacco dalle istituzioni e dal mondo politico col quale dovrebbe invece dialogare e farsi sempre di più ascoltare.

Il terzo ambito riguarda l'azione specifica di recupero di situazioni personali e di gruppo in cui è fortemente presente un disagio. Come l'insuccesso, la dispersione scolastica, la disoccupazione, l'assenza di progetti per il futuro, la sofferenza psicologica, l'appartenenza a gruppi sociali informali con norme trasgressive e devianti, la presenza di famiglie carenti sul livello educativo oppure fortemente problematiche. Tale ambito è strettamente connesso con i primi due e comprende le azioni che possono essere messe in campo a fronte di particolari difficoltà e di fallimenti registrati nella prevenzione primaria. C'è l'adolescente che non ha accettato e non ha mai incontrato proposte alternative al branco. E nel branco ha trovato la risposta al proprio desiderio di compagnia e alla voglia di distinguersi. Ebbene, questo adolescente va cercato per strada. Occorre stabilire con lui una relazione sostitutiva a quella del branco. Occorre farlo sentire protagonista di un rapporto umanamente valido e che stimoli la curiosità di conoscere realtà ed esperienze diverse, che possano essere viste come una alternativa alla strada. C'è l'adolescente che si allontana dallo studio, perché lo sente lontano dall'esperienza quotidiana di vita e dubita della sua utilità. La classe ha ritmi che a volte annoiano, spingono alla fuga e chi perde il filo comincia a non capire più nulla delle lezioni e questo umilia, stimola comportamenti aggressivi, apparentemente menefreghisti, che alienano la simpatia degli insegnanti. Le uniche cose in cui è bravo, musica, manualità o altro, per la scuola hanno poco valore. La scuola comincia a bocciare e spesso perde i suoi ragazzi. Ecco allora la necessità di iniziative extrascolastiche coordinate con la scuola di sostegno allo studio, o percorsi di orientamento. Cioè serve un'offerta di soluzioni alternative. La creazione di laboratori preprofessionali, o scuole bottega, potrebbero dare valore anche all'imprenditorialità di gruppi autogestiti. Inoltre l'adolescente, pur avendo normali capacità di studio, è distratto perché la sua attenzione è calamitata dai proble-

mi familiari o affettivi che tutto sommergono. Non trova nessuno con cui parlare. Occorrono luoghi dove possa esprimere il suo disagio, di qui la necessità di sviluppare delle forme di assistenza educativa familiare, di moltiplicare consultori per adolescenti, centri di sostegno e cura dei disturbi psicoaffettivi. Dei luoghi a misura del ragazzo, dove l'adolescente possa andare anche da solo avvertendoli come a lui destinati, alla sua crescita, alla sua vita. C'è poi da aiutare l'adolescente giovane uomo già alle soglie della vita lavorativa, spaventato perché sa che presto sarà chiamato a essere personalmente responsabile e infastidito quando viene trattato come un bambino. Questo giovane ha bisogno di proposte funzionali all'orientamento degli studi e all'attività lavorativa, deve diventare un protagonista sociale, per sentire di poter contare e desiderarlo sempre di più.

C'è poi il quarto ambito, che è costituto da azioni specifiche volte al cambiamento degli stili di vita degli adolescenti e giovani che consumano bevande alcoliche, sostanze stupefacenti, definite anche leggere, e saltuariamente altre droghe in situazioni di divertimento collettivo, senza per questo sentirsi alcolisti o tossicomani. Nella nostra epoca pare che manchi il tempo da dedicare all'introspezione costruttiva. I giovani spesso non hanno neppure l'idea delle loro potenzialità. L'incapacità di vivere con sé stessi, di apprezzare anche la solitudine e il riposo, li spingono a cercare compagnia ed emozioni, senza badare ai rischi ai quali si espongono. Magari anche solo un periodo breve può essere fatale. Occorre prevenire i tanti incidenti attraverso un'integrazione delle forze dell'ordine, del mondo sanitario e di appositi servizi di strada. Promuovere campagne di sensibilizzazione alla sobrietà, stimolare la creazione di auto aiuto e di animazione nelle scuole, nei centri di aggregazione e nelle associazioni. E tali gruppi vanno centrati sul valore della coscienza, dell'autonomia, della responsabilità, della libertà, della solidarietà. In questo quadro non giova certo alla prevenzione prefigurare superficialmente situazioni di liberalizzazione delle droghe. Ed è falsato il raffronto con realtà diverse, nelle quali l'entità numerica ridotta della popolazione, consente comunque di monitorare e tenere sotto controllo il fenomeno. Esempi di sperimentazione di somministrazione controllata realizzata in alcuni paesi sono del tutto improponibili in Italia, a causa dei costi elevatissimi connessi all'organizzazione di équipe specializzate, alla predisposizione di appositi ambienti, alla garanzia di inserimento lavorativo data ai partecipanti. Inoltre la liberalizzazione non può e non deve confondersi con la formula della riduzione del danno. Siamo sempre certi che la riduzione del danno riguardi il soggetto che assume le sostanze e non anche, e soprattutto, i danni altrui. Dopo alcuni anni di sperimentazione della terapia metadonica, ancora ci stiamo interrogando sull'efficacia del trattamento sostitutivo. Abbiamo operato tante riduzioni in questi trent'anni. Abbiamo orientato la lotta contro la droga soprattutto alla riduzione dell'offerta, cioè alle azioni di repressione, dimenticandoci la riduzione della domanda. Abbiamo ridotto la soluzione buona per tutti all'esperienza della comunità residenziale chiusa o a uno sciroppo. Abbiamo ridotto il problema della tossicodipendenza al consumo di eroina, trovandoci impreparati di fronte agli abusi che comportano motivazioni e stili di vita diversi e dunque necessitano di risposte differenti e più personalizzate. Abbiamo ridotto, per decenni, la prevenzione alla semplice informazione e la cosiddetta prevenzione ad azioni sporadiche, magari intelligenti e foriere di buoni risultati, ma incontrollabili, senza verifiche, né la possibilità di replicarle. È ora che si guardi alla promozione della persona nel suo insieme. I giovani vanno coinvolti in attività positive per superare la noia e il vuoto e scoprire le risorse individuali interiori. Conquisteranno così l'autostima e saranno capaci di instaurare corretti rapporti interpersonali e di sviluppare adeguate capacità progettuali. Centri diurni di intervento per i consumatori saltuari di alcool e di droghe potrebbero costituire momenti di incontro per avviare percorsi individuali di approfondimento e di riflessione o per tamponare situazioni di emergenza.

L'ultimo ambito, il quinto, segnalato dal gruppo di lavoro della consulta, è quello culturale. E riguarda le azioni volte a introdurre nella vita sociale stili e modelli che rifiutano

il ricorso a sostanze esterne alla persona, come il cibo, gli psicofarmaci, l'alcool, le droghe in funzione della soluzione dei problemi o della ricerca di situazioni esistenziali più realizzanti e serene. Le azioni possono essere le più svariate. Fondamentale sarebbe una sensibilizzazione dei mass media alla diffusione di comunicazioni in cui sia valorizzata positivamente la capacità delle persone di sacrificarsi, di lottare, di trasformare le esperienze di dolore e di sofferenza in atti creativi. Occorre che al lavoro venga restituita la dimensione culturale della funzione di partecipazione alla costruzione di un mondo più evoluto e rispettoso della vita. Le nuove generazioni vanno stimolate alla partecipazione sociale e politica intorno ai grandi temi della pace, della giustizia, della difesa dell'ambiente, della lotta alle sofferenze. Occorrono azioni mediante le quali si affermi la valorizzazione culturale della ricerca dell'interiorità. Della riflessione, della meditazione, della contemplazione e del silenzio. Anche attraverso lo sviluppo della lettura e della capacità di fruizione e critica profonda delle arti e delle forme espressive umane. Non può esserci prevenzione se non c'è comprensione dei fenomeni. Del perché del loro sorgere e svilupparsi, della direzione che assumono e degli scenari che prefigurano. Questa comprensione non è data una volta per tutte ma deve essere quotidianamente riconquistata in un lavoro umile e attento alla realtà e alle domande poste dalla nuove generazioni. Da qui l'importanza dei servizi del terzo settore, che operano sul territorio, che individuano i nuovi bisogni fin dal loro primo manifestarsi. Va chiarito una volta per tutte il rapporto tra pubblico e privato, che non devono essere contrapposti ma alleati. Che debbono sviluppare una cultura di rispetto reciproco, badando ciascuno ad approfondire le professionalità specifiche, cooperando per la soluzione dei problemi. Problemi che sono sempre pubblici, nel senso che riguardano le collettività, le famiglie, la società intera. La cooperazione deve diventare sempre più strutturale. Si devono chiedere agli enti garanzie di professionalità e di serietà. Ma quando queste sono state date occorre che i rapporti con le strutture pubbliche si svolgano su un piano di parità e che non vengano a mancare le risorse per interventi che abbiano dato buoni risultati. Troppo spesso gli enti rinunciano a progetti vitali per mancanza dei fondi. Simili situazioni deludono la cittadinanza ancor più del mancato intervento. Occorrono pertanto più programmazione, più valutazione, più concretezza. Alla cultura cartacea della buona amministrazione deve affiancarsi quella concreta del risultato. Affinché ciò si realizzi è necessario che anche nei servizi pubblici il personale sia selezionato in modo adeguato e costantemente formato in relazione all'insorgere dei nuovi bisogni. Occorre che i servizi pubblici vadano sul territorio a vedere ciò che accade, le carte non bastano. Occorre inoltre che i servizi pubblici per la parte amministrativa si attrezzino in modo da non intralciare l'azione degli enti del terzo settore, ma caso mai di facilitarla. Ciò non vuole dire che i controlli non debbano essere svolti e i fatti non debbano essere documentati o i procedimenti non debbano essere legittimi. Vorrei dire semmai che i singoli enti devono avere la possibilità di proporre soluzioni articolate, anche in deroga ai protocolli standard. Occorre eliminare le duplicazioni e le rigidità. Le azioni vanno programmate valutando fattibilità, efficacia e concretezza. Occorre poi garantire la continuità delle azioni che conseguono risultati. L'attività per i progetti di volta in volta finanziati ha i suoi lati positivi, ma c'è chi ha bisogno di interventi anche in quei tempi di nessuno che vanno dalla fine di un progetto finanziato all'inizio di un nuovo progetto. In un sistema efficiente, ad esempio, non dovrebbe essere necessario documentare il profilo di un ente accreditato che presenta un progetto. Tale profilo potrebbe essere conosciuto momento per momento dall'amministrazione solo che si arrivasse ad attivare un sistema informativo efficiente. Servono meno carte, più tempo, più energie per progettare e per lavorare. Occorre riconoscere e premiare chi meglio agisce, sostenere le nuove iniziative che promettono risultati. Avere il coraggio di chiudere le iniziative inefficaci. Siamo veramente stanchi delle parole e delle apparenze. Vogliamo misurarci con i problemi e rispondere delle nostre azioni. Vogliamo che il nostro agire sia misurato in termini di efficacia e di efficienza. E a proposito dei costi, non dimentichiamo che la prevenzione non ha solo il significato di

impedire l'insorgere del problema. Vuol dire anche liberare molte risorse, attualmente destinate alla repressione e al recupero che potrebbero essere utilmente impiegate ai fini di un benessere generale.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «I cinque punti sono fondamentali. Credo che, da qui in poi, si tratterà di approfondirne gli aspetti e, ciascuno per la sua parte, intervenire. Ma c'è un filo comune, un filo rosso che lega tutto l'intervento di Don PICCHI, che è quello del rapporto, del raccordo, della sinergia. Lo ha ripetuto più volte, è stato insistente su questo aspetto. Sinergia significa utilizzare al meglio le risorse che ci sono, che non sono infinite. Significa avere intelligenza di recuperare sulle risorse per evitare che alcune vengano impiegate in maniera poco efficace e che invece potrebbero essere utilizzate per interventi, come ci ha spiegato, molto più puntuali e efficienti. C'è un aspetto in particolare che ha messo in evidenza, cioè ha richiamato ai progetti di integrazione tra istituzioni, agenzie educative, mondo del lavoro. E proprio sull'aspetto dei progetti credo che dovremmo andare avanti nel nostro lavoro, nella nostra tavola rotonda. È previsto l'intervento del dottor Giuseppe VACCARI, che è il presidente della commissione istruttoria progetti.»

Dott. Giuseppe VACCARI:- « L'intervento che faccio a nome della commissione istruttoria è stato posto in questa sessione di lavoro, in quanto la parte più consistente dei progetti finanziati sulle amministrazioni centrali riguardano appunto progetti di prevenzione. Lo stesso articolato della 45, mentre per quel che riguarda le Regioni, e quindi le amministrazioni locali, pone l'utilizzo del fondo come strumento operativo, per le amministrazioni centrali, invece ha un valore più sperimentale, per cercare appunto di mettere in pratica nuovi modelli di interventi e verificare nuove piste di lavoro. Con l'approvazione della 45 del '99, si è dato l'avvio di un processo di chiarimento fra le diverse competenze istituzionali in materia di droga e a un rafforzamento degli strumenti di monitoraggio, studio e investigazione sul fenomeno, a un potenziamento delle strutture operative sul territorio, a una piena valorizzazione del privato sociale che nelle tossicodipendenze marca una forte presenza e una particolare vivacità. È indubbio che l'approdo della 45 sia il frutto anche del dibattito in corso nel paese sul nuovo federalismo solidale, così come dell'azione del governo sul decentramento amministrativo, pensiamo alle Bassanini. E della valorizzazione di quel principio di sussidiarietà, e fra la diverse articolazioni dello stato, quindi la sussidiarietà verticale tra governo centrale, Regioni e autonomie locali, e soprattutto la sussidiarietà orizzontale, cioè la collaborazione tra soggetti pubblici e del privato sociale, della cooperazione sociale e del non profit. Nei primi anni di lavoro della commissione istruttoria, prevista dall'articolo 127 della 309, si sono avute preziose indicazioni su come operavano le diverse amministrazioni dello Stato e nella fase iniziale, anche gli enti locali e il privato sociale. Abbiamo avuto, nei primi anni, migliaia di progetti che erano proposti per l'utilizzo del fondo nazionale, che ricordo è di circa 200 miliardi all'anno, che, se da un lato mostravano tutta la vitalità del complesso dei servizi pubblici e privati, però denunciavano anche sovrapposizioni di intervento, carenze, e molte volte anche mancanza di raccordi e di coordinamento, eccesso di azioni e di interventi in alcune aree, e trascuratezza, marginalità o sottovalutazione di esigenze di interventi in altri settori. Ovvero un mondo vivace ma tendente, a volte, a occupare spazi altrui o, altre volte, a trascurare del tutto aree che invece esigevano intervento. E comunque un mondo poco allenato all'integrazione. Con la 45 noi crediamo che si sia sviluppato, che si sia realizzato un salto di qualità, un'operazione di chiarezza. Innanzitutto riconoscendo il ruolo centrale delle autonomie locali rispetto alla prevenzione, alla cura e al reinserimento. L'operatività è sul territorio, e dunque è sul sistema delle autonomie che grava il peso maggiore degli interventi. Da qui la giusta decisione di destinare il 75% del fondo alle Regioni, perché ne facciano un volano per qualificare, potenziare e innovare la rete dei servizi locali. Certo dentro un contesto di indi-

rizzi volti a garantire equità di accesso e di trattamento a tutti i cittadini italiani, a prescindere dai loro luoghi di residenza. E credo sia un po' lo spirito dell'atto di intesa, indirizzo e coordinamento del governo alle Regioni sui criteri generali per la valutazione e il finanziamento dei progetti. In secondo luogo assegnando alle amministrazioni centrali funzioni di indirizzo, di ricerca e di sperimentazione. Senza trascurare ovviamente le competenze operative e gestionali di alcune amministrazioni centrali, pensiamo all'intervento di Polizia, alla gestione degli istituti penitenziari, ai NOT delle Prefetture, ai consultori nelle caserme. All'impegno dell'amministrazione della pubblica istruzione a qualificare il sistema scolastico. Però la filosofia che ispira il complesso sistema di interventi nel campo delle tossicodipendenze, è che tutto ciò che attiene all'intervento sulla persona, sia questo un'azione di prevenzione o di presa in carico assistenziale o di reinserimento, deve fare perno sul livello locale. La personalizzazione degli interventi e il loro radicamento nel contesto sociale di vita quotidiana dei destinatari sono requisiti fondamentali per l'efficacia delle azioni. È dunque sul territorio che deve esprimersi la capacità di presa in carico della persona nella sua globalità. Ne discende che la persona tossicodipendente, nella sua interezza, nella complessità dei suoi problemi e dei bisogni di cui è portatore non può che fare riferimento ai servizi territoriali. Questo vale soprattutto per le politiche di prevenzione che di fatto si traducono in azioni di promozione nei confronti dei giovani, per la loro autonomia, per il loro protagonismo, per un'assunzione di responsabilità, che non possono che radicarsi negli ambienti di vita quotidiani degli stessi ragazzi. In questo senso anche le amministrazioni centrali, che hanno responsabilità di intervento sulle singole persone, sono chiamate nella loro operatività a essere sempre più in rete e ad armonizzarsi con le strategie del territorio. Così come nell'esercizio delle funzioni di indirizzo, ricerca e sperimentazione sono, prima di tutto, chiamate a offrire modelli di intervento alle realtà locali, tali fa favorire la qualificazione e la maggiore efficacia delle loro azioni. Interessante poi l'accento posto dalla 45 sui temi dell'integrazione, collaborazione, collegamento tra le diverse esperienze. La conoscenza approfondita dei reciproci campi d'azione, con scambio di dati, flussi informativi a disposizione di tutti gli attori in campo. Molte volte nel passato si era, a nostro avviso, equivocato sul diritto alla riservatezza, alla privacy, che riguarda i singoli utenti, con la chiusura a tutto campo verso servizi di altre amministrazioni o enti. Con l'istituzione dell'Osservatorio presso il Dipartimento Affari Sociali previsto dalla 45, si dà corso ad un'esigenza fondamentale per tutti i livelli di intervento. Conoscere il fenomeno tossicodipendenza in ogni suo aspetto, sia nei parametri quantitativi che qualitativi. Per programmare e organizzare interventi e servizi è infatti necessario avere un quadro completo e dinamico della consistenza, delle trasformazioni del mercato e delle sostanze, dei suoi consumatori, della tipologia di intervento, sia di repressione, sia di trattamento e risocializzazione. Dell'intervento preventivo sia nelle componente dissuasive, le diverse campagne di informazione e sensibilizzazione, sia nella promozione di autonomia e responsabilità dei giovani. Questo crediamo che sia lo spirito della 45 e questo almeno è stato lo spirito con cui la commissione istruttoria che presiedo ha voluto leggere le indicazioni date alle amministrazioni centrali rispetto all'utilizzo della loro quota di fondo, circa 50 miliardi all'anno. E faccio un inciso qua, abbiamo sentito ieri dal presidente GHIGO, credo, che il 100% del fondo è destinato alle Regioni; la vedo più una provocazione rispetto al capire se questa filosofia che ho cercato di descrivere veramente viene messa in pratica, cioè questa dell'integrazione e del lavorare perché sulle persone tutti gli interventi facciano perno sul livello locale. Ma crediamo anche appunto che vi sia un ruolo delle amministrazioni centrali, che è un ruolo di promozione di programmi sperimentali, di razionalizzazione dei sistemi di rilevazione dati e di valutazione degli interventi, di sviluppo di efficaci collegamenti fra tutte le amministrazioni, di dar corso a iniziative di informazione e sensibilizzazione come quelle che abbiamo viste promosse dal Dipartimento Affari Sociali, che utilizzano anche lo strumento dei media. Sappiamo quanta discussione c'è su questo tema delle campagne informative, ma sicuramente hanno anche loro uno spa-

zio, una loro efficacia rispetto a un obiettivo di sensibilizzazione. E hanno un ruolo sul trasferimento di dati e sul passaggio di dati fra diverse amministrazioni. Dunque come commissione istruttoria non ci siamo posti di fronte alle amministrazioni centrali come solo organismo tecnico che burocraticamente valutava i progetti da loro presentati circa l'ammissibilità degli stessi, la correttezza delle procedure o la pertinenza dei progetti in riferimento alla legge. Ma abbiamo cercato di essere soggetto attivo che promuoveva presso le singole amministrazioni questa esigenza di collegamento fra di loro e di individuazione di progetti che non fossero all'interno della mera gestione delle attività di loro competenza, ma che fossero appunto progetti di tipo sperimentale. Non a caso la 45 introduce una novità interessante, non lascia più l'iniziativa alle singole amministrazioni centrali, in particolare al Ministero del Lavoro, della Pubblica Istruzione, dell'Interno, di Grazia e Giustizia e della Sanità, come amministrazioni che autonomamente promuovono e portano avanti progetti, ma la 45 prevede che ogni progetto, sviluppato dalle amministrazioni centrali, debba essere promosso e coordinato dal Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio. Con un ruolo di iniziativa e di impulso del tutto nuovo rispetto al passato. Che pone le basi di una politica coordinata e integrata anche fra le amministrazioni dello Stato. Amministrazioni che hanno faticato, devo dire, ad adeguarsi a questo nuovo modello di intervento. Un po' la forza di inerzia dei primi anni di gestione del fondo nazionale di interventi di lotta alla droga aveva portato a utilizzare il fondo soprattutto per attività meramente gestionali di queste amministrazioni, che hanno certo problemi di tipo finanziario, quindi molte volte all'interno della loro attività ordinaria faticavano e faticano a trovare le risorse necessarie, anche per quelle azioni di prevenzione e di intervento nelle tossicodipendenze. Non solo Ma l'orientamento della commissione, ma lo spirito della legge vuole che queste ricorse non siano più utilizzate per la gestione dell'attività ordinaria. Faccio un esempio. Per mia fortuna non abbiamo parlato di fumo, perché fumo di prima mattina. Dicevo che, per fare un esempio, avendo qua il rappresentante della pubblica istruzione, la pubblica istruzione aveva l'abitudine di utilizzare il fondo per il finanziamento ordinario dell'attività dei CIC, dei Centri Informazione e Consulenza. Era e rimane un'attività importante. E credo con un lavoro condiviso e attento fatto fra la commissione istruttoria e il dipartimento e il Ministero della Pubblica Istruzione, che abbiamo convenuto appunto che tutte queste risorse devono andare a sviluppare nuove iniziative, sostenere progetti di sperimentazione. Questo credo che sia stato un primo forte successo di questo lavoro della commissione istruttoria, condiviso appunto dalle amministrazioni centrali. Il fondo quale strumento per sperimentare, mettere in rete, scambiare conoscenze, valutare ciò che si sta realizzando. Un secondo risultato raggiunto credo sia stato l'affermarsi del ruolo del neocostituito Osservatorio permanente presso il Dipartimento Affari Sociali. Spero che tutti abbiate potuto visitare lo stand che c'è al secondo piano del neocostituito osservatorio, per cogliere quanto questo strumento può essere prezioso appunto per una conoscenza puntuale, precisa, dinamica e approfondita del fenomeno. Al servizio di tutte le amministrazioni, locali o centrali. Una terza pista che abbiamo fortemente battuto è stata quella dell'investimento in campo formativo. Voi sapete che le Regioni destinano una quota variabile, però che sappiamo essere fra il 5 e 10% del fondo loro destinato alla formazione. Questo abbiamo voluto anche per le amministrazioni centrali. Una parte consistente del fondo, circa 26 miliardi, è stato destinato a progetti di formazione degli operatori delle diverse amministrazioni. Un'ultima annotazione generale riguarda il tema della valutazione, richiamato sia ieri negli interventi generali e sia anche oggi, in chiusura del suo intervento, da don Mario PICCHI. Poche aree problematiche come quella della tossicodipendenza sono state oggetto in questi anni di tante sperimentazioni, tentativi, esplorazioni di nuove vie di intervento. Di fronte ovviamente alla drammaticità di vite spezzate o consumate a causa della droga si sono messe in campo le più svariate, e molte volte anche fantasiose, ipotesi di risposta e soluzione. Un'esplorazione a tutto campo che ha permesso di consolidare interventi efficaci, ma anche di mettere a nudo soluzioni impra-

ticabili. Si tratta ora di dare validazione scientifica a quanto di positivo si sta attuando. In questa direzione si muovono una decina di progetti, appunto finanziati da diverse amministrazioni, che tendono tutti a muoversi in questa area della valutazione di quanto realizzato. La commissione istruttoria ha esaminato progetti che riguardano l'insieme delle commissioni presenti in questa conferenza, ma abbiamo voluto porre in questa sessione l'intervento della commissione istruttoria proprio perché la parte più consistente riguarda il tema della prevenzione.

Vi faccio alcune annotazioni rispetto a progetti innovativi. Uno di questi, ad esempio, è la formazione di tutto il personale delle discoteche. Ho un accordo fra Ministero dell'Interno, Dipartimento Affari Sociali, Ministero della Sanità, con il Sindacato Gestori di Discoteche. In riferimento a questo accordo, per far sì che i primi attori e protagonisti delle prevenzione siano i disc jokey, siano coloro che lavorano nelle discoteche, è stato avviato attraverso l'Istituto Superiore di Sanità un consistente progetto di formazione di questi operatori. Un altro tema che interessa quest'area delle discoteche, dell'uso di ecstasy in particolare è quello dell'allerta rapida. Cioè dell'affermazione il più veloce possibile di ciò che contengono le diverse pastiglie di ecstasy consumate nelle discoteche. In questo senso è ovvio che sarebbe utile, anzi utilissimo, potere offrire servizi di analisi in loco che rispettino l'anonimato di chi richiede l'analisi della sostanza che detiene. Sappiamo però che in questo momento la nostra legge non permette questo, c'è l'obbligo della denuncia, e quindi in mancanza di un quadro normativo che permetta un servizio di questo tipo, crediamo che la rapidità sia del Ministero dell'Interno, attraverso i suoi laboratori, sia dell'Istituto Superiore ad analizzare le pastiglie sequestrate e soprattutto a fare una diffusione immediata, un'informazione su ciò che contengono, sia un servizio che si può fare ai giovani, che sappiamo essere poco o per nulla sensibili al tema dell'illegalità. Molte ricerche, quando chiedono ai giovani frequentatori delle discoteche se hanno un senso di illegalità quando consumano ecstasy, dichiarano che assolutamente non hanno la percezione di commettere qualcosa di illegale. Mentre c'è sicuramente una sensibilità rispetto agli effetti di ciò che consumano, e quindi una precisa informazione può essere uno strumento utile di responsabilizzazione e prevenzione. Un'altra area fortemente finanziata è sul Ministero della Pubblica Istruzione per gli adolescenti a rischio, in particolare per intervenire sulla dispersione scolastica nella grande aree urbane e nei centri marcati da un particolare degrado sociale. Ancora, ci sentiamo di segnalare come progetto interessante e innovativo, un intervento, per adesso solo in una Prefettura, quella di Brescia, ma che speriamo si possa estendere ad altre realtà, che è quello della prevenzione tra i gruppi ultras degli stadi. È un'area di investigazione che crediamo abbastanza innovativa. Questi gruppi spesso si pongono all'attenzione dell'opinione pubblica per gli eccessi di violenza che li caratterizzano, ma raramente questo è stato messo in connessione con il consumo di sostanze psicoattive o con alcool.

Crediamo che siano interessanti una serie di progetti che a partire dal Ministero degli Interni puntano a coinvolgere le scuole guida, nelle diverse province, per la formazione degli istruttori. Perché nell'attività che loro svolgono, sia nel momento della guida, sia nel momento dell'attività teorica ci sia un intervento diretto e preciso a sensibilizzare i giovani che stanno acquisendo la patente per la guida di autoveicoli e motoveicoli sui rischi connessi alla guida in presenza di consumo di sostanze.

Un ulteriore aspetto è la qualificazione dei NOT nelle Prefetture. Il ruolo dei NOT ha sempre fatto molto discutere, spesso alcuni hanno un po' messo in evidenza la sovrapposizione con altre attività dei servizi territoriali. Noi crediamo che i NOT abbiano una peculiarità: quella di essere un osservatorio precoce del sommerso. Ai NOT, molte volte, arrivano persone, soprattutto giovanissimi, che non sono conosciuti ai servizi. E quindi sono stati finanziati diversi progetti che mettono in rete i NOT con i servizi territoriali e puntano a qualificare i NOT in questa direzione.

Un'ultima annotazione tra i diversi progetti che riguardano la prevenzione è il sostegno alle nuove forme di associazionismo giovanile. Si tratta di progetti che definisco di soste-

gno alla microprogettualità giovanile, cioè di progetti che puntano, in alcune aree territoriali del paese, per ora, a sostenere non tanto progetti di grosse associazioni giovanili, ma a individuare, ovviamente attraverso il concorso degli enti locali, quei gruppi formali o informali che concretamente sul territorio hanno idee da sviluppare. E molte volte, come si diceva già ieri, come ci ricordava ieri il ministro, non le esprimono nemmeno perché danno per perso che qualcuno possa prendere in considerazione le loro idee. Attraverso il finanziamento di questo progetto noi abbiamo inteso sostenere un percorso che invece punti a valorizzare questa capacità di protagonismo, di ideazione e, con piccoli finanziamenti, a sostenerne la realizzazione. Chiudo il mio intervento ricordando che uno dei temi che anche abbiamo incrociato è quello della carenza a tutt'oggi di un sistema preciso, puntuale, costante, di monitoraggio e di valutazione di che cosa si sta realizzando con queste risorse, che appunto, dicevo prima, sono duecento miliardi all'anno, che vanno a mettere in moto progetti innovativi e di sperimentazione. Noi crediamo che, ad esempio, la commissione istruttoria possa essere un Osservatorio privilegiato, avendo la fortuna di entrare nel merito di tutti i progetti delle singole amministrazioni; crediamo di poterci proporre anche per seguirle nel loro sviluppo e monitorarne il perseguimento e il raggiungimento degli obiettivi. E questo crediamo debba essere fatto all'interno di un sistema che preveda un'analoga azione nei confronti delle Regioni. Credo che facciano bene le Regioni a rivendicare la loro autonomia, ma credo che sia altrettanto utile che le Regioni si pongano di fronte all'utilizzo di consistenti risorse dei cittadini, della fiscalità generale, si mettano anche loro nell'ordine di idee di rendere conto all'insieme dei cittadini come queste risorse vengano spese, di che risultati stanno perseguendo e di quali obiettivi stanno raggiungendo. Credo che se saremo in grado di costruire un sistema del genere, allora anche le azioni di prevenzione potranno essere più mirate, più precise e anche più produttive.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringraziamo il dottor VACCARI, che ha puntualizzato quali sono gli impegni presi sui progetti. Duecento miliardi non sono pochi, non sono forse molti, ma non sono sicuramente pochi e utilizzarli al meglio, come lui suggerisce, anche facendo un'opera di monitoraggio e integrando risorse che possono venire anche da altre fonti, ha citato gli enti locali, ma forse anche da privati. Sarebbe opportuno che questo possa diventare elemento forte di integrazione. Quindi il filo comune che stiamo seguendo, mi pare di poter mettere in evidenza, è proprio questo elemento di collegamento sinergico, cioè il facilitare al massimo che questa operazione di integrazione avvenga. Allora credo che a questo punto si inserisca bene l'intervento della dottoressa Livia BARBERIO CORSETTI, del CEIS, che appunto farà riferimento alla rete dei servizi di prevenzione. Le do immediatamente la parola.»

Dott.ssa Livia BARBERIO CORSETTI:- «Come avete sentito, il mio intervento sarà incentrato sulla integrazione della rete dei servizi. Nel corso di questa conferenza, da ieri mattina, abbiamo sentito spesso parlare di integrazione, di pari dignità dei servizi, pubblici e privati. Credo che sia importante, prima di entrare nel vivo dell'argomento, capire che noi oggi siamo in condizione di parlare veramente di integrazione dei servizi, perché la nostra legislazione ha subito degli importantissimi mutamenti. A partire dall'inizio degli anni '90 ad oggi, praticamente tutto il sistema organizzativo dell'amministrazione pubblica e tutto il sistema di valutazione dei servizi pubblici, e dei servizi sociali in particolare, si è completamente rivoluzionato. Si sono rivoluzionate anche le regole che tutti quelli che hanno studiato giurisprudenza alla mia epoca hanno imparato come regole sacre. Ci hanno insegnato che l'atto amministrativo era un atto autoritativo, che c'era una netta distinzione tra amministratore e amministrato, ci hanno insegnato che solo l'intervento della giustizia amministrativa ha introdotto il potere di autotutela dell'amministrazione, ma che non esistono norme che prevedono che, se l'amministrazione sbaglia, ha il dovere di rimediare revocando o annullando l'atto amministrativo. Ci hanno sostan-

zialmente insegnato, e questo, diciamo, lo abbiamo appreso, lo abbiamo portato nelle amministrazioni in cui abbiamo lavorato, che tra amministratori e amministrati c'è il diaframma. Che un conto è il pubblico, un conto è il privato. Tutto questo ha cominciato a mutare all'inizio degli anni '90, con la prima grande legge di riforma, quella delle autonomie locali. Alla quale sono seguiti tutta una serie di interventi legislativi che è necessario conoscere, conoscere soprattutto per comprendere quali sono gli strumenti che oggi il privato sociale, il terzo settore, ha per dialogare su un piano veramente di pari dignità con l'amministrazione pubblica. È inutile che ricordo qui i vari passaggi che hanno caratterizzato le riforme. Mi fermerò soltanto sulla riforma cosiddetta della privatizzazione del pubblico impiego che tendenzialmente trasforma, dico tendenzialmente perché le resistenze sono ancora molto forti, l'amministrazione statale delle Regioni e degli enti locali da amministrazioni autoritative in amministrazioni di servizio. Dal 1990 si sono succedute anche numerose leggi che sono intervenute sullo stato sociale. Dalla legge sulle tossicodipendenze, che ha istituito questa conferenza, a quella sulle cooperative sociali, sul volontariato, sui minori a rischio di criminalità, le ONLUS, la riforma sanitaria, la nuova tutela della maternità. Da ultimo, più recentemente, la riforma scolastica della formazione, l'infanzia, l'immigrazione. E ultima, ultimissima in ordine di tempo, è la 238 del 2000, che è la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi sui servizi sociali di cui ha accennato ieri il Ministro TURCO nel suo intervento. Questa rivoluzione ha visto, da un lato, cambiare profondamente l'organizzazione dello Stato, mutamento che non è ancora completo e si avrà solamente con la prossima legislatura, a tutti gli interventi nel sociale, all'ingresso in Europa, all'istituzione di tutte le varie autorità garanti che si pongono oggi come, vorrei dire quasi, quarto potere tra stato amministrazione e privati e magistratura, cioè autorità garanti dell'editoria, della concorrenza, della privacy, delle telecomunicazioni, dell'energia elettrica. A tutte le nuove regole nel campo dei trasporti, dei lavori pubblici, dei beni culturali, si vede praticamente che del precedente sistema amministrativo e organizzativo del paese, che doveva tanto alla tradizione ereditata dallo stato assoluto, è rimasto in piedi molto poco. Uno dei leit motiv di tutte le riforme è l'integrazione dei servizi. L'integrazione dei servizi nasce dall'intuizione che la progressiva specializzazione dei vari settori ha portato a una parcellizzazione degli interventi e quindi o si ricostruisce in qualche modo l'unità, o le risposte che si danno ai bisogni delle persone, dei gruppi sono risposte frammentate e quindi insoddisfacenti. Da qui la necessità di una collaborazione tra le amministrazioni e, all'interno delle varie amministrazioni, dei settori delle stesse. L'esigenza di integrazione nasce soprattutto all'interno dei diversi settori, per esempio nel settore medico. Nel settore ospedaliero si vede quale sia l'importanza della collaborazione tra le diverse specialità. Il malato è una persona sola, è impossibile occuparsi di lui solo sotto il profilo cardiologico o sotto il profilo urologico e non vedere gli altri profili che lo interessano. Da qui la necessità di strumenti che consentano l'integrazione settoriale. Nel frattempo nascono tutti i nuovi strumenti per consentire l'integrazione intersettoriale. Dagli accordi di programma disciplinati dalla legge 142 a tutti gli altri strumenti della 662, intese istituzionali, accordi di programma, piani territoriali, progetti per lo sviluppo. Tutti questi strumenti sostanzialmente danno ai privati, in qualche misura, poteri maggiori di quelli che avevano precedentemente. Una delle caratteristiche più salienti è la nuova considerazione che le leggi sembrano avere dei propri destinatari, che non sono visti più solo come amministrati, ma come interlocutori attivi e titolari di diritti in un sistema integrato di servizi che valorizza le risposte personalizzate e le capacità degli enti e delle comunità intermedie. Quindi, come dicevo prima, le riforme tendono a ricostituire un'unità che la specializzazione delle competenze e la parcellizzazione dei procedimenti aveva frantumato, imponendo il superamento della concezione cartacea, che era funzionale alla produzione di un atto amministrativo legittimo, per far emergere una nuova concezione di competenza funzionale al raggiungimento di un risultato programmato. In quest'ottica tutte le riforme vanno verso il superamento di quella concezione dell'atto amministrativo

inteso come atto autoritativo, emanante da un'autorità superiore per introdurre una larga categoria di nuovi atti che è meglio definire, per evitare confusioni, come atti di amministrazione. Un'altra caratteristica di tutte le recenti riforme è il tentativo di ricostituire centri di responsabilità visibili ai quali ricondurre la valutazione dell'azione amministrativa. Così i dirigenti pubblici responsabili dei risultati dell'azione amministrativa, la cui conferma di incarico è subordinata a una valutazione, i sindaci, che sono eletti ormai direttamente e quindi sono direttamente responsabili di fronte al corpo elettorale, e così i presidenti delle Regioni. Tutti i nuovi strumenti informatici di cui la pubblica amministrazione ha previsto di dotarsi dovrebbero rendere possibile nel giro di pochi anni uno spostamento delle complessità organizzative e burocratiche dai cittadini all'amministrazione stessa. Per esempio, costituendo archivi documentali o veri e propri documenti d'identità su tessera magnetica, dai quali le amministrazioni possono attingere tutti i dati necessari in occasione di gare, concorsi, procedure complesse, evitando agli enti e ai cittadini costi materiali e di tempo connessi con la ripresentazione della medesima documentazione ad ogni nuova occasione. Noi non possiamo ignorare che malgrado le riforme siano state approvate, malgrado le leggi siano state pubblicate nella Gazzetta Ufficiale, le resistenze all'innovazione sono fortissime in tutti i settori. E corriamo il rischio, tra qualche anno, di doverci porre la stessa domanda che tanti si ponevano nel 1300: "le leggi son ma chi pon mano ad elle"? Cioè chi le attua? I principi sono delineati, le riforme sono state fatte. Oggi c'è un grosso problema di implementazione di queste norme e della loro attuazione. La maggior parte di queste norme infatti non sono immediatamente operative, ma richiedono l'adozione di regolamenti. E quindi fino al momento in cui i regolamenti e l'azione amministrativa non sono partiti restano sostanzialmente pensieri del legislatore, che, ove non seguano gli strumenti, tali rimangono e nel nostro ordinamento abbiamo molti esempi di leggi non realizzate. Credo sia importante, mentre tutti proclamano la necessità dell'integrazione dei servizi, dire esattamente quello che può essere l'integrazione dei servizi e ciò che sicuramente non deve essere. Abbiamo detto che l'integrazione dei servizi può essere all'interno dei diversi settori, cioè un'integrazione intersettoriale, e anche territoriale. Nel senso sia di una ripartizione di ambiti territoriali tra pubblico e privato sociale, sia come integrazione sul territorio di varie competenze nei diversi settori. Sicuramente, se si vede come fino ad oggi l'integrazione tra i servizi ha trovato realizzazione, ci sono sicuramente alcune cose che bisogna modificare. L'integrazione postula certamente che ciò che si integra sia in qualche misura diverso e che le diversità divengano istituzionali. Che cosa vuol dire questo? Non si può pensare a un'integrazione che comporti la completa omogeneizzazione della realtà dei servizi pubblici con la realtà del terzo settore. Questo vorrebbe dire una colonizzazione del terzo settore e non un'integrazione. L'amministrazione quindi deve fare lo sforzo di comprendere l'originalità del terzo settore, rispettarla, e certamente bisogna superare la rigidità di protocolli e di modalità di intervento, che si registrano talora in talune regioni italiane dove o il terzo settore accetta di collaborare a determinate condizioni o comunque è fuori da ogni possibilità di collaborazione. L'integrazione non è un nuovo centralismo burocratico, o per lo meno non lo dovrebbe essere, per cui l'amministrazione usa il terzo settore come una longa manus, ma ridettando regole proprie e metodologie proprie e quindi non rispettandone l'essenza, non rispettandone la vera natura. Naturalmente ciò postula anche che ciò che si integra abbia livelli complessivamente di professionalità omogenei; non si può pensare di lasciare in qualche modo allo spontaneismo e a una ambiguità di preparazione, interventi che invece sono molto spesso interventi nei confronti delle persone che richiedono una grossa specializzazione e un'elevata professionalizzazione. E' fondamentale quindi, per il pubblico e per il privato, che siano individuate figure professionali precise e competenze precise esportabili e interscambiabili dall'uno all'altro. Altro problema importante, l'integrazione non è un sistema per risparmiare, cosa di cui sembra che spesso le amministrazioni non si rendano conto. Cioè non è possibile chiedere al terzo settore, al privato sociale, di realizzare per le amministrazio-

ni servizi che alle amministrazioni costano quattro volte tanto per un quarto o un quinto del costo delle amministrazioni stesse. Un esempio clamoroso di questo è nella scarsa entità dei fondi che vengono dati alle comunità terapeutiche per accogliere i detenuti agli arresti. Da sessanta a settantamila lire a persona, a fronte di un corso in carcere che va dalle trecento alle quattrocentomila lire a persona.

L'integrazione non deve divenire semplicemente un sistema per risparmiare sulla spesa sociale come purtroppo sembra accada in molte circostanze. Quindi la remunerazione dei servizi dovrebbe essere tendenzialmente uguale per il pubblico e per il privato e il costo dei servizi nel pubblico e nel privato dovrebbe costituire uno di quegli elementi di valutazione a cui faceva riferimento prima VACCARI nel suo intervento, nel senso che se il servizio pubblico è eccessivamente costoso rispetto a quello che è capace di offrire il privato, tanto vale che si chiuda il servizio pubblico e si affidi il servizio a chi sa gestirlo a costi inferiori con uguale professionalità. Occorre, perché ci sia vera integrazione, che questa non avvenga solo in fase esecutiva degli interventi, ma che l'integrazione si realizzi fin dal momento della programmazione, cioè che il privato sociale e il terzo settore siano coinvolti fin dalla programmazione dei servizi sul territorio. Non esisterà vera integrazione fino a che questo non accadrà, perché sostanzialmente è nella programmazione che si decide poi la priorità degli interventi, l'allocazione delle risorse, la distribuzione territoriale dei servizi. Se il terzo settore resta fuori da tutta questa attività di programmazione, sostanzialmente rimane a un livello di esecutore, sia pure abile, sia pure capace, sia pure professionalmente adeguato, ma non diventa mai coprotagonista, cioè non diventa mai servizio integrato con il servizio pubblico, perché nell'integrazione una cosa è chiara: ci sono due diversi soggetti, ugualmente dignitosi, che bisogna ugualmente rispettare e che portano ciascuno la propria esperienza nell'integrazione e nella realizzazione del servizio.

La legge quadro sui servizi sociali affronta molti di questi problemi. È però una legge che è tutta completamente da attuare, perché rinvia o a decreti legislativi o a regolamenti o a atti ministeriali. Bisognerà ora che, in fase di attuazione, tra l'altro, siano recuperati alcuni punti che sono un po' meno sottolineati. Tra questi il valore della continuità degli interventi. Riprendo una parte del discorso di don Mario quando a un certo punto ha detto: "Spesso si è costretti a rinunciare a progetti di importanza vitale". E non solo. La cultura della progettualità, come è stata intesa in tutti gli anni da quando è sorto il fondo nazionale, è stata una cultura che forse non ha privilegiato l'innovatività, la sperimentalità degli interventi, la loro continuità sul territorio. Aprire un servizio, conquistare una popolazione, un quartiere, e poi doverlo chiudere dopo un anno, dopo due anni per mancanza di fondi è forse più dannoso che non averlo mai aperto, perché si generano delle speranze e delle attese nelle persone che poi vengono deluse in modo tremendo dalla mancata prosecuzione del servizio. Occorre in qualche modo, per realizzare una vera integrazione, che i servizi del privato sociale raggiungano una stabilità, una continuità. Questo si potrà fare certamente attraverso l'accreditamento dei servizi, che è un passaggio dalla cultura del progetto alla cultura dell'accreditamento. Nel senso che il progetto dovrà rimanere solamente per i progetti sperimentali, per l'approfondimento, per lo studio, per l'innovazione, per la ricerca di nuove soluzioni. Ma il progetto non può essere la cultura dell'intervento sociale. La cultura dell'intervento sociale deve essere quella del diritto e il diritto postula che in ogni momento ciascuno possa chiederne la soddisfazione e quindi che l'intervento debba essere costante e garantito nel tempo.

Questo si è cercato di fare nelle recentissime riforme della pubblica istruzione, dove, per esempio, si sono attribuiti nuovi poteri a studenti, a famiglie, a insegnanti, ad amministratori delle singole istituzioni scolastiche. L'idea è quella di consolidare nel sistema dell'istruzione, un'integrazione dei servizi fra istruzione, territorio e famiglie, perché anche la famiglia, non ce lo scordiamo, rende un servizio, anche se "giuridicizzare" questo rapporto è sempre un po' ambiguo ed equivoco, però in effetti è un servizio di istruzione, di educazione, di formazione quello che la famiglia rende ai figli, in modo da, attraver-

so questi legami, realizzare un intervento unitario complessivo sulle singole persone. Perché un sistema integrato di servizi possa efficacemente realizzarsi è indispensabile pensare fin d'ora a una formazione degli amministratori pubblici preposti ai diversi settori del sociale diversa da quella legata soltanto ai tradizionali concetti di legalità e legittimità. Criteri che mantengono la loro importanza, ma debbono essere integrati con valori come efficienza, efficacia, economicità dell'azione amministrativa. Servono amministratori che credano nel principio di sussidiarietà e non siano prigionieri del pregiudizio così comune che solo ciò che è pubblico è DOC. Amministratori anch'essi soggetti a verifiche di qualità della loro azione, che siano chiamati a rendere conto periodicamente delle responsabilità loro affidate. Naturalmente occorrerà anche che nel terzo settore ci si ponga il problema della riqualificazione continua, della formazione professionale degli operatori, in modo che possa rimanere un equilibrio costante, la possibilità di un interscambio tra pubblico e privato. I criteri dovrebbero essere quelli della organizzazione, della professionalità e della stabilità. Programmazione che naturalmente deve seguire verifiche in fase di attuazione. Naturalmente è necessario in tutto questo che in ogni momento sia previsto che gli utenti possano esprimere e far valere le loro opinioni e quindi che in ogni momento vi sia un controllo anche di soddisfazione sul funzionamento dei servizi. Lavorando insieme in una vera integrazione si potrà apprezzare le caratteristiche migliori gli uni degli altri e raggiungere quel livello di rispetto reciproco che fa la differenza fra uno Stato fatto per le istituzioni e uno Stato fatto per i cittadini.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Grazie a Livia BARBERIO CORSETTI per questa esposizione importante anche da un punto di vista di attualità, su questo cambiamento nel nostro sistema pubblico, questa integrazione tra pubblico e privato, la necessità che si passi dalla cultura dell'atto amministrativo come obiettivo, alla cultura degli obiettivi da raggiungere nella pubblica amministrazione. Questo è un concetto che sta da qualche anno passando ma che, evidentemente, ha ancora necessità di approfondire le proprie radici e di entrare anche nella cultura nostra. Ho vissuto, vivo un radicale cambiamento nella mia forma professionale: noi siamo nati con un diritto che aveva altre categorie e quindi, anche in questo caso, facciamo uno sforzo: evitare la colonizzazione e mettere in evidenza il privato sociale e il terzo settore non come un eventuale neocentralismo da parte degli enti locali. Continuiamo questo ragionamento di approfondimento del ruolo delle comunità con il senatore Ferdinando IMPOSIMATO.»

Sen. Ferdinando IMPOSIMATO:- «Sono qui a rappresentare la comunità Incontro di don Pierino GELMINI, e vorrei esprimere una serie di riflessioni che sono fondate sia sull'esperienza della Comunità Incontro, sia sulle cose che sono state dette in questi giorni che hanno suscitato una polemica forte, all'esterno di questa conferenza. Vorrei dire che a queste esperienze che ho fatto come assistente, come volontario della comunità, vorrei aggiungere anche, modestamente, l'esperienza che ho fatto come consulente legale delle Nazioni Unite, che mi ha dato la possibilità di avere rapporti e contatti con altre comunità prestigiose, come quella di don Mario PICCHI, che ha lavorato molto nei paesi dell'America Latina per opere di assistenza, di creazione di ospedali, sempre in favore dei tossicodipendenti. E anche come magistrato che ha visto il problema dal punto di vista della repressione. Vorrei iniziare proprio dalla mia esperienza di magistrato, perché ricordo, molti anni fa, che la nostra legge penale prevedeva addirittura due anni di carcere per il consumatore di droga. Era una cosa spaventosa per cui, praticamente, una persona che era trovata in possesso di mezzo grammo di hascisc o di qualunque altra sostanza, doveva scontare due anni carcere, che erano spesso anni effettivi di carcere. Questo credo che sia accaduto circa quattordici, quindici anni fa. Poi per fortuna, il governo e la comunità nazionale si sono resi conto, per l'opera di informazione che è stata condotta con molta efficacia dalle comunità, che questa era un'aberrazione che portava a degli effetti devastanti su decine di giovani che anziché essere recuperati, veni-

vano distrutti all'interno del carcere. Vorrei dire che quella fase è stata superata, nel senso che, per fortuna, agli inizi degli anni '90 è stata approvata la legge che depenalizza il consumo di droga, e questo ha consentito anche alla comunità Incontro, come al CEIS, come tante altre comunità, di poter lavorare bene anche rispetto a molti dei tossicodipendenti che avevano commesso dei reati connessi all'uso della droga; queste comunità hanno avuto la possibilità di salvare molti di questi soggetti. Nella gamma di esperienza che ho potuto fare come magistrato penale, come consulente legale delle Nazioni Unite e come collaboratore della comunità incontro di don GELMINI, ma anche di altre comunità, posso dire senz'altro che l'azione di prevenzione e di recupero svolta dalle comunità è senz'altro stata l'esperienza più positiva.

Vorrei entrare nel merito di alcuni problemi che sono stati affrontati in questa sede e che sono sicuramente all'ordine del giorno di molti organi di stampa. Ora io stavo dicendo che dalle comunità ho imparato una cosa: che non è soltanto l'azione di recupero dei tossicodipendenti che mi ha impressionato per, dicevamo così, quello che sono riusciti a fare tra enormi difficoltà, ma è stato anche l'aver constatato che essi hanno compiuto, secondo me, un'azione di cultura che per me è molto importante. Cioè di avermi fatto comprendere che era possibile uscire dalla droga, era possibile lottare contro questo flagello che è considerato tale a livello di Nazioni Unite, era possibile aiutare queste persone attraverso l'etica della responsabilità. Attraverso l'etica di modelli comportamentali diversi da quelli assunti precedentemente dai tossicodipendenti, attraverso un aiuto concreto che portava certamente anche a insuccessi, perché non voglio dire che tutte le esperienze fatte dalle comunità sono state positive, mi guarderei bene dal dire una cosa di questo genere. Però so che molte esperienze sono state sicuramente salvifiche per molti giovani. Ora credo che noi dobbiamo affrontare il problema fondamentale che è stato posto anche a questa conferenza e cioè quello della somministrazione controllata dell'eroina. Sotto questo aspetto, ho cercato, senza arroganza e senza pregiudizi, di documentarmi al massimo. Sia andando alle Nazioni Unite, per conto della Comunità Incontro, a Vienna e a New York, per acquisire i documenti degli organismi che tutti i giorni, per anni, si occupano di questi problemi.

Ho potuto verificare, senza stare a ripetere qui i dati relativi al fatto che questa esperienza è stata decisa nel 1992, è stata iniziata nel 1994 ed è terminata nel 1996, che ha riguardato 1140 tossicodipendenti, ha avuto e si è sviluppata in 18 comunità, in diciotto strutture di dodici città. Credo di poter dire di aver compreso, dalla lettura dei documenti ufficiali, che questa esperienza, in parte, ha prodotto degli effetti apparentemente positivi. Gli effetti positivi sono stati quelli di consentire alle persone in trattamento di non commettere reati per procurarsi la droga, di poter rimanere dentro strutture urbanizzate senza correre il rischio di morire per overdose, e di poter continuare a curarsi al di fuori di strutture che non erano in grado di farlo. Ebbene, accanto a questi effetti apparentemente positivi della somministrazione controllata dell'eroina, è stato fatto rilevare, anche a livello di Nazioni Unite, e qui ho il documento delle Nazioni Unite che dice esattamente queste cose, che la somministrazione controllata di eroina è il primo passo verso la legalizzazione dell'eroina. Secondo, che la somministrazione controllata dell'eroina sicuramente incide sul traffico della droga. Questo documento è scritto in inglese, posso anche leggerlo ma ve lo risparmio, lo lascerò qui a disposizione dei partecipanti alla conferenza, è un documento del febbraio del 2000 ed è estremamente sintetico ed efficace; è stato approvato dall'International Narcotic Board delle Nazioni Unite. Il fatto che più mi ha impressionato sull'esperienza della somministrazione controllata dell'eroina è stato quello di verificare che oltre l'80% delle persone soggette a questa esperienza è praticamente rimasta dipendente dall'eroina. Allora qual è il ragionamento che bisogna fare? Abbiamo avuto diversi effetti positivi che sono stati descritti dagli autori di questa esperienza. Però abbiamo anche avuto un effetto fondamentale negativo, che è stato quello di non liberare i tossicodipendenti in trattamento dalla schiavitù della droga. A parte le osservazioni fatte dalle Nazioni Unite sul fatto che la som-

ministrazione costituisce il primo passo verso la legalizzazione della droga ed è sicuramente un incentivo per il traffico della droga che si dice di voler combattere, dico che questo risultato è sicuramente di gran lunga più negativo rispetto ai risultati ottenuti dalle comunità. Ma intendiamoci, mi rendo conto che le comunità non possono, da sole, affrontare il problema. Sarebbe assurda, arrogante e presuntuosa una cosa di questo genere. Però è anche vero che le strutture pubbliche debbono essere, come ha detto giustamente don PICCHI, meglio attrezzate dal punto di vista della qualità del personale, della capacità dei medici, degli psicologi e degli assistenti che aiutano i tossicodipendenti; credo che la sintesi tra l'azione pubblica e l'azione privata possa portare a dei risultati migliori di quelli che sono stati fino a questo momento ottenuti.
Vorrei anche affrontare il problema del carcere, cioè come rispondere a questa tragedia della presenza di 17.000 persone che sono detenute per fatti connessi all'uso della droga e di 15.000 persone, cioè oltre il 30%, che sono tossicodipendenti. Qui secondo me il Parlamento ha fatto degli sforzi notevoli. Perché ha stabilito che anche le persone che hanno subito una condanna a quattro anni di reclusione, per fatti anche molto gravi, possono essere, per decisione del giudice di sorveglianza, affidate alle comunità terapeutiche o a altre strutture che sono in grado di recuperare questi giovani. Ebbene, nonostante questa legge, bisogna dire che questi effetti non mi pare che si siano verificati. Perché i giudici di sorveglianza, a quanto pare, avendo il potere discrezionale, quindi avendo il potere di decidere se affidare o no queste persone alle comunità, molto spesso optano per al seconda ipotesi, magari col rifiuto di affidare queste persone alle comunità. E in questo modo questa legge, di fatto, resta vanificata, nel senso che tutte le persone che all'interno del carcere avrebbero in teoria la possibilità di essere portate all'esterno per essere recuperate, per essere aiutate, assistite, continuano a rimanere nel carcere. E allora credo che a questo riguardo bisogna cercare di fare qualche cosa per intervenire sul sistema carcerario, ma anche per intervenire a livello di giudici di sorveglianza per fare in modo che questa legge, approvata anche con grande difficoltà, possa produrre dei risultati più concreti. Ho letto sul giornale che ieri il Ministro FASSINO ha ritenuto di poter prevedere la possibilità di estendere addirittura l'applicazione della legge anche a persone che hanno subito condanne superiori ai quattro o cinque anni, non ha detto quale deve essere il tetto. Allora la cosa qui diventa un po' preoccupante. Perché se noi prevediamo la possibilità di applicare la legge, che prevede l'assegnazione esterna del tossicodipendente anche per persone che commettono omicidi o rapine o stragi, credo che noi dobbiamo porci una preoccupazione che riguarda la sicurezza, nel senso che, a parte i tossicodipendenti che commettono occasionalmente dei reati e quindi che non sono sicuramente dei criminali, e sono la stragrande maggioranza, vi è una minoranza di persone che invece, questo ormai risulta, assumono droga per commettere gravissimi delitti. Allora noi avremmo l'assurdo, il paradosso, di persone che diventano tossicodipendenti per commettere certi delitti gravi e per poter fruire della libertà, e poter continuare a ripetere tali reati, cioè dei professionisti del crimini, dei mafiosi, persone che sono impegnate a tempo pieno a turbare l'ordine pubblico per arricchirsi o per uccidere o per fare rapine. Credo che il problema vada visto da tutti i punti di vista. Perché, dal punto di vista personale, e anche dal punto di vista della mia esperienza, sono del parere che bisogna cercare di aiutare i tossicodipendenti in tutti i modi possibili e immaginabili e credo che tutto sommato il nostro paese l'abbia fatto. Lo stesso Ministro VERONESI, che pure ha detto delle cose che non condivido, che secondo me sono delle sciocchezze, e lo dico con la massima consapevolezza, ha riconosciuto che nel nostro paese vi è stata una serie di effetti positivi della legislazione introdotta, a partire dalla riduzione del numero dei morti per overdose, a partire dall'aumento di persone che sono in trattamento presso i SERT. Ma non ha detto però quante di quelle persone che si affidano alle strutture pubbliche restano schiave delle strutture pubbliche oppure riescono a liberarsi. Ecco, credo che ritornando a che cosa fare, il problema del carcere rappresenta un punto centrale della nostra preoccupazione anche come operatori

delle comunità. Ho visto alcune comunità, tra cui quella di don Pierino, ma anche quella di don PICCHI, che sono riuscite a fare opera di recupero di tossicodipendenti detenuti, che sono stati portati nelle strutture e sono stati recuperati. Attraverso l'istruzione. Si facevano dei corsi di insegnamento di varie materie e questi giovani, attraverso questa strategia della cultura, e non solo del lavoro materiale, assumevano una nuova idea dell'esistenza, di come vivere, di nuovi progetti di vita, di nuove prospettive ed erano più pronti ad uscire dalla schiavitù della droga di quanto non lo fossero invece attraverso altre scelte. Ecco, credo che questa strada debba essere molto potenziata e valorizzata. Ritengo che anche il progetto preparato da CUSANI e da me, ratificato assieme ad altri esponenti di altri partiti, che prevede il lavoro esterno per i detenuti, sia una strada molto importante. Questa strada non è ancora stata seguita dal governo. Credo che invece sia una strada molto utile perché darebbe la possibilità, come avviene in molti altri paesi dell'Europa e del mondo, a molti tossicodipendenti di andare a lavorare all'esterno, ovviamente in certi casi con il controllo che deve essere previsto, e quindi, in questo modo, si realizzerebbe quello che è già stato realizzato in molti altri paesi. In Spagna si è verificato già un netto miglioramento della situazione dei tossicodipendenti all'interno del carcere proprio perché è stata elaborata una strategia ad hoc. Quindi, per concludere, direi che la questione delle tossicodipendenze va affrontate in diversi modi. Sia attraverso una corretta informazione e tenendo presente che ci sono delle convenzioni internazionali che noi abbiamo approvato liberamente, assieme a tutti gli altri paesi del mondo, senza distinzioni ideologiche e senza preclusioni di appartenenze a partiti politici. Ci sono convenzioni, come quella del 1988, ma anche la risoluzione politica del 1998, che prevedono l'impegno di tutti i paesi a combattere il traffico e lo spaccio, ma anche a ridurre il consumo delle droghe. Perché il consumo delle droghe significa anche favorire il traffico delle droghe. Quando andavo nei paesi produttori, per conto delle Nazioni Unite, cioè in Bolivia, Colombia, Perù ed Ecuador, i produttori, cioè i contadini, si lamentavano del fatto che la domanda di droga, di eroina, di cocaina che veniva dall'Europa cresceva sempre di più, per cui di fronte alle pressioni che venivano dai consumatori e alle sollecitazioni che venivano dai trafficanti che davano a questi contadini soltanto mezzo dollaro per ogni chilo di foglie di coca mentre loro guadagnavano fior di milioni di dollari, mi sono reso conto in questo contesto storico, che il problema è globale e non può essere visto soltanto come una possibilità di intervento a livello terapeutico, farmacologico, come quello che è stato proposto semplicisticamente da qualcuno, sia pure in buona fede. Credo che noi dobbiamo attenerci a quelli che sono gli impegni presi a livello internazionale, dobbiamo sapere che esiste questa convenzione e questa risoluzione che è stata approvata nel febbraio del 2000 a Vienna; dobbiamo sapere che, questa risoluzione dell'International Narcotic Control Board delle Nazioni Unite ha sicuramente sentenziato che il ricorso all'eroina controllata rappresenta un fatto che va contro le convenzioni internazionali finora approvate da tutti i paesi che appartengono alle Nazioni Unite. Credo che noi dobbiamo anche tenere conto delle possibilità che abbiamo ancora, che sono enormi, di aiutare i giovani attraverso, non solo le comunità, ma anche attraverso gli interventi che certamente lo Stato può fare nel carcere e fuori dal carcere, cercando di evitare delle scorciatoie pericolose e cercando soprattutto di fare come è stato fatto negli Stati Uniti, cioè investire decine di miliardi di dollari per un'opera efficace di prevenzione e di recupero dei tossicodipendenti. E con grande sorpresa ho potuto verificare che proprio pochi mesi fa il governo degli Stati Uniti ha, per la prima volta, accettato, almeno così mi sembra, che venisse stabilita a New York una depandance della Comunità Incontro, perché si passa anche lì dalla cultura della risposta di tipo farmacologico alla cultura della risposta di tipo comunitario, cioè sarà stabilito, tra pochi mesi, a New York, una comunità; credo che anche don PICCHI potrà fare la stessa cosa in altri paesi con molta efficacia, perché si è capito che la cura farmacologica non basta. Quindi credo, per concludere, che, i nostri sforzi debbono essere plurimi, che bisogna pensare a una strategia multidisciplinare e che bisogna arrivare a una sintesi

felice tra il pubblico e il privato perché solo in questo modo, senza pensare alla carcerazione e alla criminalizzazione dei tossicodipendenti noi possiamo arrivare alla soluzione dei nostri problemi.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «La ringrazio senatore IMPOSIMATO per le cose che ha detto, anche per le esperienze che ci ha portato e per una indicazione che, secondo me, è molto importante: questa di improntare la lotta alla droga con un aspetto preventivo efficace, forte e quindi con risorse che vengono impegnate lì, di passare alla cultura dell'intervento farmacologico alla cultura dell'intervento più globale, di questo stiamo approfondendo gli aspetti. C'è una cosa che lei ha messo in evidenza, evidentemente l'intervento sui giovani che sono la materia, che maggiormente ha necessità di avere attrezzature per potersi difendere. Evidentemente anche qui ci vuole un intervento integrato forte. È importante il fatto che il tossicodipendente non abbia a patire il carcere come un delinquente. Nel caso in cui lo sia è bene che questo avvenga evidentemente. Ma come ha precisato lei, nella stragrande maggioranza dei casi questo non è, però pure capita. E allora bisogna fare delle azioni per intervenire su questo, cercare di trovare soluzioni, la scuola, la famiglia, abbiamo già detto, hanno un impegno forte. Io chiamerei adesso ad intervenire, il dottor GERRA, che è dell'Asl di Parma, Dipartimento Dipendenze Patologiche, e che ha come titolo della propria relazione: "Il primo approccio dell'adolescenza, le sostanze psicoattive. Vulnerabilità, fattori protettivi". E quindi si inserisce in questo contesto il discorso che noi stiamo portando avanti stamattina.»

Dott. GERRA:- «Lavoro nel SERT di Parma e ho una familiarità con i tossicodipendenti che dura dal 1981, prima in clinica medica, poi nel SERT dall'87. L'anno prossimo faccio i miei vent'anni di familiarità con i pazienti tossicodipendenti. E nello stesso tempo sono stato risucchiato, per la mia velleità di fare le anamnesi accurate, e cioè di andare a vedere qual era la storia dei tossicodipendenti, dal mondo della scuola e quindi anche è nata per me una confidenza ormai lunga con gli amici che alla Pubblica Istruzione si occupano di educazione alla salute; in qualche modo le cose che dirò oggi sono maturate insieme anche nel comitato scientifico dell'educazione alla salute a partire ormai da due ministri fa, quindi con una partecipazione di questo ufficio. Ebbene la prima cosa che vi voglio dire riguarda proprio le anamnesi. Non so se vi siete mai chiesti da dove cominciano le strategie di prevenzione per quello che riguarda le ordinarie discipline mediche e psicosociali. Le strategie di prevenzione nascono dalle attente osservazioni dei clinici. Mi spiego meglio. Se uno si occupa di coronaropatie, viene da un'attenta osservazione dei clinici il fatto che sono gli ipertesi, gli ipercolesterolemici e i fumatori a sviluppare le coronaropatie. Nel nostro ambiente credo che ci sia stata, e ci sia ancora in parte, una grande carenza dell'attenzione alle concatenazioni eziopatogenetiche che portano ai disturbi di cui ci occupiamo. E senza il chiarimento di queste concatenazioni eziopatogenetiche siamo di fronte ad una grande e non verificabile kermesse in cui tutti possono dire tutto e il contrario di tutto. Volevo proiettare una cosa: ho un po' di cartoni animati da farvi da vedere, ve li farò vedere molto rapidamente. Una sequenza. I disordini da uso di sostanze e la ricerca di strategie di prevenzione fondate sulla ricerca e sulla conoscenza di queste concatenazioni che partono da una predisposizione di tipo genetico, che hanno tantissime interazioni a livello di quello che è il primo ambiente che una creatura viene a vivere, che un bambino o una bambina viene a vivere nell'utero della mamma. E che hanno importantissime relazioni all'interno dei primi momenti della vita, così delicata, di un bambino e poi di un adolescente e del suo impatto con la scuola e con i gruppi di pari. Un lavoro di Harvard dice: dovrebbe esserci un attento ascolto alle sofferenze umane dei pazienti. E credo che non sia stato fatto in questi venticinque anni. Moltissime strutture hanno detto: vieni avanti drogato, ti impacchettiamo per una soluzione di tipo residenziale, oppure ti diamo un farmaco standard buono per tutti, ma senza fare quello che si fa con qualunque altro paziente che non sia un tossicodi-

pendente. Si fa nella psichiatria, si fa ancora di più per le malattie organiche. È nato da parto eutocico: i primi atti psicofisici sono nella norma e così si dovrebbero avere tutta una serie di attenzioni per capire quali siano state le sofferenze ben prima dell'incontro con la cannabis o con l'alcool. Questo studio ci dice come sarebbe necessario - è uno studio che riguarda la prevenzione all'uso di tabacco, è del '99 - sarebbe necessario determinare delle misure, dei metodi, con misurazioni, quanto più dettagliate possibili degli elementi sociali, culturali, comportamentali e genetici, dei fattori che portano gli adolescenti a essere a rischio. E se non si fanno studi su questi con numeri, è evidente che non si potrà dire quale peso dare per combattere, in termini di risorse, questo tipo di situazioni di fattori a rischio. La mia teoria che riporto in molti convegni, qualcuno di voi mi conosce già, ve la ripropongo oggi ed è che nemmeno gli experimentas sono experimentas per caso. È vero che tutti dicono che la gente si fa trascinare dalla compagnia, ci sono le pressioni dell'offerta. WILLS nel '96 pubblica questo studio: ha fotografato bambini nell'età in cui non potevano avere avuto contatto con le droghe ancora, ha misurato il loro livello di stress, la loro capacità di coping, le loro attitudini ai comportamenti devianti, il supporto familiare, la capacità di controllare gli impulsi, lì non è citato ma ha misurato anche l'autostima, li ha fotografati da piccoli, a sette, otto anni, li ha seguiti in un follow up di court, e ha misurato il fatto che gli experimentas, cioè quelli che erano disponibili a provare le sostanze, che poi sarebbero rimasti in gran parte semplicemente utilizzatori voluttuari, non è detto che dovessero diventare degli abusatori o dei dipendenti; gli experimentas avevano significative differenze da quelli che dicevano di no alla droga. La mia conclusione è che non si tratta di libera scelta, perché la gente non si sceglie l'autostima, non si sceglie quanto controllo degli impulsi di avere, non si sceglie quanto sopporto parentale avere. Spesso il supporto parentale che manca non è per colpa della famiglie, è per le situazioni così come si sono venute a creare, che hanno portato una padre e una madre a non riuscire a stabilire un sufficiente rapporto di attaccamento organizzato con i loro bambini. Con la conseguenza che un soggetto arriva ad essere disponibile a provare le sostanze, perché è in una condizione differente dal punto di vista della valutazione statistica, matematica, è in una condizione significativamente differente da quelli che invece sanno dir di no alla droga. Non sono adolescenti più bravi quelli che dicono di no alla droga, sono adolescenti più fortunati dal punto di vista della loro situazione psicobiologica e relazionale. Quale è la mentalità degli experimenters? Sono i fattori che NAID, Institute of Drug Abuse, ci suggerisce in un pamphlet del 1997, ripreso anche da un altro studio precedente. Gli experimenters hanno precise connotazioni se si va a studiare la loro mentalità. Cioè sono i ragazzini disponibili a utilizzare le sostanze e hanno scarso senso di appartenenza alla famiglia, alla scuola, alle istituzioni prosociali, l'incapacità di dire "la mia scuola", "la mia famiglia", la percezione di una famiglia come non nucleare. E così il perfezionismo e l'onnipotenza, cioè la convinzione che se non sei al top è meglio non essere. Un unpayrment della comunicazione emozionale, l'incapacità a percepire e trasmettere le proprie emozioni e una visione negativa del mondo: tutti rubano, bisogna sapersi adattare, sapersi fare furbi. La formazione sociomorale scarsa e una visione del futuro incerta e progettuale. Vittorino ANDREOLI a volte li ha chiamati "locomotive senza binari", dal punto di vista della percezione del loro futuro. Nella seconda fase della mia chiacchierata a proporre delle proposte operative per la scuola e per il lavoro di formazione della famiglia per raggiungere questo primo livello che definisco un livello per tutti di abbassare, di impedire l'approccio con le sostanze, di ridurre la possibilità degli adolescenti ad essere disponibili ad utilizzare le sostanze in generale, noi dobbiamo cominciare a dirci che esistono adolescenti che sono affetti da una vera e propria condizione, semmai di confine, non conclamata: quella che viene chiamata una reward deficiency sindrom, una sindrome da deficit della percezione delle gratificazioni. Come se per essi la possibilità di percepire quelle che sono le gratificazione ordinarie del quotidiano, fosse stata tarata ad un altro livello e soltanto lo straordinario, soltanto ciò che è al fuori dall'ordinarietà e

dalla quotidianità sapesse essere in qualche modo gratificante. Vedete ci sono studi con paradigmi in laboratorio umano, noi nel SERT di Parma ormai lavoriamo anche su queste cose. Vedete che hanno misurato quanto un paziente tossicodipendente che non ha bisogno di denaro, che è ricoverato in un ambito residenziale, che non si sta drogando, si fa degli sconti in laboratorio umano, cioè anticipa la fruizione di gratificazione in denaro che ha conquistato con un piccolo esercizio. Non è capace di progettualità e di rimandare la fruizione della gratificazione. Ci sono studi su bambini di quattro anni, questa storia comincia con: il gelato lo mangi dopo pranzo e non prima. Cioè non allunghi la mano verso un oggetto transferale immediato come farebbe un piccolo primate con una banana, non human primate, ma sappi progettare e fruire delle gratificazioni con la capacità anche di dilazionare la fruizione delle gratificazioni. Ebbene, come marker di tossicodipendenza, questa situazione sarebbe saltata: soltanto lo straordinario mi stimola e lo straordinario che arriva subito. Perché altrimenti non ho la percezione di alcuna gratificazione. Ecco che la cultura, non voglio fare della pubblicità di nascosto, ma la cultura dei no limits ci porta in generale a coltivare questa reward deficency sindrom nei nostri adolescenti. Chi ha le forme sfumate, viene in qualche modo portato a mostrare situazioni e a esprimere forme più conclamate, anche a seconda del condizionamento sociale. La reward deficency sindrom si caratterizza appunto per questa ridotta percezione delle gratificazioni del quotidiano, un'intolleranza alla frustrazione e la noia, l'incapacità a rimandare la fruizione delle gratificazioni e un cattivo controllo degli impulsi vitali. Qualcuno vedete l'ha già chiamata in modo diverso, una impulsive addictive compulsive behaviour, IACB, che comprende tutte queste situazioni delle dipendenze patologiche, con le dipendenze non solo farmacologiche. Abbiamo di fronte noi la tragedia del gioco d'azzardo e del gioco d'azzardo per gli adolescenti e le conseguenze di questo tipo di nuova dipendenza sui nuclei, sulle famiglie, sul disastro della vita relazionale e sociale. Ma vedete che chi ha definito la IACB, e sono sempre studi che vengono dal gruppo del National Institute of Drug Abuse, ci porta anche all'attenzione, al fatto che una predisposizione genetica ormai molto studiata, dato che si stanno mappando tanti polimorfismi in questi soggetti, sarebbe alla base di queste difficoltà. Un nostro studio di Parma ha mostrato nella popolazione generale l'atteggiamento NS, che significa novelty seeker, cioè l'atteggiamento alla ricerca di novità e sensazioni in correlazione con un ormone come la norepinefrina a livello plasmatico.

Introduco solo uno dei tantissimi studi, questo è mio, ce ne sono tanti altri nostri di Parma e tanti altri nel mondo, che ci dicono come i temperamenti e le situazioni temperamentali estreme, per esempio l'essere cercatore di novità e sensazioni, sono correlate addirittura con un assetto biologico. Questo per insegnarci che uno spinello non cade sullo stesso cervello, e un abuso di birra non cade sullo stesso cervello. Ci sono situazioni con cui ti presenti alla vita a quindici, sedici anni che hanno portato anche ferite, vulnus - da qui la parola vulnerabilità - che espongono di più o di meno a questo rischio. E guardate che non è soltanto la genetica a essere responsabile di ciò, questo studioso ha dimostrato, lo ha replicato nel '97 dopo i primi studi nell'87, ma anche i maltrattamenti precoci e la negligenza; si può essere negletti non solo perché gettati nel cassonetto da un profugo, da un extracomunitario, ma si può essere negletti anche in villa, in situazioni di grande agio sociale, perché non scatta quello che è un rapporto, un'interazione, per esempio, madre - bambino o genitore - bambino adeguato. Ebbene, questa negligenza, questo abuso porterebbero a una modulazione, quando avvengono i primi trentasei mesi di vita, di enzimi, come la dopaminabetaidrossilasi che tanto hanno a che fare col definirsi della soglia delle gratificazioni, della percezione delle gratificazioni. Qual è, che cos'è che conferisce un potere additivo alle droghe? È proprio, da questo lato, vedete del mio lucido, la capacità gratificante che va a fare target esattamente sul sistema della gratificazione. Questi ragazzi incontrano in strada dei gratificanti farmacologici a scorciatoia, sostanze che possono nell'immediato produrre ciò che una gratificazione che richiederebbe progetto, tempo, che richiederebbe e starebbe dentro alla quotidianità che

non sono capaci di percepire. E invece con il farmacologico viene dato tutto e subito. Ma il doppio legame che avviene con le sostanze, per una terza categoria di individui ancora più sofferenti, a cui dobbiamo essere ancora più attenti per quello che riguarda la prevenzione, riguarda il tentativo di curare disturbi psichiatrici che sono associati anche a questa reward deficency sindrom. E mi riferisco in particolare al disturbo, per esempio, della condotta. Vedete che ancora un'interazione insicura, ci dicono gli psichiatri, durante la prima infanzia, porta a essere questo bambino aggressivo e problematico rispetto alle competenze sociali, a diventare rapidamente un bambino, come si dice, impopolare; tira calci e pugni, non sta alle regole dicono i piccoli compagni; maestra, con quello lì non ci voglio giocare.

C'è uno studio terrificante che mi ha sempre lasciato impressionato, un bellissimo lavoro di preparazione di insegnanti di scuola materna a gestire questa situazioni, dove si vedeva che le più brave, le più formate, le più democratiche come punto di vista, venivano, inconsapevolmente poveracce, e ne soffrivano, influenzate dal giudizio dei piccoli compagni sul bambino impopolare, fino a percepirlo comunque come uno da cui non ci si può aspettare altro che certi comportamenti. Di qui la cementificazione di un'aggressività.

Il discorso che riguarda questo tipo di aggressività non può non trovare nel nostro tipo di impegno, attività specifiche che non siano attività che vanno bene per tutti. Perché questi bambini non rispondono alle attività che vanno bene per tutti o agli interventi a pioggia. Ecco, un nostro studio di Parma mostra le differenze di ormoni, tra bambini con scarsa aggressività, bassa e media aggressività e alta aggressività. Il che significa che anche il comportamento aggressivo è in qualche modo collegato nel vivere a una condizione stressante come quella che è stata riprodotta con il laboratorio umano, è legato a una condizione di tipo biologico differente, di questo bisogna tenere conto. Lo stesso si può dire, rapidamente vi mostro, per i bambini iperattivi. Questi bambini Pinocchio, che gli insegnanti dicono: non li ho mai visti fermi nel banco a mezzo busto nemmeno per un attimo, per tutto il tempo delle elementari. Che sono sempre pronti a rialzarsi in piedi. Ebbene ci sono studi che dicono che l'iperattività con deficit di attenzione, così come la condotta di disordine che vi ho mostrato prima, vanno incontro, in percentuale molto maggiore della popolazione generale, all'uso di sostanze. E su questo occorre spendere risorse specifiche. E ancora il bambino con eccessiva timidezza o depressione. E sappiamo che la depressione nell'adolescente non si mostra come depressione. L'adolescente non piange, ma è un adolescente che ha semplicemente forme di mal adattamento allo stress particolarmente gravi che diventeranno situazioni depressive.

Vado verso la conclusione, di tipo propositivo e progettuale. Per la fascia generale occorre che la nostra realtà sociale e la scuola, e proprio quelle istituzioni di rete di cui stamattina si è parlato, consentano ai nostri adolescenti di mettere radici. Di percepirsi come non sradicati, come non orfani. Ho voluto citare qui all'inizio "La luna e i falò" di Pavese, il quale dice: "non ho ossa in questa terra da poter dire di essere una identità". Mi sento, dice in questo brano, "bastardo". Dobbiamo cominciare a lavorare su questa percezione di orfanezza a livello di tutto, a livello di programmi specifici o di rete, a livello di curricula, a livello di interventi di formazione delle famiglie, perché il primo senso di appartenenza si prova in famiglia. Si è parlato stamattina di volontariato. Ecco, studi dicono, sempre del National Institute of Drug Abuse, che il coinvolgimento in attività prosociale, di volontariato e in attività che comportano un investimento motivazionale importante, è un grande fattore protettivo nei confronti di questa situazione generale che riguarda il nostro approccio con le sostanze. Si è tanto parlato del discorso dell'informazione agli adolescenti. Credo che sia importante che gli adolescenti non assumano le notizie sulle droghe dai loro coetanei, ma che le istituzioni propongano le notizie. Intendo i loro coetanei che in qualche modo le spacciano le droghe; le istituzioni dovrebbero proporre dei percorsi informativi per tempo. Oggi l'approccio con la cannabis avviene, in certi casi, in seconda media. E dobbiamo arrivare per tempo. Ebbene, la cosa che vi volevo

sottolineare di questo studio, è che queste informazioni devono essere evidence based, non possono essere ideologizzate. Devono essere informazioni basate su evidenze concrete. E come raggiungere però i ragazzi? Attraverso qualche scodellatura di attività moralistiche fatta dagli insegnati o dalle istituzioni? No di certo.
Un programma capitanato da Pino ARLACCHI alle Nazioni Unite, che è inserito in questo network delle Nazioni Unite a cui Parma si è affiliata già dal '98, ha voluto far costruire gruppi di adolescenti che si sono mobilitati nelle scuole per raggiungere i loro coetanei e cambiare, come giovani volontari, la mentalità della loro scuola, dicendo innanzitutto: provo un senso di appartenenza alla mia scuola e voglio cambiare la percezione che i miei coetanei hanno delle sostanze. Non abbiamo proposto dei pacchetti informativi, abbiamo detto: vi diamo i database, le chiavi, loro sono bravissimi più di noi ad andare su Internet, vi diamo i database delle banche dati biopsicosociali, perché possiate andare a capire che cosa si scrive nella letteratura scientifica sulle droghe.
Se voi andate a chiedere: esiste una sostanza cannabinoide endogena a uno studente, a una studentessa di seconda superiore, di prima superiore, deve sapere che il nostro sistema dei cannabinoidi endogeni funziona bene anche senza gli spinelli e che garantisce l'euforia naturale. Questi ragazzi lo hanno scoperto con dei loro processi attivi, di sensibilizzazione, in gruppi di studio in cui erano dei protagonisti. E la cannabis ha implicazioni nell'alterare le capacità cognitive? La risposta è ancora sì e ci sono gli studi. Ed è stato dimostrato un deficit di sierotonina negli ecstasy users. I ragazzi mi hanno portato loro, avendolo scoperto, lo studio di McHannelly - Court di Bethesda: hanno praticamente fotografato con la PET il deficit del sistema sierotoninergico dei soggetti che usano l'ecstasy rispetto a quelli che non la usano. Ed è quindi vero che non si muore di ecstasy, ma si fa abbastanza male alle vie più importanti del nostro benessere.
La scuola e la famiglia devono garantire percorsi che vadano a lavorare direttamente su questa reward deficency sindrom, sulla sindrome da deficit della gratificazione, e cioè percorsi che sensibilizzino alla quotidianità, al concreto e all'ordinario, facendo riscoprire lo stupore e la straordinarietà delle cose belle e normali, ordinarie dell'esistenza. Capire che anche se non sei al top, anche se non ti butti dagli aeroplani puoi essere, in qualche modo, considerato lo stesso. Quindi percorsi che insegnino a percepire i propri limiti, non come limiti invalidanti, non come limiti di cui ci si debba vergognare. E ancora percorsi che portino a quella che chiamo alfabetizzazione emozionale, che non debba richiedere all'ecstasy la possibilità di comunicare meglio con gli altri individui. Allora vedete che non c'è da cercarla tanto, dico a chi lavora nel mondo della scuola, questa alfabetizzazione emozionale in programmi chi sa come, chi sa quando, ma si potrebbe benissimo pescare in tutto il lavoro di letteratura che avete nei curricula normali. Se uno si legge Pablo Neruda, vede che insegnava, anche nel film "Il postino", a usare le metafore per parlare con la partner, dicendo frasi come "tu sei aromi terrestri, musica marina". E' evidente che pian pianino insorgono emozioni, c'è la percezione di capacità emotive che i giovani hanno sicuramente e di cui si appropriano a partire dalle situazioni curricolari. Percorsi che allenino la progettualità. Far capire che per arrivare ad un obiettivo veramente gratificante occorre stringere i denti, a volte reggere nel tempo per parecchi giorni o settimane e non pensare che invece tutte le cose vengono fuori da una semplice magia.
Concludo veramente, con gli ultimi due lucidi. Uno ci spiega che dobbiamo fare qualche cosa, qui chiamo anche all'appello la grande assenza della neuropsichiatria infantile in questi anni al fianco della scuola. Noi ai bambini più difficili, quelli che hanno addirittura, comorbilità psichiatriche e che vanno a medicare con le droghe la loro difficoltà, non hanno soltanto una sindrome da deficit da gratificazione dobbiamo dare risposte, dobbiamo smettere di allargare le braccia dicendo: e questo tira calci e pugni, lancia gli oggetti, non sta alle regole, che facciamo? Non dobbiamo mettergli un timbro qui, passarlo all'ordine di scuola successivo; adesso fra l'altro con la riforma dei cicli non ce ne sarà bisogno perché ci sarà un ciclo unico in cui allargare le braccia. Dobbiamo chia-

marci invece, tutte le istituzioni attorno a una rete sociale e la neuropsichiatria infantile, e dire che cosa si può fare. È possibile che lo facciano solo gli altri? C'è un programma delle famiglie, che dice: facciamo lavorare le famiglie, perché comincino a rendersi competenti a gestire il loro bambino con un disturbo della condotta. E addirittura guardate, ancora più efficace è un'attività che è self directed dalla famiglie, una specie di gruppi di autoaiuto, che si allargano a macchia d'olio, di familiari, di genitori che imparano a non lasciare sole queste famiglie che hanno un disturbo della condotta nel loro nucleo. Così si potrebbe dire per gli iperattivi e per la depressione. Ricordo una cosa sulla depressione, che merita sicuramente interventi che potrebbero essere anche nell'età molto precoce addirittura farmacologici o di terapia della famiglia. C'è uno studio che mi ha molto colpito e dice: la formazione socio - morale fragile è un fattore a rischio, e la formazione socio morale, quando c'è, è un fattore protettivo nei confronti della depressione. Allora dico come ultima cosa di oggi, che gli adulti dovrebbero smettere di abdicare al loro ruolo di adulti, ricominciare a indicare come facevano e hanno sempre fatto, ai giovani degli elementi che possono essere per loro grandi polarizzazioni della loro esistenza. Al di fuori di questo un adolescente non potrà che dire di sé: ma io che cosa valgo? Ed essere disponibile a buttarsi via in tutte le maniere.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «È previsto ora l'intervento del dottor Alberto TERZI, che è il presidente della cooperativa "Prospettiva" di Como. Il dottor Alberto TERZI, nella sua relazione, ci parlerà dei "Giovani anno zero, ricominciare dalle risorse impossibili". C'è un filmato, mi pare.»

Dott. Alberto TERZI:- «"Ricominciare dalle risorse invisibili" è una cosa proprio fondamentale. Vedremo un video, così stacchiamo anche perché l'intervento precedente è stato molto concentrato e avremo bisogno forse di una flebo di lentezza. Questo video è frutto di un lavoro, di una ricerca, rientra in un progetto che si chiama "Giovani anno zero, ricominciare dalle risorse invisibili".»

Proiezione del video.

Professore:- «Buongiorno ragazzi. Questo è il primo giorno di scuola. Mi presento, sono il vostro insegnante di lettere. Sapete che avete scelto una scuola abbastanza impegnativa, seria. Però insomma, come primo giorno ci terrei ad entrare un po' in un rapporto di amicizia, amichevole con voi, vorrei innanzitutto iniziare a conoscervi, sapere chi siete, quali sono i vostri interessi, le vostre attitudini, le vostre capacità, le vostre attese, le vostre aspettative, che so io, tutto quello che avete in mente di dirmi ditemelo pure, perché sono molto disponibile ad ascoltarvi, a sentire, a cercare anche di tenere presente quelle che sono le vostre esigenze. Va bene? Intanto comincerei proprio davvero a conoscerci reciprocamente. Non mi sembra il caso di assumere quell'atteggiamento, ma che ci fate voi due lì? Come ti chiami tu per esempio?»

Valentina:- «Valentina.»

Professore:- «Ah, il nome è bello.»

Valentina:- «Piace molto anche al mio fidanzato.»

Professore:- «Questo l'ho capito. Però, appunto, ti ricordi che siamo in classe vero?»

Valentina:- «In fondo sono così innamorata, veramente, è l'uomo della mia vita.»

Voce maschile:- «Io e lei ci vogliamo veramente bene.»

Professore:- «Sì, ma non qui però, fuori.»
Voce maschile:- «Ma cosa c'entra, l'amore non ha limiti.»

Professore:- «Guardate che siamo in classe eh. Dai staccati su, forza. Guarda che se non ti sbrighi ti porto dal preside.»

Voce maschile:- «Ci vado solo con lei.»

Professore:- «Non se parla neanche. Guarda, o smetti o altrimenti già il primo giorno chiamo i tuoi genitori e non se ne parla più, va bene. Insomma ora che ci siamo un po' capiti, spero, come si sta in classe, continuiamo a presentarci. Tu come ti chiami?»

Maria Antonia:- «Sono Maria Antonia. Mi occupo molto del sociale, soprattutto dei diritti delle donne.»

Professore:- «I diritti delle donne? Ancora? Perché non ti occupi di altro?»

Maria Antonia:- «Ma io ci credo, ci credo molto.»

Professore:- «Sono vent'anni e più che sento sempre parlare di questa menata, adesso non è più il caso. E tu che hai la cuffia? Pensi di essere a San Remo?»

Voce femminile:- «Mi guardi e non rispondo, perché risposta non c'è.»

Professore:- «Togliti subito quella cuffia, capito?»

Voce femminile:- «Era la mia canzone preferita.»

Professore:- «Qui siamo in classe. Andiamo avanti, continuiamo a presentarci. Adesso tocca a te, poi via via passeremo in rassegna un po' tutti quanti.»

Voce femminile:- «Non è possibile dire chi si è, dove si vuole andare, non vuole dire niente.»

Voce femminile (1):- «Io? Dai su, mi parli di lei, quanti figli ha, è sposato, viaggia?»

Voce femminile (2):- «La mia massima aspirazione è diventare una ballerina professionista.»

Voce maschile:- «Chi, io? Ma veramente...»

Voce maschile (2):- « Dai, ti ha fatto una domanda, rispondi.»

Voce femminile (3):- «A me piacerebbe tantissimo andare a San Remo.»

Voce femminile (4):- « Perché mi devi dire tu quando devo rispondere io?»

Voce femminile (3):- «...e scendere la scalinata ovviamente.»

Voce femminile (5):- «Mi lasci stare per favore. Mi ha lasciato il ragazzo ieri.»

Voce maschile (3):- «Me lo suggerisca lei che è in cattedra.»

Voce femminile (6):- «Sono venuta qua perché questa scuola mi fa schifo.»
Voce maschile (4):- «Cioè faccio un sacco di cose.»

Voce femminile (6):- «Sono una a cui piace soffrire.»

Voce maschile (4):- «Faccio poco però...»

Voce femminile (7):- «Organizzo le messe, i canti.
Sono un'animatrice liturgica.»

Voce femminile (8):- «Qual era la domanda?»

Professore:- «Allora, ragazzi, ma vi rendete conto che non sapete ancora chi siete? Che non sapete che cosa volete? Vi rendete conto o no? Sentiamo te adesso.»

Professore:- «E lì, in quel banco, chi c'è? E tu chi sei, che cosa vuoi dalla vita? Chi sono? Che cosa vogliono?»

Fine della proiezione del video.

Dott. Alberto TERZI:- «Era un cortometraggio fatto con i ragazzi dalla nostra cooperativa all'interno di un progetto che era patrocinato dall'Amministrazione provinciale e dal Provveditorato agli studi. È uno stimolo creativo di riflessione che parte da un altro punto di vista. È anche uno stimolo per iniziare un dibattito con i ragazzi, con gli insegnanti, con i genitori, gli educatori. L'argomento: le risorse che spesso risultano invisibili. L'insegnante che c'è qui è in realtà uno degli insegnati più attivi, ha partecipato alla fiction, ma l'insegnante rappresenta il mondo degli adulti, non è un giudizio sul mondo della scuola questo, è più che altro, così, una proposta appunto al mondo degli adulti. Giovani anno zero perché? Per cercare nuovi strumenti, per conoscerli meglio, per cambiare i nostri soliti occhiali. Quindi mutiamo completamente il modo di guardare, di leggere, di studiare i giovani. Non dobbiamo assolutamente quindi considerarli un problema, ma una risorsa. E questo potrebbe essere un bel messaggio che arriva da questa terza conferenza. Ricominciare quindi da zero vuol dire ricominciare insieme, da questo punto di vista, perché il disagio, in realtà, coinvolge tutti. Però devo fare una premessa. Questa è una ricerca intervento che è iniziata diversi anni fa, e poi vi spiegherò il perché, ed è in continua progressione. Lo strumento è quello della ricerca intervento. È un processo in costante evoluzione, è stata utilizzata una metodologia scientifica, pur essendo un intervento di prevenzione sembra quasi appunto inusuale fare questo, in realtà lo si può fare. Però con alcuni limiti. Con un monitoraggio costante degli obiettivi, in un percorso di valutazione che si è rinnovato nel tempo, perché appunto è un percorso che ha toccato diversi anni e noi siamo cambiati tanto in questo tempo. Un percorso che ci ha rafforzato sicuramente delle convinzioni, ma non ha prodotto assolutamente certezze. Non siamo qua a dire sarebbe questa la soluzione giusta. Probabilmente, oggi come oggi, chi presenta certezze anche rispetto al mondo della droga, a noi, quanto meno, ci lascia un tantino perplessi. Non ha prodotto certezze, ma soprattutto per avere scelto la

strada della personalizzazione. Quindi assolutamente non il pacchetto di prevenzione, ma proprio la grande attenzione alla personalizzazione. Non parlerò di tutto il problema del coinvolgimento, della progettazione, del ruolo degli esperti e così via perché il dibattito è già piuttosto noto in questa sede. Il percorso di ricerca è iniziato nel '93, '94 appunto con un'indagine che ha interessato 3575 ragazzi delle terze medie inferiori e poi abbiamo fatto anche un'indagine che si è chiamata "Giovani e salute", sul rapporto giovani e salute. Nel 1996 l'indagine l'abbiamo allargata, oltre ai ragazzi di terza media inferiore, alla terza superiore e a un gruppo di insegnanti. Oggi vi presenterò qualche risultato sull'ultima indagine che appunto si chiama "Giovani anno zero", che ha coinvolto circa mille ragazzi. Complessivamente, tutte le indagini hanno coinvolto più di ottomila ragazzi. Già questo è un risultato comunque interessante in termini di coinvolgimento. Dicevo, questo è un percorso di ricerca ma anche immediatamente di intervento. Che ha riguardato studenti, insegnanti, genitori, ma oggi, per scelta, ci concentreremo solo sugli studenti e più o meno ne abbiamo coinvolti circa settemila.
La prima indagine mirava all'individuazione delle manifestazioni del disagio preadolescenziale, che risultavano quindi maggiormente in rapporto con i fenomeni di contiguità alla droga. Le seconda indagine invece analizzava gli atteggiamenti degli adolescenti nei confronti proprio della salute e delle motivazioni che li spingevano verso le più svariate forme di consumo dannoso e di dipendenza. Dall'alimentazione al fumo, all'alcool. Ma è con quest'ultima ricerca che noi presentiamo qui oggi che abbiamo fatto il salto di qualità. E abbiamo appunto fissato l'obiettivo di scoprire negli stessi ragazzi le risorse che possono contribuire al miglioramento del loro benessere.
"Giovani anno zero, i giovani comaschi tra bisogni evidenti e risorse invisibili", è il titolo della ricerca. L'ipotesi è che l'instaurarsi di vissuti e di condizioni di disagio è strettamente correlato alla scarsa consapevolezza e allo scarso sviluppo di risorse e competenze interne ed esterne dei giovani. Abbiamo analizzato come ambiti di indagine i fattori protettivi o indici di competenza, dall'autostima all'intelligenza emotiva, alla creatività, alla gestione del tempo, alla capacità di percepire il futuro, di progettare e di prendere decisioni e di interazione sociale. Ma quali sono le novità di questa iniziativa? Primo che la ricerca sta nell'intervento, non è una parte staccata. E' come un continuum. E' dal '92/'93 che ci occupiamo di questo, nella stessa provincia di Como, e quindi c'è la costanza dell'intervento e la continua evoluzione degli strumenti, in base ai bisogni dei diversi soggetti coinvolti. Non ci siamo mai fermati in termini anche di ricerca per quanto riguarda gli strumenti. Per quanto riguarda invece "Giovani anno zero" l'attenzione alle risorse dei giovani e al positivo e la sperimentazione è una novità in termini di ricerca delle emozioni come una delle possibili chiavi di lettura dei giovani. Per questo adesso vi presento i profili emotivi, passiamo già a qualche risultato, per dare qualche stimolo. Con una metodologia particolare abbiamo segmentato la popolazione giovanile in gruppi il più possibile omogenei al loro interno. È bene precisare che tale tipologia riflette l'orientamento prevalente, non è un modo per indagare la struttura della personalità. Sono risultati, come vedete, cinque profili. Il depresso, in cui prevalgono le emozioni di tipo melanconico - depressivo. Il cuor contento, dove le emozioni prevalenti sono quelle legate ad uno stato di benessere e di adattamento al mondo esterno. Il propositivo, dove alle emozioni legate a uno stato di benessere si aggiunge un'apertura verso il mondo esterno. L'antagonista, in cui prevalgono le emozioni legate a uno stato di malessere e di opposizione al mondo esterno. E il canonico, in cui le emozioni, di benessere e malessere, sono ugualmente rappresentate. I profili emotivi sono stati scelti come chiave di lettura e sono stati incrociati con altre variabili. Ad esempio abbiamo costruito degli indici che ci informano sull'importanza delle emozioni per i ragazzi, sulla capacità di espressione delle emozioni e sulla loro facilità di espressione. Il 61% attribuisce un valore e un ruolo positivo alle emozioni per la propria vita, l'81% dichiara difficoltà nell'esprimerle. Oppure, incrociando i profili emotivi, ad esempio, con l'indice di facilità ad esprimersi, si scopre, ad esempio, che, tra i propositivi segnati, solo il 17,8% dichiara

di avere una facilità di espressione delle emozioni molto bassa, mentre per i tipi depressi questa difficoltà coinvolge quasi il 40%. Nel bilancio delle risorse abbiamo scelto, a titolo esemplificativo, una risorsa di base, che è stata misurata da diversi punti di vista, l'autostima. E abbiamo chiesto ad esempio quanto ti senti soddisfatto? In realtà la ricerca è molto articolata e approfondita, ma vi faccio un'illustrazione molto superficiale. Il depresso, rispetto alla soddisfazione, raggiunge circa il 60%. Il cuor contento il 93%. Il propositivo il 94%. L'antagonista l'80% e il canonico il 75%. In genere le femmine risultano meno soddisfatte dei maschi. Questo lo interpretiamo come anche una maggiore capacità in realtà di analisi rispetto a sé stesse. Il sentimento della autosvalutazione, provato dal 16,8% dei maschi, per le femmine interessa il 23,9%. Ora passiamo alla creatività. Abbiamo chiesto ai ragazzi chi, secondo loro, è creativo. E in testa si è piazzato il musicista, segue il pubblicitario e l'insegnante è allo 0,5%. Abbiamo chiesto anche a loro dove si sentono maggiormente liberi di esprimere la creatività. A scuola il 13,6%, a casa il 41,2%. Poi ci sono altri ambiti. L'oratorio, ad esempio, per l'8,1%. Abbiamo chiesto in generale: "gli insegnanti che hai incontrato a scuola ti hanno aiutato ad esprimere la tua creatività"? Sì, spesso per il 9%. Qualche volta per il 26%.

Passiamo al rapporto con le sostanze. Non mi soffermo sul dibattito sulle droghe illecite/non illecite pur sapendo che esiste. L'argomento droga ha un forte richiamo ideologico, che spinge a rappresentazioni sociali che rasentano talvolta l'ipocrisia e producono le non scelte. La cultura della droga è tanto combattuta a parole, quanto avallata nei comportamenti e i giovani l'hanno capito benissimo. Nel supermarket della vita, l'accesso alle droghe è ormai una delle occasioni più riuscite di pari opportunità sociale, quindi abbiamo suddiviso il campione in quattro tipologie e per quanto riguarda la percezione rispetto alle sostanze. Come vedete il 38% risulta consapevole, il 24 informato, il 27 inconsapevole e l'11% sono i minimizzatori. Questa, ad esempio, può essere una lettura che in qualche modo, per chi lavora in prevenzione, potrebbe essere un primo elemento da cui partire per personalizzare gli interventi. Oggi avete dei dati molti semplificati, ma poi vi daremo l'occasione di avere anche quelli più approfonditi. Poi, invece, c'è l'indice di contiguità frutto appunto della ricerca. Il 17% non ha rapporto con le sostanze, il 36% vive in un ambiente in cui le persone ne fanno uso, e dove la droga risulta diffusa, l'8% ne prova desiderio oltre a essere in un ambiente che ne fa uso, il 14% ha contiguità effettiva e l'ha presa in mano, e il 25% ha contiguità assoluta. Siccome abbiamo potuto fare dei confronti rispetto alla ricerca precedente, questa è del '99-2000, l'indagine di oltre tre anni fa ci ha fatto riflettere. Nel '96 chi si sentiva offrire la droga era il 41,6%, nel '99 è passato al 55,1%. Rispetto al prenderla in mano era il 31,3%, ed è passato al 40,7%. Mentre rispetto a sentire il desiderio, l'aumento è stato minimo, si è passati dal 33 al 35. Gli ambiti della ricerca comunque sono stati ampi: ho fatto un accenno solo su autostima, creatività, sostanze. Noi abbiamo in realtà indagato anche l'ambito delle relazioni. Abbiamo persino chiesto: il comportarsi come gli altri si aspettano, l'essere in grado di mantenere le proprie opinioni, i rapporti in famiglia e con i pari, gli stili educativi e stili affettivi dei genitori, le scelte e la formazione delle decisioni. E poi invece abbiamo analizzato il bilancio delle risorse.

La seconda parte è appunto l'intervento. Che è consistito in una serie di incontri fatti nelle scuole e in questo momento il modello è di sei incontri di due ore, più la preparazione prima con gli insegnanti e genitori e poi gli incontri dopo con i genitori. Il miglioramento rispetto alle finalità, il miglioramento della consapevolezza delle proprie azioni e dei rischi di alcune condotte dipendenti. E la scoperta, soprattutto, delle proprie risorse. Siamo intervenuti su ragazzi di terza media, prima e seconda superiore, con un approccio dove l'operatore era innanzitutto un facilitatore. Almeno per quanto riguarda l'interesse degli incontri, questo è il grafico che li illustra, il 61% si è dichiarato molto interessato, il 32% abbastanza interessato e il 78% invece lo consiglia agli amici, come intervento. L'intervento è stato anche arricchito da un progetto di verifica e valutazione, che ha previsto una serie di strumenti qualitativi e quantitativi di valutazione e questi sono i

risultati. L'intervento permesso ha prodotto dei cambiamenti percepiti, quindi non andiamo a certificare nulla, rispetto al conoscersi meglio tra compagni, conoscere le difficoltà e i problemi legati all'età, conoscere alcuni aspetti della propria personalità e così via. Rispetto invece agli operatori, questo è importante, l'operatrice ci ha permesso di esprimerci liberamente, ci ha ascoltato, ha coinvolto i partecipanti e ha cercato insieme a noi delle soluzioni e quindi non ha usato una gestione molto direttiva. Allora, le considerazioni conclusive sono queste: la rilevanza per i giovani dei propri vissuti emozionali può diventare un'occasione di lavoro importante per chi si occupa dei giovani. Una capacità ancora non ben sviluppata di comunicare sentimenti ed emozioni all'esterno e in particolare nel mondo adulto, è un altro ambito su cui lavorare. La scarsa rilevanza della scuola nel favorire lo sviluppo dell'intelligenza emotiva, in particolare della creatività è un altro ambito. L'importanza della figura materna per l'espressione e la comunicazione dei sentimenti e delle emozioni è una certificazione. Gli ambiti di vita sono separati tra loro; regole diverse di comportamento coesistono dando luogo a un insieme di moralità multiple. I ragazzi si sono espressi praticamente con i dati. Si sono realmente coinvolti, altri hanno assistito con un certo interesse, in alcuni casi si è trattato sicuramente di un progetto piuttosto interessante, soprattutto per i ragazzi. Il problema adesso è che si continua a parlare di informazione, ma per quanto riguarda le droghe dovremmo forse affidarla addirittura agli stessi ragazzi, perché sono gli unici veri esperti. Il messaggio è: non facciamo più solo informazione, senza prima curare la relazione, che, quando è profonda e autentica, è reciprocamente nutriente. La relazione quindi deve partire dalle percezioni e quindi essere personalizzata ai diversi gruppi sociali. Il disagio dei giovani è forse più evidente, perché il disagio degli adulti è anestetizzato. I giovani non sono un problema, ma un giacimento di risorse sconosciute e ritenute invisibili, perché non sappiamo vederle. Cerchiamo di scoprire le loro risorse perché probabilmente, subito dopo, inizieremo a scoprire anche le nostre, di adulti: quelle risorse che negli anni abbiamo nascosto a noi stessi.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringraziamo anche il dottor TERZI per le cose dette, anche per questa immagine di giacimento che ci lascia. Sono previsti adesso tre interventi richiesti dalle Regioni. Il primo del dottor VLADIMIRO BOCCALI, della Regione Umbria, è relativo a "Sicurezza, solidarietà sociale, riduzione del danno".»

Dott. Vladimiro BOCCALI:- «Il lavoro che abbiamo prodotto su questo tema alla conferenza regionale dell'Umbria, è stato anche consegnato, perciò sarò brevissimo. Abbiamo tentato di collegare questi tre temi, che ci sembra possano essere inseriti in una strategia complessiva di interventi per la lotta alla tossicodipendenza. Abbiamo analizzato i danni che il consumo della tossicodipendenza, il disagio, comunque l'esclusione sociale creano. Danni fisici e sociali e psicologici al soggetto che fa uso di sostanze, danni che la condizione di tossicodipendenza produce, dall'illegalità alla microcriminalità indotta, al disagio delle famiglie che hanno un tossicodipendente al proprio interno, al danno che si crea nel contesto allargato. L'allarme sociale, l'insicurezza legata al fenomeno della tossicodipendenza, che viene percepita, è reale. Abbiamo pensato di costruire un intervento, le premesse sono quelle della sopravvivenza del tossicodipendente, del gestire in termine di contenimento dei danni e di promozione alla salute e di non inquadrare soltanto come una questione medica l'uso di sostanze, ma di allargare il nostro raggio di azione, di visuale rispetto a questo tema. Ragionando appunto sul contesto allargato e sul senso di insicurezza dei cittadini, che influisce molto negli interventi che andiamo a fare, sia di prevenzione, sia di creazione degli ambienti urbani, siamo andati a lavorare sul quotidiano, sul percepito, su una costruzione della sicurezza come pratica fortemente democratica e partecipativa. La questione fondamentale, ripresa anche dalle relazioni dei ministri ieri, è la strettissima collaborazione tra le diverse istituzioni che operano in questo ambito, dunque dagli enti locali alle forze dell'ordine, ai soggetti che ope-

rano nell'animazione del territorio, alle scuole, alle aziende sanitarie. E in questo l'ente locale è luogo possibile di coordinamento e di costruzione di strategie di prevenzione, in un'ottica di riduzione del danno. Abbiamo inquadrato una serie di interventi, che, come dicevo prima, vanno ad intervenire sia sul soggetto che fa uso di sostanze, sia sul contesto, cercando di evitare forme di conflitto tra cittadini. Pensiamo che nella prevenzione primaria, i comportamenti relazionali nella vita di ogni giorno, l'informazione dei cittadini, i progetti di educazione alla legalità, di messa in rete delle risorse associative, un ruolo attivo anche della popolazione anziana può essere un elemento sicuramente importante, fondamentale a creare questa rete di prevenzione primaria fondata su diversi tipi di interventi, che vanno, come dicevo prima, nel senso della riduzione della percezione di insicurezza e della creazione di ambienti urbani non accoglienti. Dall'altro la riduzione dei danni e il lavoro per rendere le condizioni di vita di chi commette un reato, o potenzialmente potrebbe commetterlo, meno distruttive, in modo da contenere gli effetti negativi sul soggetto che può produrre questi fatti. Insomma bisogna intervenire in politiche per la formazione, contro l'abbandono scolastico. E poi lavorare poi sulla riduzione dei danni di quei cittadini che hanno subito reati. Servono progetti di mediazione sociale, progetti per le vittime dei reati stessi. Credo che questa sia una delle strategie su cui la nostra realtà regionale, delle nostre città, tenta di sperimentarsi, cercando di mettere in rete strettamente tutti quegli interventi, dalla prevenzione primaria alla riduzione, al recupero, alla riabilitazione in una politica più organica possibile di lotta alle tossicodipendenze. Da qui vorrei sottolineare il metodo che è stato ripreso anche nella relazione rispetto al lavoro fatto dalla 45, di un forte ancoramento nel territorio, della creazione di una rete molto stretta in cui gli interventi di prevenzione, di repressione, siano essi stessi collegati, per non far sì che siano eliminati l'uno dall'altro. Questa ci sembra una delle condizioni prioritarie. Il lavoro che abbiamo iniziato con la 45, con questo nuovo metodo, ci sembra che sia una strada positiva. Ci sono luci e ombre, non certo tutto è positivo, ma mi sembra che marciare su questa direzione ci possa consentire di sperimentare degli interventi, delle progettualità nuove che sono costruite dall'analisi del territorio piuttosto che su impostazione di carattere ideologico.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringrazio il dottor BOCCALI, anche per la sinteticità, per le cose dette, anche relativamente all'integrazione, come si sta dicendo dall'inizio di questa tavola rotonda fra strutture pubbliche e strutture private e con progetti che vengono impegnati in questo senso. Adesso è previsto l'intervento del dottor Alberto TINARELLI, responsabile del dipartimento dipendenze patologiche della Asl di Ferrara.»

Dott. Alberto TINARELLI:- «Dovrei parlare appunto di interventi di prevenzione e qualità. Prima però volevo introdurre un'idea, cioè quella che mentre la qualità, per quello che riguarda il lavoro nei servizi, è un dato che si è affermato e che addirittura a volte abbiamo forse mutuato troppo dall'industria privata, dalle aziende private, per quello che riguarda i programmi di prevenzione, questo è rimasto un po' più indietro. Nel senso che di qualità sul lavoro di prevenzione se ne parla, credo, abbastanza poco, o, per lo meno, non c'è una linea molto precisa su questo. D'altra parte la prevenzione è considerato uno dei punti di forza delle strategie di intervento contro la tossicodipendenza, l'abbiamo visto in questi giorni, lo vediamo anche dai finanziamenti governativi, che credo abbiano prodotto nel corso del tempo una quantità di risorse non solo in termini di progetti che sono stati finanziati, ma anche di effetto a catena, nel senso che hanno poi a loro volta prodotto delle altre attività, ne hanno consolidate altre e hanno a volte anche costretto gli enti locali a entrare in campo e a loro volta a impegnare delle risorse. Quanto alle risorse umane e finanziarie per continuare questi progetti, credo che questo insieme di esperienze, che sono nate come abbastanza disomogenee e scollegate, abbiano però la necessità a questo punto di trovare un fondamento tecnico nel loro agire. Quindi anche la prevenzione deve essere considerata come un'attività specifica,

un'attività tecnica che può essere organizzata. In altre parole penso che intraprendere un'attività di prevenzione non voglia dire necessariamente essere un buon terapeuta, non è necessario avere dei buoni terapeuti che si riciclano, non è necessario avere un portato ideale particolare rispetto agli altri. Credo che sia anche qui un problema di tecnica: riuscire a individuare quali sono i bagagli, le tecniche professionali a disposizione sui temi della comunicazione, sui meccanismi della relazione interpersonale, sulle metodologie interattive per il passaggio delle conoscenze e anche sulla tecnica di gestione dei conflitti e sulla mediazione sociale. In pratica credo che nel nostro settore, parlo in questi termini della prevenzione, non sia ancora stato definito esattamente che cosa è la buona pratica, quali sono le buone pratiche della prevenzione.

Mi occupo di prevenzione da molti anni e a Ferrara, dove lavoro, esiste un centro che si chiama Promeco costituito insieme al Comune di Ferrara, che si occupa esclusivamente di prevenzione, di attività preventive. E partendo da questo, volevo proporvi adesso una serie di immagini che rendono l'idea di quello che è il nostro lavoro e anche di che cosa personalmente ritengo debba essere l'intervento sulla qualità nel campo della prevenzione. A me piace pensare che ci sia una continuità preventiva tra la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e quindi il fatto che si sia parlato molto ieri in seduta plenaria del discorso della riduzione del danno, mi trova non solo d'accordo, ma credo che sia auspicabile che entri a far parte di quello che è il nostro modo di pensare, il nostro modo di agire, per cercare di ricondurre ad un'unità tutta una serie di cose che sino ad ora sono rimaste in qualche modo separate. Su questa prima diapositiva trovate le linee guida dell'agire di questo nostro gruppo che si occupa di prevenzione. La prevenzione a cui facciamo riferimento è quella riferita dall'OMS sul modello del concetto di salute, quindi su una prevenzione che va al di là della prevenzione diretta sulla malattia, ma che si allarga ai comportamenti, alle azioni positive che possono, debbono essere condotte per modificare in positivo le situazioni. Un altro punto di forza è quello della comunità, del lavoro di rete, della possibilità di lavorare assieme a tutti gli attori del territorio per poter produrre ipotesi di lavoro che siano condivise e per poter poi portare avanti dei progetti comuni. Che non vuol dire, sono d'accordo con alcuni che mi hanno proceduto, omogeneizzare. Non vuol dire neanche costringere ad un'unità forzata tutti quanti. Vuol dire che, secondo me, ognuno si dovrebbe esprimere al meglio rispetto a quelle che sono le sue vocazioni, a quelle che sono le sue possibilità. Pure in questo campo si dovrebbe cominciare a parlare di accreditamento, e cercare di capire quali sono i livelli ai quali ci si deve muovere per poter essere accreditati a fare determinati lavori. Un altro punto di forza è quello della comunicazione, per favorire le relazioni, poi uno strumento che viene utilizzato molto è quello ovviamente dei gruppi di lavoro.

La strategia degli interventi. In questa diapositiva sono comprese le cose che riguardano la prevenzione primaria, la promozione di iniziative volte alla qualità della vita dei giovani, la produzione di azioni per prevenire i comportamenti a rischio e anche la riduzione del danno. Stiamo cercando di ricondurre, anche se fino a questo momento in realtà il discorso della riduzione del danno è stata fatta come attività separata, però in realtà credo che debba rientrare all'interno di questo contesto, perché ha senso e perché completa l'attività che viene svolta dai servizi, avendo un'attenzione alla persona che credo sia fondamentale per il lavoro che facciamo. Come vedete sto cercando di presentare un metodo, non presento dei risultati, se non un'immagine che ci sarà tra poco, ma tanto per dare l'idea del tipo di progressione mentale che abbiamo fatto. Sulla tipologia delle azioni ci siamo occupati di formazione, di progettazione, facciamo consulenze, lavoriamo all'interno di incontri pubblici, facciamo interventi che sono propri del gruppo di operatori, ma anche di altri contesti, svolgiamo attività di ricerca. Per esempio alcune ricerche sono finalizzate all'obiettivo che dobbiamo raggiungere: sono situazioni che vengono esaminate a livello locale per cercare di stabilire la congruità fra le ipotesi che abbiamo e l'intervento che vogliamo realizzare. Una parte importante è quella dei protocolli di valutazione. Se ne parla oggi pomeriggio allo stand del mare, mi pare, e

verrà presentata appunto l'esperienza di questa attività di valutazione che abbiamo fatto e che è maturata attraverso un gruppo di esperti italiani, che hanno utilizzato le linee guida dell'osservatorio europeo. Viene prodotto del materiale, quello che producono i centri di documentazione, che è uno sviluppo soprattutto locale, se caratterizzato come produzione di materiali a basso costo e quindi che hanno un carattere di tipo strettamente educativo e da utilizzare all'interno di contesti forti. Qui non abbiamo tentato di fare il cinema, abbiamo tentato di trasmettere dei messaggi. Quello forse è un modo che può essere utilizzato contenendo anche i costi. E poi abbiamo costruito una rete istituzionale molto forte che ha prodotto questo tipo di risultati. Abbiamo cominciato nel '94, però abbiamo i dati di funzionamento al '95, e in queste immagini potete vedere che siamo passati da una situazione iniziale dove ci occupavamo essenzialmente di studenti e di docenti a una situazione molto più complessa, che è quella del '99, in cui siamo passati poi, fra l'altro, da circa un migliaio di contatti a oltre quattromila, occupandoci di genitori, di educatori, di operatori pubblici, di lavoratori delle fabbriche e di altro. È, diciamo così, la crescita di un progetto, che ha alla sua base l'idea che per fare interventi di prevenzione serva un livello di professionalità adeguato e anche la capacità di sperimentare e di mettere in rete le conoscenze e le risorse. Venendo alla parte più specifica sulla qualità, ho tentato di dividerla in alcuni paragrafi. La prima è la qualità tecnico professionale, la seconda è la qualità nel progetto, poi c'è la qualità nella conduzione del progetto e la qualità nel risultato. La qualità tecnico professionale l'ho suddivisa in competenza e strumenti. Sono, secondo me, le competenze e gli strumenti che devono essere a disposizione di chi si occupa di prevenzione. Non sto dicendo niente di particolare, è lo stesso problema che ha un insegnante dentro una scuola, ha bisogno di competenze precise e specifiche; può amare molto i bambini, ma può essere poco adatto a fare l'insegnante. Allora quello che si richiede, a mio modo di vedere, come qualità tecnico professionali a chi opera in questo settore, sono le competenze che riguardano la capacità di una lettura sistemica dei problemi: deve essere un esperto della comunicazione, deve essere capace di utilizzare dei metodi interattivi e deve avere capacità di ideazione e progettualità, riguardo all'analisi del contesto, alla diffusione delle informazioni, alla gestione dei conflitti, alla mediazione sociale, alla conduzione dei gruppi e deve avere anche la capacità di consulenza. Il risultato dovrebbe essere questo: dovrebbe essere un operatore capace di facilitare le relazioni e di connettere le risorse. Questa è la sintesi, secondo me, delle qualità tecnico professionali che servono per fare un discreto operatore della prevenzione. La qualità nel progetto dovrebbe verificare invece la coerenza interna del progetto stesso. Esistono dei progetti che, a mio parere, hanno un livello basso di coerenza interna; credo che partire dal progetto per definirne, valutarne già alla base la coerenza interna sia un compito fondamentale. Per costruire un progetto, a mio modo di vedere, serve una conoscenza del fenomeno abbastanza precisa, una precisa conoscenza del contesto, una definizione della domanda, l'individuazione di un target, l'analisi del bisogno, che vuol dire quanto siamo capaci di reinterpretare anche domande che ci vengono poste e quanto siamo capaci di calarci nella realtà per riuscire non a imporre la nostra opinione, ma a trovare la mediazione giusta per avere un livello di partecipazione adatto e quindi anche la capacità poi di incidere sul sociale. E poi serve anche dichiarare i riferimenti teorici applicativi. A che ci rifacciamo quando andiamo a dire delle cose? Quali sono i nostri riferimenti, che cosa abbiamo in mente, che cosa vogliamo raggiungere? Qual è la teoria, ma qual è anche il modo in cui cerchiamo di applicarla? A questo punto si arriva ad avere delle proposte condivise di intervento. E poi servono una definizione degli obiettivi molto precisa, un programma di applicazione e infine anche un protocollo di valutazione, a cui accennavo prima e che credo sia fondamentale oggi come oggi per cercare anche di uscire da un'ambiguità, per cui i progetti di prevenzione non si riesce a valutarli. Non credo che sia vero, credo che sia un problema di gradi successivi cui si può arrivare. È possibile che non riusciremo mai ad arrivare a un punto in cui sappiamo attribuire a una determi-

nata azione un certo tipo di conseguenza. Se lavoriamo sul cambiamento delle persone, se lavoriamo sul benessere, è particolarmente difficile e complesso. Però può essere una marcia di avvicinamento che facciamo progressivamente e che ci consente poi di arrivare a un obiettivo che è sempre più vicino alla valutazione del cambiamento dei comportamenti, che è quello che vogliamo ottenere. Nel senso che quando parliamo di miglioramento, quando parliamo di benessere, di azioni positive, in realtà vogliamo, o vorremmo, arrivare al punto in cui ci sia un cambiamento. Ma valutare un cambiamento e valutare soprattutto se sono le nostre azioni che hanno prodotto quel cambiamento, è una cosa particolarmente difficile e complessa. Però già il fatto di prevederlo, secondo me, è un bel passo avanti. E questo può aiutare molto. Questa è la qualità nella conduzione del progetto, produce la valutazione di processo, cioè cerca di verificare la presenza di procedure definite, la verifica di coerenza con il piano attuativo, cioè se effettivamente il progetto, per cui magari abbiamo anche preso dei soldi del governo, è effettivamente coerente con il piano attuativo. Occorre un controllo dell'uso delle risorse severo, che vuole dire banalmente anche cercare di verificare la congruità rispetto alle spese, rispetto ai risultati che si vogliono ottenere, e quindi un controllo delle risorse serio che consente comunque di avere progetti che hanno un rapporto fra costi e benefici che sia ragionevole. Spesso succede che esistono dei progetti sperimentali che non potranno mai essere riprodotti, che hanno dei costi molto elevati e che forse, facendo un lavoro di progettazione serio, potrebbero essere evitati in partenza. E poi una cosa rispetto alle fasi intermedie. Qui avrei dovuto usare un altro termine, ma non mi veniva. Vuol dire una valutazione step by step del lavoro che si sta facendo, che è quello credo che bisognerebbe fare per potere tenere sotto controllo la situazione. L'ultima cosa è sulla la qualità nel risultato. Credo che la qualità nel risultato riguardi la valutazione del risultato ottenuto. Questo vuol dire andare ad indagare quel campo un po' minato che prevede di andarsi a occupare di verificare se effettivamente il nostro progetto, una volta che è stato applicato, ha prodotto dei cambiamenti, e se ha prodotto dei cambiamenti in un modo o nell'altro, e se è vero che li ha determinati proprio il lavoro che abbiamo fatto noi. Misurarsi con quello è abbastanza faticoso, però si può fare. Si può fare, esistono già delle linee guida che sono le linee guida dell'osservatorio europeo, esiste una riedizione di queste linee guida che è stata curata da un gruppo di esperti italiani ed esistono dei protocolli di applicazione che stiamo facendo per la regione Emilia Romagna, con i quali cerchiamo di tenere sotto controllo una serie di progetti per verificare se effettivamente queste linee guida possono essere applicate o meno. Però, secondo me, è già importante avere dei protocolli interni e prevedere dentro il risultato la raccolta di dati quantitativi e qualitativi. Sembra una sciocchezza però spesso, specialmente per i progetti di prevenzione, la raccolta di informazioni è sempre abbastanza scarsa. Si possono avere dei protocolli di valutazione a diversi gradi di complessità, oppure, quello di cui vi parlavo prima, le linee guida sperimentate, oppure addirittura, qualora si tratti di progetti particolarmente importanti, la presenza di valutatori esterni potrebbe essere utile, non dico indispensabile. L'ultimo punto del lavoro sulla qualità dell'intervento preventivo riguarda la diffusione del risultato. E anche su questo bisogna attrezzarsi e pensare che un buon progetto va opportunamente non reclamizzato, ma diffuso e fatto conoscere.

Nel nostro lavoro di prevenzione, se ampliamo il discorso anche alla riduzione del danno, e ieri è venuto fuori anche nel discorso che hanno fatto i ministri, c'è un problema legato a vincoli di legge, ci sono dei problemi legati a queste forme di repressione strana che passano attraverso la Prefettura, il carcere, la detenzione. Allora credo che dal mio punto di vista, credo che sia il momento di andare a valutare che cosa hanno prodotto questo tipo di situazioni e se effettivamente non sia il momento di modificare quelle che consentono una maggiore libertà da parte delle persone e forse anche una migliore possibilità di azione da parte nostra. Un discorso chiaro sulla depenalizzazione potrebbe essere interessante, così come un discorso chiaro per andare a vedere se effettivamente i ragazzi che sono stati mandati alle Prefetture hanno subito una serie di

percorsi che non li hanno portati da nessuno parte, oppure se effettivamente hanno prodotto qualche cosa di positivo. Sul discorso dei giovani protagonisti, qua siamo in una situazione tendenzialmente paradossale. Permettetemi di fare una considerazione molto personale. Ieri pomeriggio mi sono trovato a uscire dalla sala, perché volevo andare vedere cosa stavano facendo fuori, sono stato impedito di rientrare da un cordone di Polizia e Carabinieri, in elegante assetto antisommossa, che erano lì a difendere la conferenza. Questo mi ha fatto sentire male, nel senso che se noi abbiamo bisogno di Carabinieri e della Polizia davanti alla porta, mentre altri che ci contestano saltano e ballano, forse non è un gran segnale. Il coinvolgimento delle persone credo che debba passare anche attraverso la fatica che si può fare a coinvolgere delle persone che non sono per bene e si addormentano, come i ragazzi che c'erano stamattina delle scuole, ma forse sono un po' più brutti, un po' più sporchi, un po' più maleducati. E credo che questo sia importante farlo, perché sono le persone con cui lavoriamo tutti giorni e credo che nessuno dei congressisti che sono qui abbia mai avuto paura di loro.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringrazio il dottor TINARELLI, anche per l'elemento che ha posto, cioè quello della valutazione della qualità. Evidentemente siamo in tema, è necessario approfondirlo e la valutazione diventa un elemento importante. Anzi fondamentale per certi versi. La dottoressa Daniela ORLANDINI è della Asl 12 veneziana, il suo tema è "Lo sviluppo della rete territoriale nella prevenzione delle dipendenze".»

Dott.ssa Daniela ORLANDINI:- «Il mio tema si centrerà su quelle che possono essere le azioni a sostegno per sviluppare la prevenzione dalle dipendenze, in particolare lo sviluppo della rete territoriale. Cercherò di saltare alcuni concetti, di fondo, in caso li richiamerò solo, per andare poi a un'esperienza concreta attuata dalla mia regione, il Veneto, la quale grazie a una serie di azioni, sia di tipo istituzionale, sia con la promozione di un progetto che riguarda tutto il territorio regionale, proprio di promozione e di sviluppo della rete territoriale, in campo della prevenzione delle dipendenze, ha permesso di sviluppare un modello che qui vi illustrerò nella sua concretezza. Sono partite le slide. salterò il concetto di rete: le reti sono di varia natura. Nella mia relazione, mi concentrerò più che altro sulla rete di tipo organizzativo. Le reti di tipo organizzativo sono formate da quelle organizzazioni che sono unite da collegamenti che permettono uno scambio di conoscenze, competenze, risorse, per realizzare un progetto comune che abbia ovviamente una visione comune e un reciproco vantaggio. Purtroppo sono andata un attimo avanti perché non ho capito bene come funziona. Richiamo ancora non solo i tradizionali concetti di lavoro di rete e di strategie delle connessioni, che tutti conosciamo, ma richiamo solo alcuni elementi che sono fondamentali per la costruzione di una rete; questo poi mi farà da sostegno nel vedere un po' come poi concretamente abbiamo realizzato queste cose. Per costruire una rete è necessario ricercare degli interlocutori, favorire un contatto tra di loro, facilitandone l'incontro, ed è necessaria un'attività di negoziazione. Cioè è necessario avere un consenso, o quanto meno una base di consenso, da parte di questi interlocutori per decidere come procedere nel lavoro. In questo caso nel lavoro della messa in rete. La mia regione è composta da circa quattro milioni e mezzo di abitanti, ci sono 581 comuni, ventuno aziende USL, eccetera. In questo momento noi disponiamo, e poi vi spiegherò come siamo arrivati a questo, di 319 nodi della rete territoriale di agenzie che si occupano di prevenzione primaria delle dipendenze. Questi 319 nodi sono distribuiti in tre livelli. Un primo livello è rappresentato da trentacinque referenti istituzionali che sono stati formalmente nominati dalle aziende Usl, sono operatori di SERT i quali formalmente si rapportano con la nostra regione all'interno di un gruppo denominato dei referenti itinerari, che fa capo al progetto "Itinerari", io sono la responsabile di questo progetto. Questo progetto ha come riferimento operativo regionale l'indirizzo che vedete lì a fianco, cioè il mio servizio. Un secondo livello di questa rete è rappresentato in questo momento, cioè a novembre 2000, da 116 agenzie terri-

toriali del pubblico, del privato sociale, dell'associazionismo, da enti locali, titolari di progetti di prevenzione primaria delle dipendenze. Un terzo livello di rete è composto da 160 agenzie che supportano e collaborano, a vario titolo, con progetti di prevenzione delle dipendenze. Come siamo arrivati a costruire questa rete. Prima di tutto la nostra Regione ha attuato, negli ultimi due anni, una serie di iniziative, di azioni che hanno dato corpo e sostegno alla prevenzione. La prima azione è stata quella di costituire un gruppo tecnico regionale consultivo sulla prevenzione primaria. Questo gruppo è stato istituito con un procedura istituzionale, con una delibera, e attualmente lavora riunendosi circa una o due volte al mese, con dei compiti, assegnati dalla Regione stessa, come vedremo poi, ad esempio stabilire i criteri per i progetti di prevenzione all'interno del fondo lotta alla droga. Contestualmente è stata creata una commissione scuola - Regione. A questa commissione partecipano i rappresentanti dei sette provveditorati agli studi, e in particolare i responsabili del settore dell'educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze, la sovraintendenza scolastica, i dirigenti del servizio dipendenze della Regione Veneto, così come i dirigenti dell'ufficio OMS e dell'educazione alla salute della nostra Regione, due consulenti, due componenti del gruppo tecnico sulla prevenzione che vi citavo prima, il rappresentante dell'ANCI. Un'azione concreta sviluppata da questa commissione è stata un protocollo di intesa per la pianificazione regionale degli interventi da attuare nell'ambito delle scuole venete, sia nel campo della promozione, sia nel campo dell'educazione alla salute, sia nel campo specifico della prevenzione delle dipendenze. E' un documento molto interessante che qui non vi sto ad illustrare per brevità. Un'altra azione, sempre a livello regionale, è stata quella legata al fondo lotta alla droga. Quando il fondo è stato regionalizzato - queste sono le quote che sono state assegnate alla mia regione - è stata fatta un'azione che qui adesso non vi spiego nel dettaglio, ma noi abbiamo attuato per la quota dell'80% del fondo; le risorse sono state ripartite secondo alcuni criteri di perequazione fra le nostre 21 Usl. Ogni Usl aveva l'incarico di creare un piano triennale di intervento di impiego di questi fondi in collaborazione, in strettissima sinergia con il privato sociale accreditato e con gli altri soggetti pubblici e privati che si occupano delle tossicodipendenze. È stata vincolata una quota di almeno 25% del fondo sui progetti di prevenzione primaria. Vediamo un attimo come si è proceduto. All'interno delle undici aree prioritarie stabilite dalla Regione per il fondo, tre riguardano la prevenzione primaria, una riguarda la prevenzione di comportamenti a rischio, ovviamente l'uso di sostanze durante il tempo libero, una riguarda la scuola e una riguarda il mondo del lavoro. Ognuna di queste aree ha dei criteri stabiliti dal nostro gruppo tecnico regionale. Questa è una cosa molto importante perché abbiamo dato degli indirizzi abbastanza specifici. Ad esempio, per quanto riguarda il lavoro durante il tempo libero, gli operatori devono stare a diretto contatto con i gruppi di ragazzi. E in particolare con i gruppi a più alto rischio. Faccio solo un esempio molto veloce. Mentre il mondo del lavoro è un mondo che abbiamo voluto sviluppare anche accettando progetti del tutto sperimentali, essendo un mondo molto nuovo per la prevenzione, ricordando anche che nel Veneto c'è una bassa scolarizzazione dei ragazzi, cioè vanno presto a lavorare anche perché c'è molta disponibilità di lavoro e quindi abbiamo tutta una serie di ragazzi che sfuggono dalla possibilità di essere contattati in un ambiente scolastico. Il 49% del nostro fondo lotta alla droga è andato a progetti di prevenzione. I progetti di prevenzione del fondo sono stati 118, centodieci progetti territoriali, cioè assegnati alle singole aree territoriali, sette sovra Usl e uno speciale, che è il progetto "Itinerari".

Andiamo adesso a vedere all'interno del progetto "Itinerari" quali sono state le azioni che hanno teso a promuovere e a sostenere lo sviluppo della rete territoriale. Se vi interessa, su questo progetto nello stand della nostra regione ci sono poi due miei operatori, c'è del materiale. Volevo solo focalizzare, all'interno di questo progetto, quali sono proprio le azioni molto concrete che abbiano messo in atto, al di là del fatto che esiste un punto territoriale all'interno del mio servizio, a cui fanno capo tutti questi nodi della

rete. La prima cosa che abbiamo fatto è stata quella di istituire un gruppo di referenti istituzionali che ha sostenuto la progettazione prima ancora che il progetto partisse. Questo gruppo era composto da un rappresentante per tutti i provveditorati agli studi del Veneto, un rappresentante del Covest che è il nostro consorzio delle comunità terapeutiche private, dai rappresentanti delle associazioni di volontariato e dai servizi regionali, sia per giovani, sia per le tossicodipendenze. Quindi il progetto è stato stilato da questo gruppo e poi è stato deliberato dalla giunta regionale, che successivamente ha sempre supportato anche il rinnovo. Il progetto attualmente ha due anni e si svilupperà per altri due anni, quindi è un progetto ad ampio respiro e probabilmente continuerà anche dopo. Poi, oltre al gruppo tecnico regionale, abbiamo costituito il gruppo dei referenti territoriali, con quei trentacinque operatori che le Usl hanno nominato formalmente alla Regione, i quali, nell'arco di questi due anni, hanno fatto nove incontri a carattere globale di organizzazione, progettazione, supporto del progetto. Quindi noi passiamo sempre attraverso tutte delle fasi, che sono di consenso e condivisione a livelli diversi. Abbiamo incominciato nel '99, abbiamo poi proseguito anche nel 2000, promuovendo a livello locale, cioè nel senso che gli operatori del progetto andavano lì localmente, degli incontri di conoscenza e di scambio. Una prima serie di incontri è stata a livello degli operatori dei SERT. Nel frattempo, nella mia regione, era stata deliberate l'istituzione dei dipartimenti per le dipendenze all'interno dei quali, si stanno ancora costruendo queste cose, è stata individuata come unità funzionale prioritaria, cioè quella da istituire per prima, quella sulla prevenzione, e quindi siamo partiti contestualmente con questa innovazione organizzativa e questo ha permesso - all'interno dei SERT, non per essere SERT eccentrici, perché è all'interno dei SERT che si costituiscono i dipartimenti e questi hanno il compito e l'onere di essere promotori di una propria rete territoriale - di sviluppare degli incontri con gli operatori dei SERT. A casa loro, non a casa nostra, ognuno nel proprio territorio. Successivamente abbiamo promosso e sostenuto degli incontri, sempre a livello locale, tra gli operatori dei SERT e gli operatori delle agenzie territoriali, che insistono su quel territorio sempre rispetto alla prevenzione delle dipendenze. In questi incontri abbiamo coinvolto 169 agenzie. Un'altra azione che abbiamo promosso, e che negli ultimi due giorni abbiamo completato - c'è in visione il prototipo - è stata quella di fare un archivio dei progetti di prevenzione dalle dipendenze del Veneto. Questo archivio conta, in questo momento, 460 progetti, la raccolta prevede comunque un aggiornamento annuale; c'è un archiviazione cartacea consultabile presso il nostro servizio e un'archiviazione informatica fatta a schede che potete appunto vedere nel nostro stand, e anche in un sito Internet della Regione che è cedos.org e prossimamente anche sul sito evelink che sarà il sito ufficiale del Veneto, dove ci sarà tutto quello che riguarda le tossicodipendenze.

Un'altra azione che abbiamo promosso a sostegno molto concreto della rete, è stata quella di promuovere una sorta di campagna in Veneta con degli eventi itineranti: abbiamo un grande camper che si chiama itinerari, e abbiamo promosso, assieme alle agenzie territoriali, e dove le agenzie territoriali lo ritenevano opportuno, delle uscite con il camper. Nel '99 abbiamo fatto questi eventi, ci sono state 42 uscite; sono state coinvolte 61 scuole con 4500 studenti, è stato promosso un concorso di idee, "Scegli il tuo itinerario", dove abbiamo raccolto 441 slogan. Nel febbraio del 2000 abbiamo, a conclusione di questa fase di campagne itineranti, promosso un grande evento. Alla mattina sono stati coinvolti gli operatori del settore, che hanno fatto anche degli stand dei loro prodotti; al pomeriggio invece abbiamo coinvolto giovani, soprattutto delle scuole, e lì abbiamo premiato i dieci vincitori del concorso "Scegli il tuo itinerario". Questo è stato un momento molto importante perché, con una delibera della giunta regionale, abbiamo istituito la giornata regionale di prevenzione delle dipendenze, che faremo ogni anno in occasione di qualche nostro evento. Vedete che sono anche delle azioni istituzionali molto forti che danno importanza alla prevenzione e che noi riteniamo molto importanti. Per ultimo, ma non ultimo, con il progetto "Itinerari" abbiamo cercato di promuovere una sorta di

sostegno tecnico scientifico presso gli operatori del settore. Le due azioni che abbiamo messo in atto e che stanno continuando sono, da un lato, dei Tavoli di lavoro. Che cosa abbiamo fatto? Abbiamo promosso, sempre a livello locale decentrato, mai centralizzato, la possibilità di organizzare dei confronti tecnici - operativi tra le agenzie territoriali sul tema "La prevenzione delle dipendenze oggi", con una metodologia di lavoro molto stringata: le persone si dovevano preparare prima a delle domande che venivano poste. Abbiamo fatto questa esperienza nel gennaio del 2000 con quattro Tavoli di lavoro, dove abbiamo coinvolto 57 operatori di differenti agenzie territoriali; è stata una cosa estremamente positiva, queste cose sono in corso di pubblicazione, e adesso a dicembre del 2000 facciamo altri cinque Tavoli di lavoro. Per concludere, abbiamo promosso a livello regionale una ricerca sulle rappresentazioni sociali delle droghe, in particolare ecstasy, cocaina e cannabinoidi, negli adulti e nei giovani. Abbiamo scelto cinque target: gli studenti delle scuole superiori, i giovani lavoratori, i genitori adolescenti, i docenti delle scuole medie superiori, gli operatori dei SERT e delle comunità terapeutiche. Non vi sto a dire del piano di ricerca, che è una cosa molto complessa. Perché abbiamo voluto fare questo? Vogliamo avere degli elementi qualitativi per poter programmare degli interventi di prevenzione. Sono stati somministrati 4500 questionari, sempre con modello partecipativo. Cioè le agenzie della nostra rete hanno collaborato alla somministrazione dei questionari. Ci sono state 32 agenzie collaboratrici. In questo momento abbiamo elaborato statisticamente i dati. I dati verranno interpretati. Lo stiamo facendo, siamo già partiti. Vengono interpretati da gruppi di lavoro di operatori. Questo perché riteniamo che questo livello di ricerca deve avere una forte ricaduta operativa, non deve rimanere confinato all'interno del mondo accademico o commissionato all'università, ma deve servire agli operatori per strutturare meglio i propri interventi.
Ho cercato di dare solo degli spunti per capire che è possibile effettuare un lavoro di rete. Al di là dei concetti, delle teorizzazioni, queste cose si possono fare, ci vuole un forte impegno non solo dei singoli operatori, ma va data una struttura dal punto di vista istituzionale, nel nostro caso regionale, ma va anche formalizzato e riconosciuto il lavoro. Sicuramente un progetto come il nostro è stato un grosso sostegno operativo verso queste politiche di implementazione e di riconoscimento del lavoro di prevenzione attuato all'interno della nostra regione Veneto.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Conclude la mattinata il professor Mario POLLO, docente dell'università LUMS.»

Prof. Mario POLLO:- «Volevo fare alcune riflessioni, sollecitato anche da molti interventi che in questi giorni si stanno facendo. Il primo è una mia perplessità. Sull'equazione tossicodipendenza uguale malattia, personalmente, e non solo io, ritengo che la tossicodipendenza sia un progetto esistenziale direi andato storto e non una malattia. È un progetto che nasce dall'incontro di un progetto personale con una cultura che genera questo elemento. E non può quindi essere posta in termini di malattia, perché si rischia di non coglierne la complessità e la realtà umana com'è. L'epistemologia moderna insegna che nei sistemi aperti complessi, quali l'uomo, il determinismo non funziona. Né il determinismo genetico, né quello ambientale. Che l'uomo non è il frutto né del suo patrimonio genetico né delle condizioni ambientali in cui vive, perché ogni uomo ha uno spazio ancora di libertà, che nessuna condizione ambientale può togliergli. Altrimenti si direbbe: sei nato in quella famiglia, hai vissuto quelle esperienze, devi diventare un disgraziato. Ma per fortuna la maggior parte dei ragazzi che hanno anche condizioni familiari di svantaggio, non diventano disgraziati e sono la maggioranza e non la minoranza. Quindi il determinismo. Questo che cosa significa allora? Significa che la prevenzione non va intesa semplicemente come quel meccanico ricercare le cause e quindi l'intervento sulle cause, ma va spostata sul creare condizioni di vita personali e sociali, in cui le persone possano costruire dei progetti di vita che li aiutino a realizzare le poten-

zialità di cui sono portatrici e che quindi, di fatto, le tengano lontane dai percorsi di disagio. I cinque punti che abbiamo elaborato nella consulta intorno alla prevenzione, di fatto testimoniano questa filosofia. Credo che questo debba essere tenuto presente; il tema della prevenzione viene a coincidere per molti versi con i temi dell'educazione e con i temi dell'organizzazione quotidiana della vita sociale, della qualità della vita.
Tra i tanti elementi che noi, nella nostra cultura, dobbiamo ricostruire oggi c'è quello di ridare futuro alle nuove generazioni. Perché noi le abbiamo private dei sogni di futuro, le abbiamo imprigionate in un presente, non abbiamo fatte sentire loro la proiezione verso il futuro, un progetto verso il futuro. Ho pubblicato recentemente una ricerca sul vissuto del tempo da parte dei giovani, e ho trovato rispetto al futuro questa antinomia: da un lato ho trovato questi giovani che avevano dei bellissimi sogni di società, non ideologici, ma bei sogni ideali, ma anche abbastanza fattibili, abbastanza concreti, ma belli; gli stessi giovani che avevano questi sogni di società pensavano però che nessuno di questi sogni aveva la minima chanche di realizzarsi, perché il futuro non era nelle loro mani; percepiscono il fatto che loro, nel loro presente, non possono determinare in alcun modo il futuro. Perché il futuro è nelle mani di altri. Allora se noi non risolviamo questa antinomia, il giovane non può accedere a un progetto perché la progettualità significa avere futuro, oltre a avere memoria, oltre a avere passato. Credo che questo elemento sia importante e dobbiamo in qualche modo rimetterlo al centro delle nostre riflessioni.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «La parola a Don Ulisse FRASCALI, presidente della fondazione Nuovo Villaggio del Fanciullo.»

Don Ulisse FRASCALI:- «Prendo lo spunto della mia relazione che presentai alla conferenza nazionale del 1993. Per evidenziare alcune necessità allora segnalate e che oggi ritengo siano divenute notevolmente più essenziali per poter dare una risposta concreta alla soluzione del problema del disagio giovanile. La mia relazione, pubblica e privata, nella razionalizzazione dei servizi, si richiamava al bisogno impellente di una maggiore collaborazione tra il pubblico e il privato e al superamento, sia pur larvale, di antitesi conflittuali per l'affermazione della propria realtà operativa, in funzione di un discorso di confronto collaborativo fra le realtà operanti. Ritengo che questo problema, che tre anni fa cominciava a evidenziarsi come momento importante per dare delle risposte concrete alle risoluzione del problema del disagio giovanile, oggi sia divenuto un problema molto serio e grave per non dire drammatico. Oggi credo che non sia più possibile procrastinare l'impegno di introdurre un discorso su punti essenziali, che in una visione giuridica della realtà si impongono come premesse insuperabili a coloro che vogliono, collaborando insieme, dare uno sguardo verso il futuro di un'organizzazione della società che oggi risponda a certe reciproche contrastanti esigenze. Si dovrebbe essere capaci di prospettare in modo chiaro e semplice problemi complessi e ambigui. Si dovrebbero intuire almeno le linee essenziali della futura organizzazione statale, che non esistono neppure nelle menti di studiosi bene provveduti, perché mancano, nel campo dell'incontro fra pubblico e privato, tra l'organizzazione dello Stato e la reale potenzialità del volontariato sociale, contributi in materia da parte di giuristi o politici. Ritengo che oggi, più di ieri, sia emerso il problema che l'intervento sul disagio sociale non può essere, almeno in via esclusiva, di natura assistenziale, ma principalmente di natura socio - politica. Credo risulti chiaro da quanto premesso che oggi il discorso fondamentale debba orientarsi verso una definizione di una proposta di metodologia preventiva, che incida sul recupero di chi già si trova a disagio e sull'impedire che l'individuo venga a trovarsi in situazioni di disagio. La realtà sociale di oggi presenta situazioni disomogenee e contraddittorie, l'alternanza e i conflitti ai massimi livelli del potere, hanno notevolmente contribuito al sorgere di confusioni e ambiguità nelle menti delle persone semplici che ne hanno subito le tragiche conseguenze di sofferenze terribili e troppo spesso anche di sangue. Oggi si evidenzia che la partecipazione sociale è una necessità vitale per la gente,

che dobbiamo svilupparla completamente e combattere per essa. In tale contesto sociale, economico e politico, abbiamo dovuto continuare lo studio e l'analisi come un ulteriore terreno di lotta. Abbiamo provato sulla nostra pelle come si tende a reprimere la coscienza e come l'uso delle inadeguate metodologie abbia solo lo scopo di cancellare un'ideologia in funzione di una realizzazione di una vera pace sociale. La neutralità delle scienze sociali è esplosa in mille pezzi. Abbiamo visto psichiatri, sociologi, antropologi, psicologi e psicoanalisti costretti a prendere posizioni. O si stava dalla parte dello sfruttato o da quella dello sfruttatore. Avevano voluto farci intendere e farci credere che il bisogno di partecipazione era parte della nostra patologia, per cui nel campo della psicologia sociale e in quello dell'attività di gruppo siamo oggi costretti a elaborare elementi che provengono da diversi ambiti, ma particolarmente da quello politico. Oggi l'imperativo categorico credo che sia quello di chiarire la natura dell'intervento: sanitario e sociale. Da quanto premesso credo che il discorso più importante oggi sia quello di addentrarsi in una ricerca obiettiva, per definire un intervento di prevenzione mirato a fornire all'individuo l'opportunità di trovare una sua sicurezza interiore e quindi di realizzare la propria vita e conseguentemente trovare la gioia di vivere. Purtroppo la prevenzione è un'area un po' trascurata, un po' marginale. A volte fa appendice al lavoro terapeutico e di trattamento più specifico. Ed è un'area su cui non c'è molta letteratura, non c'è molta riflessione teorica. È importante impostare una sorta di mappa del lavoro preventivo, per riuscire a capire che cosa è veramente la prevenzione, in che modo ci tocca e ci riguarda.

Qual è l'oggetto o quali sono gli oggetti della prevenzione? La parola prevenzione sottintende sempre una prevenzione di qualche cosa, nel senso che il prevenire sottintende un qualcosa di negativo, un qualcosa di minaccioso, un qualcosa di contrario al benessere personale, sociale, che si vuole contrastare. Può darsi che gli oggetti siano più di uno. Ma credo che la cosa importante sia quella di identificarli. Allora parlare dell'oggetto vuol dire identificare bene quale sia l'area problematica di cui ci vogliamo occupare e conseguentemente quali siano le attenzioni specifiche che vogliamo avere. Sono due gli ambiti operativi. Il primo è indirizzato a soggetti a rischio o a forte rischio; l'altro operante sul versante della cosiddetta normalità. Nel primo ambito intendiamo riferirci a quanti stanno sopportando uno stato di sofferenza individuale, cioè il disagio, che è una difficoltà presente nei luoghi e negli ambienti della cosiddetta normalità: nella famiglia, nella scuola, nella realtà sociale e della disoccupazione. E può avere diverse forme. Qui si parla di un disagio legato alle difficoltà di orientarsi nella cosiddetta società complessa, cioè quel disorientamento che il giovane vive nei confronti di una società sempre più difficile da capire, dove i percorsi per diventare adulto si complicano producendo disorientamento. Quando parliamo di disagio parliamo di un disadattamento e di una relazione disturbata tra soggetto e ambiente. Non esiste il disadattato, ma esiste una relazione disadattata. Per cui abbiamo disadattamento scolastico, disadattamento sociale, disadattamento familiare, disadattamento lavorativo. Quando si parla di disadattamento non si può fare riferimento soltanto a una persona portatrice di disagio e di difficoltà, ma anche a un ambiente poco accogliente, cioè poco capace di capire e di farsi carico di queste sue difficoltà. Per esempio ci possono essere delle persone perfettamente integrate nel proprio contesto familiare, ma che nel momento in cui debbono affrontare l'inserimento in una realtà sociale, scuola, lavoro, vivono una situazione di disadattamento. Allora è lì che scatta, perché qualcosa non ha funzionato bene, nel rapporto tra persona e ambiente sociale, il fenomeno della devianza. Che cosa è naturalmente la devianza? È il modo di reagire di un individuo attraverso l'assunzione di comportamenti di rottura che vanno ad infrangere norme, leggi, costumi locale, eccetera. E che producono poi di fatto un ulteriore aggravamento della situazione di disadattamento e di emarginazione. Quindi la devianza è una risposta con un comportamento reattivo a un assetto sociale non sopportato. È una risposta maldestra, impropria che il soggetto cerca di dare alla propria condizione di isolamento e che non produce un miglioramento del suo adat-

tamento, ma peggiora la sua condizione. La tossicodipendenza è una di queste risposte, che alle volte nasconde una forma di autoaggressione, di autolesionismo per non dire addirittura quasi di suicidio. Sono forme di aggressione al proprio corpo con le quali il soggetto cerca di uscire da una condizione di svantaggio in qualche modo passando all'atto, cioè non più tentando di adattarsi a una situazione, ma assumendo delle forme estreme che possono avere anche il significato di un tentativo di autoterapia. Il più delle volte hanno il significato di mandare un segnale di aiuto a qualcuno che non vuol sentire. Se il disagio quindi è una condizione così profondamente intrecciata con la normalità, se ha radici che pescano dentro il percorso di trasformazione dell'adolescente dentro la complessità del sistema sociale nel quale viviamo, è improprio parlare di prevenzione del disagio giovanile. Nel senso che certe condizioni critiche relative alla crescita del soggetto o relative alla complessità del sistema sociale possono essere in alcuni casi condizioni abbastanza feconde, nel senso che, attraverso la crisi di crescita, l'adolescente diventa adulto ed è attraverso queste crisi che il soggetto riesce a costruire la propria personalità. Quindi parlare di prevenzione del disagio significa impedire che qualche cosa avvenga e contrastare fattori di rischio, offrire sostegni e opportuni strumenti, moltiplicare le opportunità per consentire al soggetto più o meno attrezzato di attraversare questa fase critica e approdare positivamente all'età adulta. Vorrei abbinare due termini parlando di intervento sul disagio giovanile: prevenzione e promozione. Perché la parola promozione è un termine più al positivo, mentre il termine prevenzione è un'azione più negativa, di contrasto di qualcosa. Il termine promozione vuol dire letteralmente spingere avanti, muovere verso, quindi indica un'azione positiva di sviluppo delle potenzialità, delle risorse, delle capacità creative individuali ed è per questo che le due parole, prevenzione e promozione amo coniugarle insieme, perché richiedono più e meglio l'orientamento di un'offerta di risorse al giovane che non un orientamento di lotta contro fattori di disagio. Risulta chiaro ed evidente da quanto esposto prima, che vengono specificati in maniera indiscutibile i due tipi di metodologie di intervento, il sociale e il terapeutico, con una ridefinizione più mirata sul campo e sulla natura dell'intervento. Risulta anche chiara e specifica la realtà e il senso di tutta la metodologia di intervento chiamata riduzione del danno, che si rivolge a una analisi e a una programmazione specifica di interventi su un soggetto che già ha una patologia specifica: AIDS, psicosi o quant'altro di sanitario, direttamente derivante dall'assunzione di droghe o alcool. Però nella distinzione appare chiaro che c'è tutto un campo molto più vasto di quello già accennato, che riguarda la grandissima maggioranza di giovani e a difesa della della loro vita attiva e della loro creatività. Risposte a queste problematiche possono essere attuate solo con un insieme di promozioni di politiche sociali da attuare sia nell'ambito scolastico, sia nell'ambito occupazionale. Trattasi cioè di promuovere una vera nuova cultura, che venga ad incidere su un ordinamento sociale e su forme istituzionali più mirate alle esigenze di una società in continua evoluzione. Vorrei quindi riprendere il mio discorso iniziale col quale richiamavo il bisogno di una grossa integrazione fra pubblico e privato, o meglio fra la base e il vertice, affinché si stabilisca un rapporto di dialogo costruttivo basato su un'accettazione reciproca, che viene ad attribuire al potere una funzione dei servizi alla base e alla base una volontà partecipativa, intesa alla costruzione di una realtà sociale più rispondente alle esigenze dell'uomo. Non si potevano trascurare i danni già determinati dal disagio attraverso l'assunzione di sostanze stupefacenti, di alcool, psicofarmaci o quant'altro. Crediamo sia importante pure sottolineare che è sempre più frequente la sovrapposizione della tossicodipendenza a disturbi psichici, per cui ne deriva l'imperativo categorico di chiarire e di distinguere la natura dell'intervento tra sanitario e sociale. Da quanto abbiamo esposto, il nostro ente ha ritenuto di dividere la sua attività in due settori. Il primo, che è quello che ci ha sempre caratterizzato, ed è il settore pedagogico educativo, quindi comunità di vita o meglio centro sociale; il secondo è quello che riguarda l'intervento su patologie evidenziate, quindi centro terapeutico. Per quanto riguarda il settore del sociale viene proposta la formazione di un'imprendito-

ria autogestita, per l'incentivazione della presa di coscienza della propria responsabilità produttiva e gestionale, onde arrivare al superamento della cultura del dipendente, fautrice di indifferenza e appiattimento psicologico. Oltre alle attività lavorative, esistono ovviamente momenti di incontro in cui viene favorito il dialogo e il confronto costruttivo che consentono di completare un intervento finalizzato ad una maturazione ed a una crescita complessiva dell'individuo. Questi incontri prevedono riunioni generali dei singoli gruppi di lavoro, oltre colloqui individuali non strutturati la cui frequenza verrà stabilità in base alla valutazione delle problematiche del singolo. La distinzione fra i due settori prevede pure durante il percorso il passaggio da un settore all'altro in base alla maturazione e ai risultati ottenuti. Dalle premesse metodologiche esposte, riteniamo che sia essenziale una continua collaborazione con il servizio pubblico. Vorrei chiudere questo mio intervento, come tre anni fa, manifestando la speranza di aver dato l'avvio soprattutto a una fase di apertura ed a un discorso che non potrà non essere che lungo e complesso, un discorso capace di sollecitare l'attenzione e l'interesse di molti, perché si liberino, prima psicologicamente e poi intellettualmente, dei blocchi derivati dai tabù e dai luoghi comuni di cui è intessuta la nostra educazione civica.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringraziamo don Ulisse FRASCALI, che ha dato alcune indicazioni anche operative di quello che può essere il percorso sulla prevenzione. Il dottor Lucio MACIOCIA, ha chiesto di intervenire, è il responsabile AFO, Attivazione risorse disagio devianza dell'Asl di Frosinone.»

Dott. Lucio MACIOCIA:- «L'intervento che ho preparato in qualche modo ha a che fare con la buona pratica. Vorremmo presentare un modello operativo di intervento per quanto riguarda la riduzione della domanda e la prevenzione. Avremmo potuto scegliere di presentare soltanto un'azione specifica di queste serie che abbiamo intrapreso. Ci sembrava però molto più rilevante presentare l'intera gamma delle azioni e la strategia complessiva che abbiamo voluto mettere in atto. Tutto quanto io dirò in questa sede fa parte di un'azione che non è stata inserita nel lavoro fatto dalla commissione nazionale sulla qualità dei SERT. La prevenzione primaria e secondaria non è stata inserita tra gli elementi di valutazione e che entrano a far parte della buona qualità del lavoro dei SERT. Ci sembra una grave mancanza da questo punto di vista. E in quanto tale noi rivendichiamo invece che debba essere inserita. Abbiamo una serie di dati e di mole di lavoro impressionante che nessuno ci chiede. Questo è uno dei problemi grossi riguardo alla prevenzione. Innanzitutto vorrei cominciare a illustrarvi il nostro modello operativo. Noi siamo diventati dipartimento nel 1996. Ci chiamiamo Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza, dipartimento 3 D. Già nel titolo, in qualche modo c'è questa grande apertura a un senso diverso dell'intervento rispetto alle dipendenze. Di fatto questo dipartimento è stato istituito sperimentalmente dalla regione Lazio, con il passare del tempo la modalità organizzativa del dipartimento è stata fatta propria dall'intera azienda Asl di Frosinone e il dipartimento 3 D ha costituito il modello operativo di base su cui è stato costruito il progetto "Obiettivo dipendenze" della regione Lazio. È un progetto che ha una strana vicenda. Approvato dalla giunta di sinistra della regione Lazio, come ultimo atto formale, come una fase di grande spostamento di attenzione rispetto alla riduzione del danno. Di fatto adesso dorme, perché anche la giunta di centrodestra non sa che farsene. Quindi è una vicenda un po' strana da questo punto di vista. Verrebbe voglia di non collocarsi né da una parte né da un'altra, ma di rivendicare le buone pratiche. In modo estremamente sintetico, offriamo una visuale dei principali nodi che comprovano l'innovatività del dipartimento 3 D. Innanzitutto il nodo fondamentale del problema è coinciso nello scegliere di superare un punto di vista strettamente sintomatico e di affrontare il vasto campo della dipendenza alla luce della eziologia della stessa. Sono state respinte visioni unidimensionali della dipendenza, di ordine biologico, psicologico, sociologico, ed è stata assunta una impostazione basata sulla multifattorialità. Allo stes-

so tempo è stato dato rilievo all'indicazione scaturita dal programma delle Nazioni Unite sul controllo internazionale degli stupefacenti e degli psicofarmaci. È del '96. Sottolineava l'importanza di azioni mirate alla riduzione della domanda. Cito dal programma: "creare un impegno a lungo termine per ridurre in modo significativo la domanda illecita di droghe attraverso il cambiamento di atteggiamenti e comportamenti specialmente tra i giovani, riguardo le droghe da abuso, grazie allo sviluppo di programmi adeguati con fondi sufficienti, messa in opera efficace e valutazione accurata". Il terzo aspetto è stato la costruzione di un organismo effettivamente sinergico. Il dipartimento 3 D è formato da tre enti ausiliari riconosciuti dalla regione Lazio, la comunità "Il dialogo", la fondazione "Exodus" e il gruppo "Vita serena", e da tre associazioni di volontariato che agiscono in provincia di Frosinone. Di fatto è insieme a loro che abbiamo costruito questa progettualità comune. Cioè non è semplicemente un'azione, una dichiarazione di intenti. Abbiamo costruito alcuni progetti, chiedendo dei finanziamenti. La Asl si è costituita come ente capofila di un partenariato effettivo e stiamo gestendo i contributi nazionali del fondo nazionale lotta alla droga per l'intera provincia di Frosinone, con un'azione complessiva di programmazione territoriale. Il quarto aspetto è un corollario della scelta della riduzione della domanda, l'attenzione all'adolescenza e al disagio adolescenziale, considerato quale prodromo all'insorgenza di altre patologie di tipo psichico, sociale e di dipendenza da sostanze. La conseguenza di questa scelta è stata quella di aprire territori di sperimentazione rispetto a fenomeni di abuso da sostanze psicotrope tradizionalmente assenti nei SERT. Superamento quindi delle secche derivate dal trattamento quasi esclusivo della cronicità da eroina e metadone. E superamento anche di questa sorta di identificazione sociale, che purtroppo continua a essere presente anche nei discorsi di molti dei nostri politici, tra tossicodipendenza ed eroinomane. L'ultima sostanziale novità corrisponde all'adozione di un modello operativo organizzativo. Di fatto abbiamo scelto di operare con un modello a matrice. Esso corrisponde a un'azione di questo tipo dove ci sono cinque aree funzionali omogenee: prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, attivazione risorse e ricerca e valutazione che percorrono le tre grosse aree disagio, devianza, dipendenze. Nella nostra Asl in qualche maniera abbiamo rivendicato un'attività di capofila rispetto all'intervento sull'adolescenza, in collaborazione col dipartimento materno infantile, ma di fatto è il nostro dipartimento che è capofila rispetto a un'azione che riguarda il disagio giovanile. Vi passo ad illustrare alcuni aspetti che riguardano la nostra strategia di riduzione della domanda. Spero di essere sintetico, per poter poi di passare ad illustrarvi le azioni concrete. Nel programma dipartimentale la prevenzione è strettamente collegata allo sviluppo di attenzione verso il mondo giovanile, nell'ottica di favorire lo sviluppo di capacità individuali e gruppali di autoprotezione dalla dipendenza. È infatti ormai noto che singole azioni o campagne informative circa gli effetti dell'uso di sostanze poco incidono su comportamenti e atteggiamenti giovanili. Inoltre è riscontrabile che si possano ormai individuare alcuni fattori di rischio nello sviluppo, alcuni dei quali maggiormente correlati al rischio di dipendenza. Tra essi ricordiamo il drop out scolastico, la mancanza di livelli adeguati di senso di efficacia e di autostima, l'ambiente familiare altamente disgregato e/o invischiato, la partecipazione a gruppi di pari carenti di valori di riferimento e di regole. Ma nessuno di questi fattori, da solo, può determinare l'instaurarsi di un comportamento patologico, ovvero di un disagio individuale più o meno grave. È essenziale quindi agire non tanto in modo settoriale, su prevenzione dell'uso e abuso droghe, prevenzione del disagio, prevenzione della devianza, eccetera, quanto agire per la costruzione di una politica sociale attenta al mondo giovanile. Che possa quindi attivare processi di protezione nei casi maggiormente vulnerabili. Il collegamento con il mondo della scuola è quindi centrale anche e soprattutto perché, al momento attuale, la scuola è l'unico luogo certo di aggregazione giovanile. Da questo punto di vista abbiamo progettato con la scuola una serie di iniziative molto sviluppate, che riguardano sia gli studenti, sia gli insegnanti. In ogni caso tutte le iniziative che dirò sono possibili solo e soltanto attraverso una stretta

collaborazione tra gli operatori del pubblico e del privato sociale. Di fatto agiamo in stretta collaborazione costruendo metodologie e momenti di verifica comuni e costruendo anche una rete di invii reciproci. La nostra attuale carenza è l'assenza o la difficoltà di rapporti con gli enti locali. Questa è una caratteristica dovuta soprattutto alla provincia di Frosinone, dove sono quasi completamente assenti i servizi sociali. Nella costruzione del dipartimento noi abbiamo messo l'accento su alcune mission dipartimentali, abbiamo costruito una microprogettazione, abbiamo individuato alcuni obiettivi generali e alcuni dettagliati.

Riguardo soprattutto alla prevenzione e alla riduzione della domanda, la prima mission è sviluppare la creazione e il mantenimento delle reti naturali, formali e istituzionali, rendendo il contesto sociale e familiare un contenitore di risorse per la protezione dal rischio. L'azione correlata a questa mission è attivare tutte le potenzialità della scuola per favorire la promozione dell'agio, del senso di appartenenza, l'autopromozione, diminuendo i rischi di disagio. La seconda mission è approfondire la conoscenza dei fenomeni del disagio, per adeguare i piani di intervento alle modificazioni sociali e culturali, per cui ne discende il fatto di aumentare il livello di sensibilizzazione, formazione e informazione su uso, abuso di sostanze. La terza. Individuazione del focus dell'attenzione dell'intervento sull'integrazione del sé, sull'integrazione della famiglia, del contesto sociale in quanto fattori di autoprotezione. L'azione correlata è stimolare e promuovere l'autonomia e la consapevolezza. Li ho citati perché poi ne discendono delle azioni concrete.

Quando parliamo di autopromozione, ne deriva anche una modalità nostra particolare di intendere la metodologia di lavoro, nel senso che cerchiamo effettivamente di attivare i gruppi e di dare responsabilità. E in questo adottando delle metodologie appropriate se possibile. Cercherò di darvene ragione. Uno degli strumenti operativi che abbiamo costruito e che si è rivelato molto efficace, è stata la costituzione di un organismo in comune tra l'azienda Asl di Frosinone e il Provveditorato agli studi di Frosinone. Questo organismo si chiama Orsea, Osservatorio ricerca e studio età evolutiva e adolescenziale. È nato nel '97, ha prodotto cinque bollettini nel quale sono riportate tutte le azioni intraprese dall'azienda, e dal dipartimento 3 D in particolare, riguardo alle scuole, e ci sono anche varie azioni di ricerca e intervento che abbiamo effettuato in questo organismo. L'ultima e concreta iniziativa è stata l'omogeneizzazione e la costruzione di 27 offerte formative che sono derivate dall'azione di tutti quanti i dipartimenti aziendali e che sono dirette tutte alla scuola. In qualche modo la scuola poi sceglie quali tra questi moduli formativi intende utilizzare all'interno di ogni singolo istituto. Tornando un attimo a quell'organizzazione del dipartimento, l'unità operativa cardine rispetto alla riduzione della domanda è sicuramente l'unità operativa disagio adolescenziale. Tra le azioni che ha come compito specifico questa unità operativa, la prima è il centro di informazione e consulenza. Di fatto è un'attività istituzionale del SERT. Fino a cinque anni fa, non facevamo azioni nei riguardi della scuola, se non qualche conferenza. E anche da parte della scuola la richiesta era proprio da questo punto di vista, di conferenze. Nell'arco di questi anni abbiamo cambiato completamente il tipo di approccio, abbiamo mantenuto il CIC come sportello di ascolto nei riguardi delle problematiche individuali, ma sempre più abbiamo privilegiato l'intervento verso il gruppo classe e verso gli insegnanti al tempo stesso. Abbiamo ritenuto che in questa maniera potremmo utilizzare una grandissima risorsa che la scuola ha, ma che con grandissima fatica riesce ad utilizzare. C'è una verità, che tutti sanno, ma che pochi dicono. La classe insegnante in Italia non è stata formata per insegnare. Il concorso che si fa per diventare insegnanti è basato su conoscenze di materie, ma non c'è niente che abbia a che fare con la capacità di un insegnante di comunicare le proprie conoscenze a un gruppo di allievi. Di solito la scuola poi chiede soprattutto, nella quasi totalità dei casi, un tipo di valutazione che è soprattutto individuale. Allora si ha a che fare con un gruppo classe, ma di fatto si ignora, o si fa finta di ignorare quanto meno, di avere a che fare con un gruppo. E c'è questa ambiguità, cioè la valutazio-

ne individuale: il ragazzo è chiamato a un tipo di rapporto individuale con l'insegnante. In ogni caso rimane completamente soggiacente, ma esiste un qualcosa che ha a che fare con il gruppo. C'è un gruppo degli studenti, ma c'è anche un gruppo degli insegnanti. Nelle nostre azioni formative abbiamo sempre pensato di mettere in primo piano questi due elementi. Perché riteniamo che in qualche maniera avere consapevolezza di questo aspetto forse può permettere di attivare delle potenzialità che non sono mai state attivate. O di rendere funzionali degli organismi che solo sulla carta sono perfetti, tipo il consiglio di classe. Oltre ai centri di informazione e consulenza abbiamo attivato, poi ne parlerò più diffusamente, il centro documentale "Argonauti". In qualche modo è l'interfaccia territoriale dell'attività che si svolge nei CIC. Abbiamo detto prima che di fatto la scuola è una delle poche risorse aggregative rimaste nella società attuale. Una volta c'erano gli oratori. Gli oratori sono completamente saltati. Non ci sono veri e propri luoghi di aggregazione, si sono diffusi nel territorio, sono diventati di tipo privatistico. Di fatto l'unico luogo in cui è possibile intervenire effettivamente sui giovani rimane la scuola. Una volta che in qualche maniera abbiamo creato dei meccanismi di attivazione di gruppo all'interno della scuola, è possibile riportare queste attività fuori nel territorio. "Argonauti" è il tentativo di portare l'attivazione creata all'interno delle scuole fuori, nel territorio.

Volevo accennare, credo che sia opportuno farlo adesso, ad alcuni assiomi, li abbiamo chiamati in questa maniera, che guidano la nostra azione. Partecipazione diffusa e compartecipazione delle responsabilità. È il nostro modello operativo: nel dipartimento, di fatto, facciamo questo. Ciascuna unità operativa ha un proprio obiettivo dichiarato, persegue queste finalità e chiede e ottiene risorse in base alle finalità. E viene valutata per questo. Allo stesso modo, nei gruppi che riusciamo a metter su nelle scuole, facciamo esattamente la stessa cosa. Chiediamo ai ragazzi di porsi degli obiettivi e di convalidare nel tempo il raggiungimento o meno degli stessi. In ogni caso l'obiettivo non è nostro, sono i ragazzi stessi che se lo pongono. Diamo degli stimoli, ma lasciamo in qualche maniera che poi ci sia un processo di autocostruzione di questi obiettivi. Pari dignità tra professionalità diverse, tra operatori pubblici e del privato sociale: nel CIC come in molte altre azioni, così come negli "Argonauti", agiscono spalla a spalla operatori pubblici, non solo psicologi, ma anche medici, assistenti sociali, sociologi e quant'altro, e operatori del privato sociale. Il CIC come sportello sociale lo abbiamo inteso come ascolto partecipato, non è un luogo di terapia da questo punto di vista. È un luogo di codifica della domanda tutt'al più. O è un luogo di rapporto tra un adulto abbastanza consapevole di sé e un minore, un adolescente. L'adolescente può porre delle domande, l'adulto in qualche modo può anche dire: non so questa cosa, mi informo e te la dico. Questo è il tipo di rapporto che abbiamo impostato. Il grande lavoro è più che altro sull'invio, sul demandare ad altri luoghi l'intervento. In questa maniera abbiamo potuto anche rispedire al mittente il modello che la scuola ci fa molto spesso. La scuola, nell'individuazione del disagio, individua singole persone. Ci segnala sempre: questo ragazzo è problematico, disturba, non parla mai o quant'altro. Uno dei nostri compiti è di portare l'attenzione, più che sul singolo, sul contesto, perché di sicuro questo ragazzo all'interno della classe ha una sua funzione specifica. Se c'è qualcuno che disturba e parla, c'è di sicuro il contraltare, quello che sta zitto. Il meccanismo del gruppo è forte da questo punto di vista; se in qualche maniera interveniamo sul gruppo il singolo può recedere da una rigidità comportamentale.

Il quarto punto: esaltazione delle diversità, utilizzo razionale delle risorse. Che cosa vuol dire esaltazione delle diversità? Noi operiamo una netta distinzione tra diversità e devianza. Spesso un diverso può diventare sinonimo di devianza. Per noi diverso è qualcosa da valorizzare, non da combattere. Non vogliamo che niente sia appiattito, anche all'interno del nostro dipartimento ci sono singoli enti che hanno visuali diverse rispetto all'intervento pubblico. Siamo riusciti a creare un contesto nel quale queste diversità acquistano valore piuttosto che essere negate. Quindi a ciascuno, in qualche modo,

secondo le proprie caratteristiche specifiche. Il quinto punto è attivare processi gruppali di elaborazione delle conoscenze. Favorire processi di autopromozione tra i clienti. Utilizziamo lo stesso metodo sia per i ragazzi, sia per gli insegnanti. Abbiamo organizzato noi stessi e siamo stati chiamati a collaborare in diverse azioni formative per gli insegnanti. Piuttosto che essere detentori di un sapere ci siamo posti come attivatori di processi di scambio di informazione all'interno del gruppo. Perché siamo convinti poi che ci sono delle potenzialità, ma che nella scuola difficilmente si riesce a trovare il modo, il tempo e le modalità di un confronto effettivo tra i singoli per la costruzione di un sapere condiviso di gruppo. La settima azione è creazione di peer group, gruppo tra pari. L'altra nostra parola d'ordine riguarda le competenze, l'acquisizione di competenze. Sull'ascolto partecipato e l'attivare processi di promozione dell'agio e fattori di protezione.

Questo è un grafico riassuntivo di tutta quanta l'azione che svolgiamo. Da una parte l'attività diretta agli studenti, centri di informazione e consulenza appunto, e i progetti inseriti nel pacchetto Orsea, cioè rivolti al gruppo classe. Si chiamano, vi dico soltanto le sigle "Sostenere l'autonomia", oppure "Al corpo come uno specchio", o "Adolescenza e ricerca di autonomia", "Farmaci e non caramelle", che riguarda il rapporto con i farmaci. Non parliamo di sostanze, parliamo di farmaci appunto, perché i ragazzi sono abbastanza abituati a usare farmaci, così come lo sono gli adulti e spesso impropriamente. Sul progetto "Tutor" della ricerca intervento, spero di avere un po' di tempo per parlarne.

Rispetto agli insegnanti abbiamo attivato due progetti specifici di intervento, abbiamo partecipato alla formazione dei docenti referenti delle funzioni obiettivo, due e tre. Funzioni obiettivo che riguardano interventi verso i docenti stessi e funzioni obiettivo verso gli alunni, si chiamano così. Chi di voi lavora con la scuola capisce di che cosa parlo. Rispetto al territorio abbiamo attivato i centri "Argonauti", sono quattro, ognuno gestito da un ente che è in partenariato con la Asl, e poi c'è l'unità di strada giovane. Su due progetti volevo dedicare un po' di attenzione. Uno riguarda il progetto "Tutor". Dovrebbe esserci stato approvato un progetto che si chiama "Il filo d'Arianna" che riguarda la creazione e la strutturazione di corsi per la formazione dei peer supporter, per l'attivazione di peer group all'interno delle scuole, in ventiquattro scuole della provincia di Frosinone, in tre anni. Lo spero. È un'operazione un po' complessa, ma bene o male adesso abbiamo gli strumenti che ci potranno permettere di arrivarci. L'ultimo accenno riguarda il progetto intervento "Rappresentazione del futuro". Questa è un'azione intrapresa in collaborazione con la cattedra di psicologia clinica dell'università La Sapienza di Roma, del professor Renzo CARLI, cui partecipano il provveditorato e noi. La ricerca l'abbiamo chiamata "Rappresentazione del futuro", in quanto è tutta centrata sulla percezione che il ragazzo ha di sé nel futuro. È una metodologia abbastanza particolare, per chi di voi interessa: c'è in una delle nostre pubblicazioni come Orsea. Vi dirò nel caso l'e-mail dove trovare questa cosa. L'intervento effettuato ha riguardato qualcosa come mille e trecento ragazzi. Abbiamo fatto un primo livello, una prima fotografia della situazione in cui è venuta fuori questa rappresentazione fattoriale. Abbiamo sette rappresentazioni. Questo primo gruppo è considerato in qualche modo a rischio. Rappresenta più del 50% del campione. Alcuni sono chiaramente a rischio, li abbiamo chiamati "senza futuro", perché appunto la loro rappresentazione del futuro non esiste, ma è tutta incentrato su valori quali morte, distruzione, droga e quant'altro, e aggressività. Queste altre due apparentemente sono rappresentazioni del futuro molto normali, addirittura banali. Il problema è che sia i sogni nel cassetto, sia le aspirazioni scontate hanno a che fare con una visione della realtà molto illusoria. Ma nella maniera di rappresentarsi di questi ragazzi non si intravede niente che abbia a che fare con una progettualità. Il futuro è inteso come bella casa, bel lavoro, tanti soldi e quant'altro. Sembra essere, appunto, fantasia e non ancorato alla realtà. E quando qualcosa non è ancorato alla realtà, il rischio è che subentri la disillusione e un andamento completamente

negativo. L'altra cosa da sottolineare è che sull'asse verticale abbiamo la rappresentazione del lavoro, della scuola. Anche qui, scoperta dell'acqua calda: per i ragazzi la scuola e il lavoro sono due realtà completamente diverse tra di loro. Rispetto a questa situazione di estremo rischio, dopo tre anni di intervento con i gruppi classe, è venuto fuori è che c'è stato un grandissimo cambiamento effettivo nel gruppo campione ed è venuta fuori una, noi l'abbiamo chiamata così, realizzazione emozionale. Non è vero che i ragazzi non hanno valori. Li hanno, ma il problema è fare in modo che questi valori vengano fuori e vengano stimolati. E alla fine vengono fuori. C'è una rappresentazione dell'adulto come qualcosa da sfidare, c'è una ricerca dell'adulto da sfidare e scandalizzare, ma quanto meno c'è un bisogno dell'adulto. E l'adulto da questo punto di vista non si deve raccogliere. Il reale zoccolo duro è rappresentato da una rappresentazione di attese stereotipali riguardo al futuro che sembrano escludere completamente la percezione dell'altro. Ma qui siamo non in un campo del disagio e in un ambito di rischio, siamo in un ambito di scarsa capacità di interagire con gli altri, è una cosa un po' diversa. E la cosa di straordinario valore è che è venuto fuori anche un asse completamente nuovo, che parla di una realizzazione concreta integrata di sé. Questo è più o meno quello che abbiamo cercato di realizzare..»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Antonella POLITI, sociologa di Gattinara.»

Dott.ssa Antonella POLITI:- «Non ho preparato una relazione strutturata, faccio un breve intervento a braccio. In realtà volevo farvi vedere delle immagini di un progetto di prevenzione realizzato in Piemonte, nel SERT dove lavoro, dell'azienda 11 di Vercelli, con le scuole della Val Sesia, con un istituto alberghiero e con un liceo artistico, un liceo scientifico e un istituto professionale. Un lavoro che è molto grosso, che sta continuando, perché dopo una serie di incontri che ho avuto con i ragazzi e con gli insegnanti e dopo una creazione anche di cocktail analcolici creati sia come ingredienti, come colori, come nome, dai ragazzi dell'alberghiero, i ragazzi dell'artistico hanno creato anche dei disegni in seguito a questo lavoro. E abbiamo deciso di fare una serata di sensibilizzazione, di stimoli per la popolazione di studenti stessi con una parte anche di spettacolo. C'era la mostra dei cocktail da una parte, e dei disegni dei ragazzi, e una parte di spettacolo creato appositamente con un gruppo di artisti della Scala di Milano e un attore, e abbiamo realizzato delle coreografie mirate sui vari temi che riguardano i rischi. Rischi riferiti anche all'uso di nuove droghe. C'è una coreografia che si chiama "Mai caramelle da uno sconosciuto", che rappresenta appunto tutta la seduzione, la parte seduttiva della pastiglia in sé e del ragazzo che viene colto, catturato da questa pastiglietta, poi ci sono anche delle immagini molto significative, perché con la coreografa abbiamo studiato la modalità di rappresentare queste immagini, c'è anche un discorso di dipendenza che viene fuori all'interno di questa coreografia, ci sono vari altri spunti. Altre coreografie sono state: una sul disagio psichico, che a volte può anche essere latentizzato dalle droghe, LSD o altre, intitolate "Il buio della mente". Poi abbiamo utilizzato anche una coreografia sul rapporto di coppia tra ragazzo e ragazza, e il titolo è "I colori dell'abbraccio", dove due ballerini molto giovani tra l'altro, proprio della Scala, ballano bendati, anche questo molto simbolico perché ha a che fare con la comunicazione tra il ragazzo e la ragazza e poi dopo questa coreografia ha uno sviluppo, si tolgono le bende e il rapporto è diverso, la comunicazione è diversa. È danza contemporanea, le musiche sono moderne, proprio per stimolare i ragazzi a pensare. Perché il lavoro di prevenzione che io svolgo mira a questo. Produrre degli stimoli in modo tale che loro riflettano e che poi continuino con gli insegnanti, ovviamente, a discutere sulla vita, sui rischi, sulla salute e sui problemi, sullo studio, su tutti questi temi che ovviamente ci sono nella scuola.
Altre coreografie velocemente sono "il tango dello spazzino", questo lavoro lo facciamo dal ventiquattro di novembre; l'altra sera lo abbiamo portato al Leoncavallo di Milano,

per i giovani del centro sociale. Oggi ho avuto modo di confrontarmi anche con Peter che è uno che organizza gli eventi al Leoncavallo e il lavoro gli è piaciuto perché, come immaginate bene, portare un lavoro di questo genere in un centro sociale, all'interno della campagna di prevenzione della Presidenza del Consiglio poteva far sorgere dei problemi di carattere ideologico politico, che però abbiamo superato, quindi poi la cosa è piaciuta anche alle persone che frequentano il Leoncavallo. Sempre per il Leoncavallo abbiamo anche rifatto un'ulteriore coreografia che il "Glitter in the night", scusate l'inglese che non conosco bene, cioè "Luccichini nella notte", riferito ovviamente ai riti della notte, di quando i ragazzi si vestono, si truccano, si fanno i tatuaggi e quindi vanno a ballare. Poi un'altra immagine coreografica è stata "Le mal de vivre du profond roseé", sull'alcolismo femminile, e poi l'ultimo diciamo, un finale di speranza, che abbiamo chiamato "Arte e fantasia per la vita", perché il titolo di questo progetto, di questa serata, all'inizio, quando l'abbiamo fatto meno di un anno fa in provincia di Vercelli, è venuto fuori dal lavoro che abbiamo fatto con i ragazzi, quindi è un titolo scelto anche in collaborazione con loro. Il 24 l'abbiamo fatto presso il centro sociale Leoncavallo, il 27 l'abbiamo fatto in una grossa discoteca di Milano, per i ragazzi delle scuole superiori. E in tutto, diciamo, fra il Piemonte, tre rappresentazioni, tre serate, e la Lombardia, Milano, in questi due giorni, mille e cinquecento persone hanno visto questo progetto spettacolo. È piaciuto, ci chiedono anche operatori della sanità, operatori dei SERT di portarlo in giro, adesso vedremo come trovare le risorse.
Adesso ve ne faccio vedere dei pezzettini. Questa è la coreografia sull'ecstasy "Mai caramelle da uno sconosciuto". C'è la musica collegata? Lì c'è il personaggio, il giovane che aveva già preso la pastiglia; fa vedere praticamente la reazione che si ha con l'ecstasy, anche la musica era simbolicamente collegata a questo. Qui c'è l'immagine della pastiglia, la ballerina rappresenta la pastiglia, la seduzione ovviamente dell'ecstasy. I brani di musica che sono stati scelti sono moderni, cioè è musica techno. Vi dico un attimo perché sono riuscita a coinvolgere questi artisti, soprattutto la coreografa, perché ovviamente è sensibile a questi temi. Voi sapete che nell'ambiente dell'arte, del mondo dell'arte, della danza, del teatro, anche qui si rileva l'uso di sostanze di qualsiasi tipo, quindi abbiamo trovato anche la collaborazione oltre le conoscenze di amicizia, anche proprio di motivazione per fare un lavoro mirato su questo.
Facciamo vedere un altro pezzettino, di un'altra coreografia, che è il finale. Questa è lunga, dura dodici minuti, e c'è anche un'immagine sugli effetti, anche di quando il ragazzo comincia a star male, evolve. Qui ci sono dei ragazzi che ballano. Poi vedete che si avvicinano a prendere le sigarette e alcool per bere, però vengono tirati dentro dagli altri che li vogliono, per permettergli di ballare piuttosto che bere e fumare. Un messaggio anche questo simbolico per dire: sapessimo ballare piuttosto che fumare o bere o usare droga
Abbiamo deciso di fare una piccola estrapolazione non di tutto, perché è un lavoro faticosissimo, e adesso, se il Ministro Livia TURCO deciderà di portare avanti questo progetto per far discutere le scuole, perché, ripeto, ci hanno chiesto ancora consensi e di ripresentarlo, noi lo faremo sapere agli operatori, all'ambiente, per avere sempre più stimoli di riflessione per pensare.»

Dott. Ferdinando DEL VECCHIO:- «Sono un medico responsabile di un SERT della Asl Napoli 1. La relazione che vi leggo brevemente è il risultato di un gruppo di lavoro sulla prevenzione delle dipendenze patologiche, che si è tenuto in preparazione di questa conferenza nazionale presso la Asl Napoli 1. La prevenzione delle dipendenze patologiche e dei rischi connessi al consumo di sostanze psicotrope è materia complessa, in quanto tutti i diversi momenti della operatività istituzionale implicano un aspetto ed una finalità di prevenzione. Assistere e curare efficacemente i tossicodipendenti in fase attiva, significa ridurre la frequenza di assunzione delle sostanze illegali e quindi prevenire il peggioramento, sempre possibile, del loro comportamento e della loro condizione

umana. Distribuire materiale sterile e diffondere conoscenze e abilità di autodifesa dai rischi di infezione e di overdose significa prevenire il "peggio", mantenendo attiva la possibilità del meglio. Riabilitare e facilitare il reinserimento sociale significa ridurre la frequenza, piuttosto elevata, come sappiamo, delle ricadute e prevenire i processi di irrigidimento ed emarginazione ulteriore di questi soggetti. Dialogare con adolescenti e giovani, consumatori occasionali o situazionali, significa diffondere conoscenze scientificamente corrette e persuasive che contribuiscono a prevenire i rischi acuti direttamente o indirettamente connessi al consumo e a ridurre la frequenza del passaggio dal consumo alla dipendenza strutturata che è cosa differente. Aiutare gli adolescenti a migliorare le proprie abilità cognitive, comunicative e di controllo delle emotività, significa prevenire la possibilità che il disagio, normale o patologico, si esprima attraverso l'uso di sostanze. Svolgere ricerche serie sulla condizione giovanile e sui nuovi stili di consumo significa prevenire i rischi della nostra ignoranza di operatori e di educatori. Combattere la criminalità e contrastare la povertà, economica e culturale, ed il degrado civile dei ghetti metropolitani e delle nostre province significa prevenire alcuni dei fattori che facilitano la diffusione del mercato delle sostanze. Le attività istituzionali dei SERT sono tantissime, come ben sa chi lavora in questo settore. Come si vede tutte le linee di azione hanno finalità preventive. Né si può dire che una è vera prevenzione e l'altra non lo è. Per noi operatori professionalmente impegnati, è chiaro che la strategia della riduzione del danno dovrebbe evolversi all'interno di un paradigma della prevenzione che abbandoni le illusioni onnipotenti, terapeutiche, educative o ideologiche, ma sia capace di promuovere interventi ragionevoli nelle quattro fasi logico esistenziali che caratterizzano il percorso del tossicomane e delle tossicomanie in genere. Prima: l'iniziazione, dal consumo edonico e sperimentale; seconda la costruzione della dipendenza, l'attraversamento della cronicità, l'isolamento del mercato illegale, l'uso ragionevole dei servizi; terza l'inclusione sociale possibile, dal sostegno all'autonomia del soggetto; quarta l'antagonizzazione delle ricadute, dalla colpevolizzazione alla comprensione tollerante. Per ciascuna di queste fasi vanno previste specifiche azioni di prevenzione che ovviamente si rivolgeranno con modalità diverse a differenti gruppi di persone, ma tali azioni dovranno tutte ispirarsi, a nostro parere, alle seguenti scelte metodologiche ed etiche: disponibilità al dialogo ed all'ascolto, attivazione e coinvolgimento di gruppi target, correttezza scientifica, che include la possibilità di presentare ipotesi e punti di vista diversi, ma sempre seriamente argomentati. Capacità di tollerare e ridurre le distanze antropologiche tra operatori e i gruppi target stessi, realismo organizzativo con ottimizzazione delle risorse e definizione chiara di obiettivi raggiungibili. Tendere verso la costruzione di una rete di servizi e di azioni, nella quale ciascun nodo specifico comprenda il senso delle connessioni e del lavoro degli altri nodi. Abbiamo esplicitato queste rapide riflessioni, perché in noi è forte l'impressione che nel tema della prevenzione, nei discorsi ufficiali, come abbiamo sentito anche stamattina, si voli troppo in alto sfiorando il cielo della retorica di circostanza; permetteteci in questo senso alcuni esempi. Tutti saremmo d'accordo a far evolvere il concetto di prevenzione, primaria, secondaria o terziaria verso quella di promozione della salute o addirittura del benessere. Tutti saremmo concordi nell'affermare che gli interventi dovrebbero mirare all'educazione globale della persona e non soltanto alla trasmissione di conoscenze e di abilità. E ancora tutti saremmo contenti di poter offrire progetti ricchi di valori e di significati, tali da costituire una risposta alla domanda di senso che proviene dalle fasce giovanili. Come vedete abbiamo solo citato alcune proposizioni che frequentemente risuonano quando si discute della prevenzione delle tossicodipendenze. Sia chiaro, in linea molto generale, noi condividiamo queste proposizioni anche se non sappiamo bene come un qualsiasi progetto educativo possa rispondere alla radicale domanda di senso che inevitabilmente gli adolescenti e i giovani ci pongono. In realtà non sappiamo neanche se sia giusto rispondere o mantenere aperta l'onesta esplorazione di questa domanda. Come operatori professionali delle tossicodipendenze, pubblici e del privato sociale, sentiamo il rischio che in attesa di progetti ric-

chi di valori e di "significati" o in attesa di uno straccio di accordo su che cosa possa essere l'educazione globale, nessuno dialoga più direttamente con gli adolescenti e i giovani reali sui rischi connessi al consumo delle sostanze psicotrope. Proprio mentre ragazze e ragazzi normalmente incontrano nel loro ambiente naturale svariate occasioni di consumo di droghe vecchie e cosiddette nuove, sentiamo fortemente il rischio che mentre rincorriamo una generica ottimalità, lasciamo le informazioni specifiche al tam tam delle leggende metropolitane, all'anarchia incontrollata di Internet e a un senso comune semplificante e arretrato. Crediamo sia giusto che la più vasta rete istituzionale, scuola, Asl, amministrazioni locali, si ponga il compito di promuovere la salute e il benessere dei giovani. Noi operatori delle dipendenze patologiche intendiamo essere solo dei nodi attivi di tale rete, capaci però di lavorare sui confini del rischio, diffondendo una seria cultura che offra buone ragioni per ridurre e controllare i consumi delle sostanze. Per concludere, accenneremo alle seguenti linee di azione che stiamo seguendo all'interno della nostra Asl, Napoli 1. Chiaramente chi volesse approfondimenti su queste iniziative può poi chiedercele specificamente. Innanzitutto il progetto "Fratello maggiore", in atto ormai a Napoli da circa dieci anni, costituisce un'esperienza molto innovativa di educazione tra pari e di proficua collaborazione tra istituzione scolastica, operatori dei SERT e del terzo settore. Tale progetto prende di mira l'incremento delle abilità espressive, comunicative e creative degli adolescenti all'interno di un circuito ricorsivo di sollecitazione e di formazione che coinvolge anche gli educatori in un circolo virtuoso di azione, di riflessione e di analisi interattiva delle relazioni educative. La notevole esperienza maturata e la metodologia sperimentata, costituiscono una risorsa fondamentale sulla quale implementare efficaci interventi di informazione sui rischi connessi al consumo di sostanze stupefacenti e psicofarmaci. La seconda sperimentazione è quella di incontri con le ultime classi delle scuole medie superiori, finalizzati all'analisi del senso comune degli adolescenti verso il consumo di sostanze psicotrope e all'analisi e alla sperimentazione delle più efficaci strategie persuasive. Il terzo è il progetto "Ricerca azione" in collaborazione con l'associazione "Il Pioppo", che prevede una vasta ricerca sui nuovi stili di consumo, perché più che di nuove droghe noi preferiamo parlare di nuovi stili di consumo, e la progettazione di azioni preventive rivolte sia al mondo della scuola che agli altri luoghi di aggregazione degli adolescenti e dei giovani. In particolare ci riferiamo alle discoteche, ai centri sociali e quant'altre possibilità si possono individuare. Il quarto è la formazione di gruppi di operatori molto qualificati nei contenuti conoscitivi e nella capacità di interagire con gli adolescenti, che possano garantire la continuità degli interventi informativi. Il quinto tipo di intervento è una connessione tra i progetti socio - sanitari rivolti agli adolescenti e il tema dei rischi connessi al consumo di sostanze. Infine anche sul tema della prevenzione ci piacerebbe suggerire uno slogan: continuiamo a sognare l'impossibile, mentre facciamo seriamente e professionalmente ciò che è possibile.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «E' iscritta a parlare la dottoressa Ambra DOLDI, del provveditorato agli studi di Parma.»

Dott.ssa Ambra DOLDI:- «Non ho preparato una relazione e mi sento di rispondere a due provocazioni fatte stamattina. La prima è che c'è stato un relatore che, nonostante tutte le proposte di accentrare le risorse, di convogliarle per un percorso comune, di togliere, non è polemica questa, i fondi al CIC per convertirli in fondi comuni ai SERT. Personalmente, non sono d'accordo perché le scuole lavorano molto, anche perché è stato ribadito fortemente dal collega di Frosinone che i CIC si interessano e si attivano moltissimo. E' verissimo ciò che ha detto il collega di Frosinone, cioè che i docenti si formano moltissimo a livello culturale e poco a livello didattico. È vero che la didattica si impara sul campo direttamente. Però il provveditore conosce bene le riforme che stanno venendo avanti, per fortuna ci sono dei corsi di abilitazione che formano a livello didattico anche le persone che fino ad ora si sono formate con l'aggiornamento continuo. Con

molte motivazioni. Dico due parole soltanto su un progetto sulla tossicodipendenza che sta andando avanti da tre anni a Parma. Il tema, il titolo lo trovate anche in Internet, è "Butta la pasta", poi ne lascerò una copia: è tutto in metafore. I fondamenti, le premesse di questo progetto, sono due. Che i ragazzi, gli studenti sono molto rispettati come esseri pensanti, quindi vanno responsabilizzati per quanto compete il campo insidioso del divertimento con sostanze psicotrope. La seconda premessa è che funziona poco, ed è stato dimostrato a livello pedagogico, il consiglio, seppure in buona fede, dato dagli adulti ai giovani. Con queste due premesse è partito da tre anni questo progetto. Allora, i momenti sono questi. Gruppi di studio, gruppi di giovani si attivano coadiuvati da un tutor docente, ma che si immedesima, è un rapporto tra pari; hanno studiato e studiano tuttora a livello scientifico - clinico le sostanze psicotrope nella loro composizione e soprattutto sugli effetti devastanti che hanno, e fanno proprio queste conoscenze. Dopo di che si attivano per coinvolgere i compagni, soprattutto quelli a rischio, non quelli che decidono indipendentemente di provare la droga e seguire questo percorso, perché questi risulta che siano motivati in questo senso e seguano la loro strada. Tra compagni si conoscono e sanno benissimo quali possano essere i soggetti un po' più fragili e a rischio. Dopo di che si attivano e si trovano, organizzano dei momenti di coinvolgimento che vanno o dalle assemblee di classe o, come quest'anno, per esempio, in un liceo classico, è partito un gruppo di teatro. Da tempo è attivato questo gruppo, ma quest'anno è finalizzato proprio alla prevenzione tossicodipendenze. Sono coadiuvati dall'attore FABI, ed è fatto proprio da giovani studenti, nuovi, che verranno aiutati da un gruppo di veterani successivamente; su dei testi che leggeranno, che vanno per esempio da "Le nuvole" di Aristofane al "Faust" di Goethe, cercheranno di inventare un canovaccio che mandi questo messaggio, che comunque l'individuo, ognuno di noi è unico, ha dei valori che non sono ripetibili e che non si possono trovare in nessun altro ragazzo. Per cui, comunque sia, con difetti, paure e angosce anche tipiche dell'età adolescenziale, ognuno di noi ha valore, e non si può buttare via. Il messaggio, lo scopo obiettivo di questo progetto, è quello che comunque è bello stare insieme, anche senza le sostanze sintetiche o psicotrope o come le volete chiamare.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «BIGI Giovanni, operatore della "Valdarnese di solidarietà".»

Giovanni BIGI:- «Non ho preparato una relazione organizzata, ma il mio intervento è nato dall'esigenza di reagire a quello a cui ieri abbiamo visto e assistito per certi aspetti. Perché, a mio avviso, questa conferenza non ha affrontato quello che è il problema vero, attuale, fresco e per certi aspetti devastante. Anzi, che si è cercato di sdrammatizzare. Poi, in fondo, usando droghe sintetiche o leggere non si muore, ha detto il Ministro VERONESI. E questo credo sia un'offesa per tutti quelli che stanno accanto alle persone e operano vicino alle persone e ai ragazzi. Per quanto mi riguarda, sono venti anni, che mi occupo di problemi legati alla tossicodipendenza. E in questi ultimi cinque o sei ci si sta occupando nello specifico, nel nostro centro, di quei ragazzi che non andranno mai al SERT, che non andranno mai in comunità, ma che vivono una situazione fortemente di disagio, di ritiro sociale, di uso e di abuso di sostanze cosiddette leggere. E questo è un problema che sta ampliandosi in modo vertiginoso, ma nessuno dice e parla della sindrome a - motivazionale che queste sostanze, per esempio, danno. Nessuno parla di quel togliersi, di quel disagio negativo che i ragazzi hanno e quindi fanno abuso di canne. E forse fanno star bene. Però nello stesso tempo tolgono la propositività del ragazzo, cioè quelle energie positive che le rendono persone apatiche, persone che portano in sé una modalità, uno stile di vita di ritiro sociale, che si chiudono, che si nascondono. Che abbandonano la scuola. Perché i cannabinoidi, c'è la dimostrazione scientifica che ormai ce lo dice, impediscono la capacità della memoria a breve. Impediscono di potere rendere al 100%. Ma di questo ce ne disinteressiamo. Da qui allora questi abbando-

ni scolastici, queste crisi depressive, questi assalti al frigorifero, per poi vomitare subito dopo. Queste depressioni giovanili che, in qualche modo, stanno crescendo a dismisura. Questa assuefazione all'inconcludenza dei nostri giovani. Sono ragazzi lasciati lì. Ieri mi facevano ridere quelle forze di Polizia che erano qui davanti. Io sono entrato in mezzo a questi ragazzi; ero lì, li fotografavo e conosco i loro bisogni di eccentricità, di piercing da tutte le parti. Servono a dire "io ci sono". Sembrava fossero chissà quali criminali, ma di fatto erano dei ragazzi forse più bisognosi di carezze, di attenzioni. Di essere presi in considerazione. Mi sono messo lì in mezzo a fotografarli, così in modo gioioso tra l'altro, erano contenti anzi, facevo fare delle esibizioni a loro per riprenderli. Perché avevano proprio bisogno di questo. Dico queste cose così, un po' a braccio, per dire che l'attenzione a questo nostro mondo giovanile, è veramente in modo direi asettico, in modo distaccato, in modo non entrante. E troppo spesso si dimentica che gli educatori di questi giovani siamo noi, mondo degli adulti. Ah, non c'è nulla da fare. Noi mondo degli adulti che non sappiamo neanche dire no ai nostri figli. E tutti sanno ormai che per educare occorrono sì dei rafforzamenti negativi, ma anche dei rafforzamenti positivi. Si è rinunciato a educare. E questo è un grosso problema che ci ritroviamo. La nostra associazione, che ormai da tempo lavora in questo settore, sta organizzando corsi di formazione per genitori. Di ragazzi in età adolescenziale. Con degli strumenti molto semplici dove si mettono in condizione i genitori di lavorare in piccoli gruppi, di affrontare i temi difficili: quanto bisogno c'è, ma anche quanta ignoranza emerge! Perché nessuno insegna a fare i genitori. E i punti di riferimento ormai sono così pochi e vacui. Direi quasi volatili. Diventa difficile anche prendere degli esempi. Ma i modelli di questi giovani siamo noi, che lo si voglia o no, noi mondo degli adulti. Quindi ecco allora un punto di intervento serio per rimuovere una problematica che apparentemente sì è del giovane, ma è del giovane perché il giovane ha vissuto e vive un contesto educativo che è quello che è. Il guaio è che ci siamo assuefatti a questi problemi. Si stanno banalizzando questo tipo di problemi. Ci siamo assuefatti alle canne, allo spinello, all'idea che un ragazzo sia inconcludente. Agli abbandoni scolastici, alle sofferenze. Ci siamo assuefatti, è questo il dramma. Al punto che un ministro ci viene a dire in un convegno di persone motivate, e credo che voi tutti siete qui nonostante la fatica, ad ascoltarci rispettosamente, che poi in fondo è un problema medico, perché questo ci ha detto VERONESI. È un problema di malattia e, se non ci si muore, non è nulla. Dando un messaggio devastante, perché è come dare un consenso e un incentivo a farsi. È questo il dramma. La tolleranza a questo tipo di problema non serve, perché occorre essere leali, chiari. Non si può dire che non serve a nulla farsi una canna o non fa nulla. Occorre dire quello che fa. E se la canna è un anestetico e anestetizza l'intelligenza dei nostri ragazzi, va detto, chiaramente, perché la scienza ci dice questo. Se un ragazzo perde la memoria a breve, non riesce ad arrivare a ricordare quello che c'è in una pagina quando arriva in fondo, e da lì tutte le conseguenze che ne derivano dall'insoddisfazione, all'incapacità di realizzarsi, di trovare quelle risorse, quelle energie che porta in sé. Va detto. Non si può omettere. Soprattutto in un convegno come questo. Si può liberalizzare, si può dare, ognuno pensi liberamente a come fare, ma non si può omettere di dire una cosa di questo tipo. Perché il bene dei giovani è volere il loro bene davvero. Non provare noi la soddisfazione e la gratificazione per avere ottenuto chissà quali risultati. Ecco allora, scusate l'enfasi, la rabbia, ma anche la sofferenza che metto in questo discorso, perché io sto accanto a questi ragazzi, da tanto tempo; si sono istituiti dei gruppi di incontro che, tra l'altro, per il successo che hanno avuto, alcune scuole ci hanno chiamati ad esercitarli anche all'interno, con le terze classi, perché sono quelle dove si mischiano. Chi sa di scuola, lo sa bene. Gruppi di incontro di gruppi di giovani formati da non più di dodici o tredici elementi; dividiamo le classi in due normalmente. In un cerchio, lavorando sull'empatia. E riusciamo a farli parlare. E sapeste che bisogno c'è. Con questo rapporto diretto, si coglie in questi ragazzi il voler affrontare anche le cose serie. Ma anche la sconcertante delusione, che essi esprimono nel non trovare nel mondo degli adulti dei

modelli di riferimento seri, perché sentono di essere sfruttati, utilizzati, usati commercialmente. E invece portano in sé ricchezza umana e questa voglia anche di cose forse più semplici, con nomi meno roboanti. Che semplicemente si può chiamare un modo nuovo di comunicare. Un modo nuovo di entrare nelle emozioni, sperimentarle, quindi costruire quei sentimenti che sono vita, per tutti, non solo per quei giovani. Ecco allora la mia rabbia e la mia sofferenza, e scusatemi per questo, ma non potevo tacere di fronte a questa modalità quasi retrograda, quasi snobbatrice di un problema che è sibillino, perché non lo si avverte. Perché, come detto, non entra nei SERT, non entra nelle comunità terapeutiche, non entra nei grossi circuiti, non entra nel discorso del commercio. E quindi credo che sia necessario davvero rifletterci un po' più accuratamente.»

Voce maschile:- «Se avessi obbedito al mio partito, non avrei inventato l'eroina terapeutica, l'eroina medicina, l'eroina di Stato, di cui sono l'ideatore. Una volta ero balbuziente. E non riuscivo a parlare. Facevo una fatica infernale, rifuggivo il pubblico. Non sono mai entrato in uno stadio di calcio. Dopo cinquant'anni ho cominciato a parlare. A parlare bene, sempre meglio. Da quando ho iniziato a parlare, mentre prima tutti volevano che io parlassi, educatori, insegnanti, tutti. Dopo che ho incominciato a parlare tutti vogliono che io stia zitto. Lungi da me lo stare zitto. Io devo scaricare tutto quello che non ho detto prima. Mi permettete? Non è per farne una colpa a qualcuno, non ne ha colpa nessuno. È stata colpa della guerra, è stata colpa di una madre isterica che si chiamava Maria. E di un padre violento che si chiamava Giuseppe. E che non sono Maria e Giuseppe quegli altri. È tutta una cosa diversa comunque. L'eroina terapeutica, l'eroina medicina, l'eroina di stato, l'ho divulgata io. Avevo contro tutto il mio partito. Tutto. L'ho divulgata per anni. Mi venivano contro TARADASH, DEL GATTO, mi venivano contro tutti. La MAIOLO. Ho fatto una vita bestiale. Sono riuscito ad andare a Zurigo, ho parlato. Presiedeva Emile LIEBERG, vice sindaco di Zurigo. Essendo un intruso, come sono un intruso qui, ho parlato per ultimo, come parlo per ultimo qua. E ho spiegato che cos'è l'eroina terapeutica, l'eroina medicina e l'eroina di stato. Non starò qui a spiegarlo, perché sarebbe un po' lungo. Però è chiaro che il proibizionismo ha peggiorato la situazione in Italia e nel mondo. Io voglio dire questo. Noi abbiamo da una parte il mercato clandestino delle droghe e dall'altra il mercato legale per il mantenimento clandestino delle droghe. È questo il fatto. E abbiamo l'accettazione continua di nuovi tossicodipendenti costruiti in continuazione dalla malavita organizzata. E qui si parla di educare. E parlando di educare si chiedono soldi allo Stato, finanziamenti, miliardi di miliardi. Poi si parla di prevenire, lavorare per prevenire. E si chiedono soldi e miliardi allo Stato per questo. Poi si parla di comunità, di liberare dalle dipendenze e qui si chiedono continui finanziamenti allo Stato. Ora signori, ma non vi siete accorti che abbiamo creato una catena di Sant'Antonio all'infinito? Ma voi immaginate un attimo che esce fuori un cerotto, una medicina, che, applicato sulla pelle dei tossicodipendenti, gli toglie la voglia di intossicarsi.
Immaginate questa cosa. E questa cosa tutti la vanno a fare no. Giusto? Per liberarsi dalla tossicodipendenza. Che cosa credete voi? Che i carabinieri, la polizia, le guardie carcerarie, le comunità, tutti gli assistenti sociali, tutto il mondo che lavoro intorno a questo problema della droga, finanziato dallo Stato, finanziato dai privati, accetterebbe questa cosa? Scenderebbero in piazza, farebbero sciopero, spaccherebbero, romperebbero. Farebbero danni, perché vogliono lavorare. E non gliene fregherebbe un tubo se essi lavorano sulla pelle dei nostri figli più deboli e più indifesi. Non gliene fregherebbe un accidente. È diventato un business, è diventato un lavoro. Signori, queste cose devono finire. Si può cancellare l'eroina. Io in Svizzera, non l'ho detta come sperimentazione l'eroina terapeutica, l'eroina medicina, l'eroina di Stato, l'ho detto come base nazionale. Però mi sono reso conto che, dall'oggi al domani, una persona non si può svegliare e ordinare a uno Stato una cosa. Questa Emile LIEBERG, insieme ad altre persone, ha già fatto miracoli a far fare questa sperimentazione in Svizzera. Ma se Emile LIEBERG da

questa sala mi potesse sentire, io gli direi: lavora per farlo su base nazionale. Avverrebbe il miracolo signori. La prima nazione che adotterebbe l'eroina terapeutica, l'eroina medicina, l'eroina di Stato dimostrerebbe a tutto il mondo come si fa a debellare l'eroina, come si fa a non far nascere più tossicodipendenti nelle generazioni future. Con un mercato a zero lire, nessun mercato al mondo può resistere. Sarebbero tutti spacciati. E lo Stato si prenderebbe in cura i suoi ammalati, i nostri figli caduti nella trappola della droga. E poi c'è un'altra cosa da riflettere. La tossicodipendenza quando avviene? Nell'età degli adulti o nell'età dei minori? La tossicodipendenza avviene in minore età. Sono rari quei casi in cui uno comincia a prendere l'eroina dopo i diciotto anni. Uno di quindici anni, che si droga a quindici o a quattordici anni, o a sedici, a diciassette anni, poi diventa adulto. Poi arriva a vent'anni, poi arriva a trent'anni, ma che c'entra? Allora un poliomielitico che prende la poliomielite da bambino, quando arriva a diciotto anni si pretende che si alzi da quella sedia e gli dicono di camminare? È la stessa cosa signori. Parlo solo di eroina signori, non confondiamola con le altre droghe perché allora non ci si capisce più. Perché le droghe vanno prese ad una ad una per quello che sono. Perché molti preti e molti educatori, quando io dico queste cose, rispondono: sì, però se si cancella l'eroina poi avvengono altre droghe. E di rimando ho solo una risposta. E allora gli dico: ma scusate un momento, allora non curiamo il tifo perché dopo viene il colera? E non curiamo il colera perché dopo viene la sifilide. O dopo viene l'AIDS. E non curiamo l'AIDS perché dopo vengono gli infarti. È questo quello che stanno dicendo quel signore e quei signori che pensano che, se eliminiamo l'eroina, dopo viene un'altra droga. Non c'è nessuna volontà, dicasi nessuna volontà nei proibizionisti di cancellare l'eroina, di cancellare la droga della morte. Si può cancellarla. Quasi a costi zero, rispetto a quelli di adesso. Perché i costi di questa operazione sono minimo sette, ottocento volte inferiori a quello che si spendono adesso per la lotta alla droga. E vi pare poco? Finché esistono delle persone che guadagnano una lira sul problema eroina, il problema eroina non si risolverà mai. Perché diventa un affare, diventa un business.»

Chairman Gaetano CUOZZO:- «Ringraziamo anche per questo intervento, che significa che il problema lo abbiamo sviscerato da tutte le parti. Volevo concludere questi lavori innanzitutto ringraziando tutti gli intervenuti. Ricordando che questa è una sessione di lavoro che avrà un suo prosieguo domani in una presentazione di quello che è stato il dibattito di oggi e che servirà a rilanciare, a costruire quei servizi, quelle integrazioni, quella necessaria sinergia che qui è stata richiamata un po' da tutti; anche nell'ultimo intervento, debbo dire, c'è questo elemento di attenzione. C'è stata richiamata anche da don Mario PICCHI, stamattina, un'esigenza. Quella prima di tutto intervenire in tempi utili, perché i nostri ragazzi possano cogliere il senso della dipendenza come fatto negativo e quindi potersi difendere da questo. Poi c'è l'esigenza di legare quest'azione a un sistema culturale più integrato, non solamente alla scuola. Poco fa mi meravigliavo che ci fosse un'insegnante sola in questo intervento, ma lo dicevo perché pensavo che ci fossero più insegnanti, e che ci dovessero essere altrettanti operatori così come ci sono stati. Che questo raccordo fra mondo della scuola e mondo dei servizi avvenga e sia sempre più integrato e interagente. E che tutte le risorse possano essere utilizzate al meglio. Le risorse non sono infinite, sono finite e quindi, come tali, è bene che questo utilizzo venga fatto nei termini giusti; il sistema pubblico che ci stiamo dando lo sta, in qualche modo, favorendo e anzi sollecitando. Il principio di sussidiarietà e il federalismo vanno intesi nel senso di migliore intervento e interesse degli enti locali. L'apertura del sistema scolastico anche all'extrascolastico e al territorio, l'autonomia scolastica sono tutti elementi che vanno verso questa direzione. Chi partecipa a questa convention evidentemente ha un interesse e un'attenzione forte sia a lavorare per debellare questo flagello, ma anche a migliorare il servizio e la cultura nel nostro paese. Forse sono le due cose che devono in qualche modo coniugarsi per raggiungere l'obiettivo. Il sistema pubblico che si sta

costruendo, queste cose le potrà facilitare. Educare per prevenire, dicevo all'inizio. È uno slogan che avevamo indicato. Credo che sia ancora una slogan valido e da tenere in considerazione.

FENOMENI DI ABUSO: NUOVI SOGGETTI PER ALTRI «OGGETTI»

Prof. Renato BRICOLO:- «Il chairman della nostra sessione è la dottoressa Teodora MACCHIA, responsabile del Reparto Sostanze di abuso del Laboratorio di biochimica clinica dell'Istituto Superiore di Sanità. Sono Renato BRICOLO e ho la responsabilità dell'organizzazione della giornata e in gran parte delle scelte che sono state fatte. La segreteria organizzativa di fatto è integrata anche dal professor Pietro D'EGIDIO, e noi tre alla fine della sessione avremo il compito di redigere il rapporto finale per la plenaria di domani. Se fra i presenti qualcuno fosse interessato a fermarsi a lavorare con noi, per darci il suo parere su questo rapporto, ne siamo ben lieti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Ho cercato di appuntare alcune idee che volevo proporre, anche per legare un po' tutti gli interventi che si svolgeranno nell'arco di questa giornata. E' con vero piacere che ho accolto l'invito del Ministro TURCO, anche su suggerimento di eminenti colleghi, alcuni dei quali sono seduti a questo tavolo, di seguire e moderare i lavori di questa sessione, che ha un titolo, come avete visto, un po' originale, forse anche un po' insolito, ma che riesce a sintetizzare benissimo il senso di quello che è successo in questi ultimi anni. Il senso cioè di questo scenario dell'abuso che impegnerà le istituzioni, gli operatori, i servizi, nei prossimi anni. In base ai più recenti connotati del fenomeno dettati da cambiamenti resi veloci anche dagli stili di vita che ruotano intorno al consumo di nuove sostanze, emerge l'esigenza di rafforzare e di finalizzare maggiormente le conoscenze, gli interventi, utilizzando l'esperienza maturata e, perché no, anche l'apporto della ricerca. Si rende necessario, e l'abbiamo sentito più volte ieri nei discorsi che hanno fatto i rappresentanti del nostro governo, considerare l'individuo nel suo insieme, nel fisico, nella mente, nei comportamenti e, aggiungerei, nelle propensioni a condotte di vita che predispongono all'assunzione di rischi. Rischi che sono vissuti come momenti gratificanti e non come sorgenti di pericolo. Combattere, abbiamo sentito, la droga è contrastare le singole sostanze, ma è anche e soprattutto prendersi cura dei singoli individui direttamente nel luogo in cui, nel contesto in cui si manifestano le loro propensioni a rischio, il loro atteggiamento nei confronti delle droghe, che sono percepite come strumento di elezione per gestire piacere, emozioni, relazioni, rendimento. E mi ritorna alla mente una frase pronunciata da un gruppo di ragazzi alla fine di alcuni lavori nell'ambito di un convegno. La conclusione è: ci si può divertire? Benissimo, anche senza sostanze, ma queste certo aiutano a godere di più dei divertimenti. Penso che questa frase renda un po' il senso di tanti discorsi che si faranno anche questa mattina. Emerge la conseguenza, la necessità di una sinergia ancora più solida

tra le istituzioni che hanno competenze diverse, tra il sanitario e il sociale, tra il pubblico e il privato, tra operatività e ricerca e soprattutto, e adesso vi dirò perché, tra monitoraggio e informazione. La conferenza di Napoli aveva concluso i suoi lavori sui nuovi consumi sottolineando la difficoltà rispetto alla lettura del fenomeno, alla scelta delle strategie e alle risposte da approntare. Dal lavoro che è stato effettuato negli anni successivi alla conferenza di Napoli, è emerso che queste difficoltà sono in gran parte alimentate dalla mancanza di sistemi di sorveglianza. Di conseguenza una particolare attenzione e una specifica allocazione di risorse, e qui sottolineo questa nota dolente, debbono essere dedicate ai sistemi di sorveglianza. Essi infatti sono in grado di fornire informazione pronta e specifica sui cambiamenti nei comportamenti correnti, nelle mode, nelle capacità di relazionarsi con gli altri, con un mondo che cambia assai rapidamente e, probabilmente più per noi adulti che per i ragazzi, forse troppo velocemente.
I sistemi di sorveglianza permettono di far fronte in un modo efficace e corretto a due problemi, che spesso vengono affrontati più con criteri metafisici che quantitativi. Il primo: i sistemi di sorveglianza sono in grado di fornirci indicazioni tempestive, e su questo termine "tempestività" ritorneremo per altri argomenti nel corso della mattinata, sulle novità che intervengono rispetto al passato. In secondo luogo essi costituiscono l'unica strada, e tendo a sottolinearlo, che ci consente di valutare l'impatto delle nostre azioni, degli interventi e anche delle strategie a livello nazionale e comunque non geograficamente circoscritto. Va sottolineato che quando parliamo di sistemi di sorveglianza non dobbiamo limitarci a considerare sistemi specificamente dedicati al fenomeno droga e che certamente però continuano a rappresentare la struttura portante del nostro problema. Cito a titolo di esempio, perché è tra i più conosciuti, lo studio Esspad che ha fatto la European school survey project on alchol and drugs, ma penso anche a sistemi che, pur essendo dedicati ad altre problematiche, raccolgono informazioni che ci possono essere utili per leggere alcuni aspetti di questo fenomeno. Sempre a titolo di esempio, cito un altro sistema che si basa su un approccio multirischio, sviluppato all'Istituto Superiore di Sanità, per indagini periodiche nelle scuole per migliorare la sicurezza sulle strade. Questo sistema raccoglie anche informazioni su alcool, sostanze e altre abitudini, perché questi rappresentano rischi di elezione per l'insorgere di incidenti stradali. Ne deriva la definizione di un profilo comportamentale in funzione dei rischi che può risultare utile nel monitorare la variazione negli atteggiamenti e le nuove propensioni a rischi, da utilizzare anche per finalità diverse dalla sicurezza stradale. Un sistema di sorveglianza è indispensabile per affrontare con cognizione di causa la questione dei rischi e degli effetti sanitari comportamentali, che ormai sappiamo che il consumo di droghe sintetiche determina nell'uomo. I rischi nell'uomo sono incrementati da abitudini e stili di vita che già di per sé rappresentano fattori di rischio. I rischi nell'uomo sono confusi in un contesto poliassuntivo, che rende difficile l'esame dei singoli fattori e sono modulati da fattori contribuenti quali lo stato fisico, psicologico del soggetto, le motivazioni di uso e le attese sulla sostanza, il contesto ambientale, le situazioni in cui il consumo avviene. In aggiunta, una varietà crescente di sostanze caratterizza il mercato illecito. Questa varietà e variabilità sia della composizione, sia dell'aspetto morfologico, insieme agli effetti tossicologici assuntivi, che comportano un aggravio di rischio sanitario, rendono indispensabile oggi, più di ieri, una valutazione della componente tossicologica globale di questi singoli prodotti. Ma quest'azione richiede un'attività e un impegno multidisciplinare e di ricerca che difficilmente oggi viene impiegato per l'analisi dei reperti del traffico illecito, anche se piccoli, e ancor meno nel caso delle singole compresse. Inoltre nel corso del '99 sono state più volte, in territori differenti, individuate compresse che, sotto lo stesso logo, contenevano sostanze diverse per tipologia e dosaggio. E su questa problematica, che è una questione cardine per ciò che riguarda il campo dell'abuso delle nuove sostanze, torneremo dettagliatamente con un intervento nella mattinata. Di quale esctasy si parla? I rischi di quale ecstasy possiamo obiettivamente considerare? Che cosa realmente viene, di volta in volta, assunto da ignari consumatori? Come possiamo cor-

rettamente informare per dissuadere? L'unico strumento, ritornando al discorso che facevamo prima, è un monitoraggio analitico e sistematico, almeno dei territori più rappresentativi. E anche per questo ci sono dei problemi di cui verrà trattato nel corso della mattinata. Questo e altri aspetti sono oggetto di attività che il Gruppo Tecnico Interregionale sulle droghe sintetiche sta portando avanti e che, grazie alla disponibilità del Dipartimento per gli Affari Sociali, in occasione di questa conferenza, chi è interessato, ha la possibilità di leggere in un rapporto che si chiama "Conoscere il cambiamento". Il Gruppo Tecnico Interregionale sulle droghe sintetiche è costituito da referenti formalmente espressi da tutte le Regioni e dalle Province autonome, da rappresentanti di associazione del privato sociale come il CNCA e la FICT, del Ministero della Sanità, Dipartimento Affari Sociali, dal coordinatore della Consulta per le droghe sintetiche, da ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità. L'istituto si occupa del coordinamento delle attività del gruppo e del progetto di ricerca, sostenuto dal Fondo Nazionale sulla Droga, progetto che è derivato dalle attività di questo gruppo tecnico. I lavori di questa sessione svilupperanno i temi più importanti che sono stati sintetizzati in questa breve introduzione e costituiranno la base per un partecipato e proficuo dibattito. La conferenza - l'abbiamo sentito ripetere più volte anche dal Ministro Turco ieri - è insieme verifica e progettazione, è confronto, ma è anche e soprattutto proposizione, e siamo sicuri che potrà contare sull'apporto di esperienze e di idee di tutti voi che partecipate ai lavori di questa giornata. Dichiaro quindi, se il professor Bricolo me lo consente, subito aperti i lavori della giornata, cedendo la parola al professor Bricolo, coordinatore di sessione della consulta.»

Prof. Renato BRICOLO:- «Cominciamo dal titolo "I fenomeni di abuso, nuovi soggetti per altri oggetti". Ho impostato questa brevissima relazione introduttiva cercando di chiarire i perché di questa scelta. Quando sei o sette anni fa sono comparse, sulla scena dei consumi del nostro paese, le prime sostanze diverse da quelle che tradizionalmente i servizi pubblici e privati affrontavano, quindi diverse dall'eroina, dall'alcool, la maggior parte dei servizi stessi era articolata e ritagliata sugli interventi di risposta alla eroinomania, cioè alla tossicodipendenza da eroina. E quindi, sia nell'approccio psico - sociale delle comunità, sia in quello più sanitario dei SERT, mancava, si potrebbe dire quasi, l'orientamento culturale per poter incontrare situazioni diverse da quelle della dipendenza da eroina. Molti servizi, per molto tempo, non si sono accorti, e forse alcuni anche continuano a non accorgersi di queste novità, e quanto meno a riproporre i soliti schemi ormai consolidati. Le diatribe sui farmaci sostitutivi non sono minimamente superate, ma comunque si potrebbe dire consolidate, se non altro nella rigidità interpretativa della risposta da dare. Alcuni di noi invece hanno avuto la percezione e la sensazione che ci fosse qualcosa di nuovo, che ci fossero dei cambiamenti sulla scena del consumo e sulle modalità e sulle caratteristiche anche dell'utenza, e quindi non accettarono questa semplificazione che in fondo ogni assunzione era tossicodipendenza e che quindi la risposta doveva essere più o meno costante e cominciarono dei percorsi un po' o anche profondamente diversi, di ricerca, anche se un po' grossolana - forse usare questo termine è a volte improprio - o comunque per lo meno di attenzione.
I principali fattori di differenza e di novità fra il mondo che tradizionalmente noi servivamo nei SERT e il mondo nuovo, ecco perché poi è stato coniato questo aggettivo "nuovo", erano il fatto che l'assunzione era ritualizzata fondamentalmente in occasione di feste, il fatto che all'interno della stessa festa, dello stesso evento c'erano assuntori e non assuntori, la sovversione del rapporto notte e giorno e del significato della notte che era profondamente cambiato nella concezione e nell'uso delle nuove generazioni e non solo di queste, la percezione che in molti giovani si andava opponendo il concetto del principio d'ordine, del dover essere, quindi la scuola e il lavoro rispetto al principio del piacere o del divertimento, del loisir e che la contraddittorietà di questi due punti veniva affrontata, e in parte anche risolta, nella successione temporale, alternando momento di

impegno a momenti di alto disimpegno, cosa che si trova molto meno nei tossicodipendenti veri e propri, e il fatto che queste assunzioni fossero quasi sempre plurime, con una tendenza a mescolare parecchie sostanze, piuttosto che a sceglierne una sola e a dialogare principalmente con questa. Questi fattori di differenza non piccoli portarono molti di noi a scegliere alcune linee operative subito. La prima è stata la necessità di documentarsi su che cosa avveniva, che cosa accadeva in questi eventi e in queste feste. Un mondo molto sconosciuto per la gran parte di noi, come dirò dopo. Secondariamente la necessità di documentarsi su che cosa queste persone assumevano. Già Teodora ha spiegato come questo problema sia ancora irrisolto.
Ieri la ministra TURCO ha fatto suo il problema dell'analisi delle sostanze e speriamo che questa scelta coraggiosa sia portata avanti. Speriamo di riuscire a trovare delle soluzioni che permettano abbastanza presto di poter analizzare le sostanze e diffonderne poi le conoscenze, ma TOSI poi più avanti parlerà di questo problema.
Un altro punto era centrale: quello di cominciare a conoscere e a curiosare, quasi come dei voyeur, quello che compiva, quello che faceva, quello che organizzava, il cosiddetto popolo della notte. Uno dei problemi principali fu però la grande differenza di età e di cultura che la maggior parte di noi, operatori dei SERT, avevamo rispetto a loro. Evidentemente, non solo io che sono molto vecchio, ma anche la media delle persone che operano nei SERT, sono pur sempre laureati, quindi persone di trenta, trentacinque, quarant'anni. Pensare che queste persone potessero cominciare a vivere la notte, a incontrare i giovani, era molto difficile per molti di noi. Quindi partirono alcune alleanze con strutture del privato sociale che erano sicuramente molto più duttili di noi nel poter fare contratti, nel poter assumere, se non altro, giovani neo - laureati o altri, e organizzammo comunque tutta una serie di operazioni di adattamento anche anagrafico, per poter entrare in conoscenza e in rapporto con questo mondo. Mondo che, ripeto, per la maggior parte di noi, era sconosciuto e temevamo di non poterlo neanche affrontare. Qui ci fu di grandissimo aiuto il mondo degli operatori della notte. Soprattutto alcuni particolarmente illuminati, sia come esponenti del Sindacato italiano locali da ballo, sia come singoli protagonisti, uno è qui presente, "Principe Maurice", con il quale ormai si lavora da molto tempo; poi abbiamo lavorato molto anche con Pier PIERUCCI. Queste persone ci hanno aiutato in fondo a superare la paura o la difficoltà che avevamo. Non credevamo di poter aver accesso facile in questi ambienti, di poter incontrare molto facilmente i giovani che andavano a ballare: questi compagni di lavoro, mi verrebbe da dire, ci hanno molto incoraggiato, spiegandoci che la loro esperienza professionale diceva esattamente l'inverso, e cioè che c'era un grande interesse, una grande disponibilità all'apertura e quindi su questo abbiamo incominciato a lavorare. Accenno appena che questa traiettoria che sembrava po', al limite, anche grossolana, un po' superficiale, quando è partita ha portato addirittura a un atto di intesa tra il Sindacato Italiano Locali da Ballo ed il governo, sollecitato dall'onorevole TURCO, dove si comincia a prevedere un rapporto organico fra discoteche e interventi di informazione e di prevenzione. Molti degli interventi di oggi, parleranno non solo delle prime, ma anche delle ormai consolidate esperienze in questo ambito. Segnalo questo aspetto perché secondo me è peculiare per indicare la grande svolta che è stata fatta. Noi abbiamo compreso che essendo questi consumi organizzati in luoghi specifici per il divertimento era assurdo non tentare delle alleanze con chi in questo ambiente lavorava. Il preconcetto che molti hanno, che gli organizzatori dei divertimenti, oltre che persone che evidentemente lo fanno per soldi, siano anche in fin dei conti, conniventi o quasi del mondo dello spaccio, è stato superato con una certa difficoltà, ma direi felicemente e ora in molte situazioni del nostro paese si riesce a lavorare decisamente bene.
Un altro dei punti importanti che ha comportato questa scelta di lasciare il consolidato terreno delle tossicodipendenze per avviarci come dei sensori con un monitoraggio continuo nel mondo dei giovani, ha permesso di incontrare anche l'inizio delle differenti forme di patologia, se vogliamo usare questo termine, o comunque di patologicizzazio-

ne o strutturazione di nuclei di personalità o comportamenti che in qualche modo possono essere preliminari e poi divenire patologici. Ed è su questa scia che, lasciando il terreno clinico consolidato dei SERT, delle Comunità o degli studi anche, dei gruppi di professionisti eccetera, e dislocandoci progressivamente in periferia, abbiamo potuto incontrare altre forme di organizzazione del divertimento, di strutturazione di comportamenti sui quali è opportuno cominciare a confrontarci e a riflettere anche per una diversa organizzazione dei servizi. Ecco quindi il perché del titolo: i fenomeni di abuso, nuovi soggetti per altri oggetti. Perché credo che se noi riuscissimo o riusciamo, e mi pare che in parte finora è anche andata bene da questo punto di vista, ad evitare l'ansia di fissare il nostro comportamento terapeutico di servizio in strutture rigide e se manteniamo la capacità di essere duttili e adattivi e di seguire l'organizzarsi, l'affiorare delle modalità comportamentali delle nuove generazioni, probabilmente diminuiremmo anche quella grandissima frattura che tradizionalmente c'è stata fra l'organizzazione di un nucleo patologico in un giovane e l'accesso ad un servizio socio - sanitario, che avviene quasi sempre molto tempo dopo. Non solo per gli assuntori di eroina ma ancora di più per altre situazioni. Questa giornata che è partita con le cosiddette nuove droghe, con i nuovi comportamenti, con i nuovi stili di vita, vuole ulteriormente aprirsi, quasi provocatoriamente, a delle altre forme di patologia, se mi si passa il termine, che a volte possono prescindere anche dalle sostanze.
Allora abbiamo invitato due persone ad aprire questo discorso: la professoressa TORTI, che farà un intervento dal titolo "Oltre la soglia, le condotte dell'eccesso tra rischio e piacere", e che ci accompagnerà in un approccio psicologico e sociale, e il professor Enzo GORI, che parlerà invece delle basi biologiche e dei comportamenti iterativi. Abbiamo scelto apposta questa sorta di dicotomia, quasi di polarizzazione estrema, perché credo che tutti quelli che operano in un settore come quello dei consumi e degli abusi o delle dipendenze - se vogliamo generalizzare ancora più grossolanamente, ma è un termine che comincio a utilizzare sempre più malvolentieri, se non in determinate situazioni - se vogliono avvicinarsi a questo mondo, non possono non ragionare sia con una polarità biologica, sia con una polarità di cultura psico - sociale.
TIDONE parlerà della centralità dei meccanismi di addiction nei disturbi di comportamento alimentare, TOSI parlerà dell'analisi, CROCE del gioco d'azzardo, altri daranno i loro contributi, di modo che, alla fine di questa giornata, che si prevede piuttosto lunga, riusciremo ad avere non un'idea definitiva e chiara - perché non sarebbe neanche il caso - ma almeno un'approssimazione di che cosa i vari attori della scena hanno visto, hanno cominciato a vedere, delle esperienze che si sono fatte, dei saperi che si vanno consolidando, e quindi riuscire ad integrare, in una sorta di nuova bussola, la nostra attività professionale, personale e dei servizi nei quali noi lavoriamo e che evidentemente dobbiamo proporre.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Daremo ora la parola al professor Pietro D'EGIDIO, responsabile del SERT di Pescara, il quale ci farà un po' una panoramica sull'articolazione, sul razionale di questa giornata e dei lavori che ci accingiamo a portare avanti e che, come ha giustamente detto Renato BRICOLO, saranno impegnativi, sia dal punto di vista di contenuti, sia dal punto di vista dei tempi.»

Prof. Pietro D'EGIDIO:- «La scelta che è stata fatta è quella di offrire l'opportunità a tutti coloro che ne fossero interessati, di avere uno spazio per un intervento che può essere orale, ma anche scritto, nel senso che può essere consegnato e verrà messo subito in linea su questo sito web. Abbiamo organizzato questa nostra giornata dei lavori nella maniera che vi illustro. In sala sono disponibili due schede. Con una ci si può prenotare per un intervento. Ci sono alcuni dati che vengono indicati e noi abbiamo diviso la giornata dei nostri lavori in cinque sezioni. Questa scelta è stata fatta per facilitare la stesura di un rapporto finale che sia quanto più possibile aderente agli argomenti e alle rifles-

sioni che vengono offerte in sala. I cinque sottotitoli, ciascuno può sceglierne uno o più di uno, sono i seguenti: atteggiamenti attuali verso sostanze e comportamenti, le prevenzioni, bisogni individuali e accompagnamento ai servizi, offerte di servizi e il sistema di servizi. La trascrizione di questi interventi, chiaramente con qualche piccolo aggiustamento per tradurre il parlato nello scritto, verrà posta, quanto prima, sul sito. Se qualcuno però ha a disposizione o avesse il desiderio di proporre un file con l'argomento trattato, se ce lo invia entro il 10 dicembre, lo metteremo come documento tra i lavori di questa sessione. È anche possibile che qualcuno scelga di non parlare, ma di proporre solo un intervento scritto. Anche in questo modo rimarrà una traccia del suo contributo. La seconda scheda è stata pensata per offrire l'opportunità a chiunque svolga un'attività, conduca un'azione sul territorio nazionale riferito a questi nostri argomenti, e abbia desiderio e interesse a segnalarla questa sua attività, di farlo. In questo modo avremmo un secondo database, anche questo consultabile in linea, con cui potremmo metterci in contatto, scambiarci esperienze, riflessioni, e costruire anche da questo punto di vista una rete dei servizi.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Mi sembra una scelta operativamente molto condivisibile, e passeremmo subito la parola alla dottoressa Teresa TORTI, docente universitario di sociologia, che ci parlerà di un tema dal titolo "Oltre la soglia, le condotte dell'eccesso fra rischio e piacere". »

Dr.ssa Teresa TORTI:- «Il mio intervento stamattina vorrebbe focalizzare l'attenzione innanzitutto sul concetto di soglia. La soglia ha un grande valore sul piano sia del mito che del simbolo e sul piano del processo di crescita che ha caratterizzato nella storia dell'umanità il procedere e il ricambio di diverse generazioni. La soglia, il limen, assume un significato molto importante sia nella fase dell'adolescenza - andare, stare dentro la soglia, stare nella soglia, la soglia per l'ingresso nella vita adulta - sia nel mondo adulto - stare fuori dalla soglia, stare sulla soglia, guardare oltre la soglia. Ma il limen è anche uno spazio evocativo e onirico. La liminarità, per esempio, fa parte integrante di tutti i mondi dello svago, che vengono infatti definiti come mondi paralleli. Lo stesso termine intrattenimento ha la sua radice etimologica nel verbo entrattenir, tenere separato, creare uno spazio di transito tra la vita ordinaria e la vita extraordinaria, tra la vita seria o la vita allegra. Altre occasioni folkloriche di festa, come il Carnevale, si collocano dentro lo spazio del limen, della liminarità. Il tempo sospeso, un tempo sospeso dagli obblighi e dai vincoli della vita di tutti i giorni, un tempo aperto ad avventure che però stanno dentro quello spazio circoscritto, dentro le feste del Carnevale, dentro la festa della domenica, dentro la festa di Capodanno piuttosto che dentro altre. Quando usiamo dei concetti come quello di abuso e quello di condotte dell'eccesso, intendiamo allora delle condotte che fuoriescono dalla soglia, non stanno più dentro la soglia e vanno oltre la soglia. Praticamente l'eccesso o l'abuso, in una prospettiva sociologica, quale è quella in cui cerco di collocare questa mia relazione, significa che noi fuoriusciamo, non tanto da una condotta lecita, ma dal frame di legittimazione che accetta che, per esempio, "semel in anno licet insanire", e quindi usiamo "condotte a rischio" in uno spazio e in tempi che non sono più consentiti dal calendario dell'ordine sociale delle regole vigenti. Questa premessa è importante per sottolineare il fatto che quando parliamo di condotte dell'eccesso, di comportamenti di abuso, diamo delle definizioni socialmente e culturalmente costruite. Nel senso che queste definizioni di eccesso e di abuso cambiano nel tempo e nello spazio e coi cambiamenti della società. Oggi, per esempio, quando parliamo di condotte a rischio, individuiamo in primis come interlocutori i giovani. Proprio sulle condotte a rischio si crea un nuovo discorso di allarme sociale che riguarda le nuove generazioni. Ma anche qui, se su un piano metodologico vogliamo ricostruire, come abbiamo fatto dal secondo dopoguerra ad oggi, un discorso di emergenza sui giovani, dobbiamo tenere conto che in questi anni assistiamo a un'interessante evoluzione di sce-

nari e di contesti di riferimento, su cui vorrei attirare l'attenzione di tutti i presenti, perché so che tutti loro operano sui fronti molto legati alle condotte giovanili. Negli anni '50 e '60 il discorso di emergenza sui giovani era legato a condizioni di esclusione e marginalità sociale. Si parlava di ragazzi devianti o di ragazzi delinquenti ed erano i ragazzi delle periferie a rischio o delle aree assolutamente deprivate. Negli anni '70 l'enfasi sull'allarme dei giovani si sposta chiaramente sul terreno politico e sulle forme di conflitto e di antagonismo dei movimenti politici. Dai gruppi extraparlmentari, agli anni di piombo, al movimento delle autoriduzioni, al rifiuto del lavoro. Per poi arrivare dagli anni '80 ad oggi ad un discorso sull'emergenza dei giovani che è ancorato alle pratiche del loisir. Vale dire è ancorato alla dimensioni del piacere. Dalle stragi del sabato sera al consumo di sostanze, ai rischi nella sfera dei comportamenti sessuali, ai differenti riti e miti di socialità nel tempo libero. Questa sequenza di passaggi assume un particolare significato, perché sembra aderire in toto alle più vaste traiettorie di mutamento e di conflitto sociale che avvengono nel travaso dalla società industriale alla società postindustriale. Dalla centralità dell'ethos del lavoro al declino del paradigma produttivistico. Si è così configurato sul piano della creazione del clima di urgenza sociale, una sorta di doppio movimento che ha saldato la nuova attenzione alle dinamiche di valorizzazione del loisir agli antichi stigmi nei confronti della sfera dello svago e del divertimento, per porre al centro delle campagne di allarme e di sensibilizzazione il binomio rischio - piacere. In un certo senso è come se, sul piano del metamessaggio, si ponesse un'equazione tra rischio e piacere che rispolvera vecchi anatemi e ben note censure. Ma paradossalmente tale riesumazione, sospesa tra pragmatica e morale, si afferma in una società che da molto tempo ha riconvertito per i giovani il diritto al lavoro in dovere di consumo. Sono ormai più di vent'anni che per alcune generazioni, i diritti di cittadinanza sono spinti all'esterno dalla sfera produttivistica e gli unici spazi di protagonismo vengono modellati sui territori delle offerte e delle lusinghe delle merci a sempre più alto contenuto simbolico e comunicativo. Ed è proprio in questo contesto che allora l'imperativo del consumo a fini ludici, quasi l'obbligo di piacere, di stare bene, di dover piacere, si declina, secondo i nuovi codici, fra mercato e Stato, alimentando da un lato, con continue attrattive, la voracità dei desideri, che non devono mai saziarsi, e dall'altro imponendo nuovi contenuti e nuovi involucri di ordine e controllo sociale. In tale logica l'indice si punta contro l'eccesso, non contro il comportamento in quanto tale, nella evidente consapevolezza delle quote di disordine emozionale che sono implicite negli investimenti simbolici connessi ai desideri, ai consumi, ai piaceri. Si elaborano così statuti di disciplinamento per far rispettare regole e galatei del disordine ordinato della festa consumistica, riproponendo la stereotipata antinomia tra gioventù spensierata e gioventù angosciata, tra il mercato giovanile e il problema giovanile, tra i consumatori sani e i consumatori a rischio. Ed è in questa chiave di lettura che occorre allora, a mio avviso, riflettere sulle condotte dell'eccesso e sulle cosiddette condotte a rischio. Perché anche oggi quando noi parliamo dei giovani estasiati parliamo, come ci ha insegnato BRICOLA ed altri illustri studiosi, di persone che si collocano e si presentano più come consumatori che non come dipendenti. E oggi abbiamo dei registri legali e di ordine morale che quindi ci potrebbero dire che questi sono i consumatori cattivi, mentre altri sono consumatori buoni, ma, utilizzando una metafora, se pensiamo a questo grande ipermercato di merci e materiali che sta anche crescendo con la new economy, a questo punto ci troviamo di fronte ad un problema di gerarchizzazione di consumi o di gerarchizzazione delle condotte di consumo, dove però, di fondo, si attua una mercificazione sempre più forte dell'individuo. Per cui, anche dal punto di vista sociale, il messaggio che viene dato alle nuove generazioni si caratterizza davvero come metamessaggio, perché ci sono molti imperativi e molti doveri di consumo, si spinge molto sulla voracità dei desideri, poi si vorrebbe arginare questa bulimia verso merci che vengono consentite, al contrario di altre merci e di beni che sono vietati. L'aspetto interessante è infatti che noi viviamo in una società che sempre più sostituisce l'uomo come produttore di beni con l'uomo consuma-

tore di merci. Un grande sociologo contemporaneo, BAUMAN, dice che nella società contemporanea ormai l'uomo consumatore si definisce sempre di più come collezionista di piaceri e cercatore di sensazioni. Parlando di adulti abbiamo dei consumatori che hanno sempre più bisogno di attingere a un immaginario simbolico per trovare stimoli nell'acquisto e verso nuove merci. Ma se allora il consumatore adulto della tarda modernità si caratterizza come cercatore di sensazioni ed è spinto in questo da un mercato consumistico sempre più esasperato, che a questo punto ha bisogno di consumare emozioni e non più merci, non troviamo delle curiose analogie con le nuove sostanze, che mirano appunto a far aumentare, a far crescere il plusvalore emozionale in modo da provare nuove sensazioni?

Oggi si parla molto di condotte a rischio. Anni fa mi occupai per molto tempo di minori a rischio; sappiamo che quando le istituzioni parlano di condotte a rischio, in realtà i rischi si sono ampiamente manifestati. Ma anche qui il concetto di rischio lo possiamo collocare storicamente, perché non sempre nella storia abbiamo usato il concetto di rischio. In un certo senso, nel discorso comune, spesso utilizziamo in modo indifferente il concetto di pericolo e quello di rischio, mentre tra questi due concetti c'è una differenza significativa. Vale a dire che il pericolo si può qualificare come un evento negativo futuro che appare non troppo improbabile nel proprio ambito di vita e di lavoro, ma che non è normalmente imputabile a decisioni proprie. Come il pericolo delle frane. Di rischio si deve al contrario parlare quando il danno può essere imputato ad una decisone propria. Vale a dire il rischio, a differenza del pericolo, è un aspetto della decisione. Tu puoi andare in montagna: ci può essere il pericolo di una frana, oppure puoi andare in montagna e assumere dei comportamenti a rischio sciando su piste pericolose o con neve fradicia, in questo caso assumi una condotta a rischio. Ma quando entra nella storia il concetto di rischio? Secondo un sociologo molto noto, non più con noi, ma molto importante nella sociologia del '900, Nicklas ZUMAN, il concetto di rischio entra nella storia della modernità occidentale, fra il tardo medioevo e la prima modernità. In particolare, nella tradizione scolastica medioevale, il concetto di rischio entra in un campo prima economico che non morale. Vale a dire è invocato a giustificazione della pratica di un'usura moderata. I concetti di: periculuum sortis e ratio incertitudinis sono impiegati per descrivere quel particolare rischio di ordine economico - finanziario derivante dalla ipotetica insolvibilità del debitore che quindi legittima la riscossione di un interesse. LE GOEFF nel suo studio sull'usura indica proprio come il concetto di rischio serve a giustificare un concetto di usura moderata, non eccessiva. Un'usura quanto basta. Quindi il concetto di rischio entra quando si afferma anche nella modernità il concetto di homo economicus, quando noi siamo dentro quello che WEBER definirebbe il processo di razionalizzazione della società, sempre crescente, a cui corrisponde il disincanto del mondo. Si crede in un principio di razionalità strumentale che governa tutte le condotte e quindi, contrariamente all'accezione del significato corrente, il rischio viene adottato come strumento di razionalità e non come strumento e mezzo o espressione di una condotta di eccesso. Oggi, quando parliamo di condotte di eccesso o di valutazioni del rischio, siamo ancora dentro un orizzonte di razionalità estrema, in cui pensiamo che conoscendo i rischi li possiamo prevenire, che le condotte a rischio vanno arginate o disciplinate. Però il paradosso dell'epoca contemporanea sta nel fatto che nella società complessa, come ormai molti studiosi degli scenari internazionali confermano, abbiamo sempre più rischi che vogliamo controllare, ma ci troviamo in una situazione in cui il rischio è diventato una componente strutturale della nostra esistenza. SENNET, un sociologo americano, dice che ormai il rischio fa parte della nostra vita quotidiana di massa. Nell'epoca della globalizzazione, basterebbe seguire le vicende economico - finanziarie, diminuiscono i margini di previsione e aumentano gli elementi di incognita. Gli elementi di incognita contengono necessariamente un rischio. Rispetto agli scenari della vita giovanile, non ne parliamo. Chi è nato negli anni '80, quindi chi oggi ha vent'anni, si trova di fronte una vita in cui noi stessi adulti diciamo loro che devono essere flessibili e

accettare ogni tipo di rischio. Non più certezze sul lavoro, non più certezze sugli affetti, non più certezze di previdenza: il messaggio che diamo è che vivranno in una società piena di potenzialità, ma anche di rischi, e dovranno navigare in un mare aperto. Ecco perché allora tra le giovani generazioni, è più di vent'anni che mi occupo di condizione giovanile, sta anche mutando la percezione del rischio, nel momento in cui viene meno la dimensione di un progetto esistenziale o di carriera e nel momento in cui il meccanismo della ricompensa differita non può pagare su traiettorie di medio, lungo termine; a questo punto cambia la percezione nei confronti del progetto, della società, della carriera esistenziale, cambia anche l'atteggiamento nei confronti di quelle che possono essere codificate a seconda dei contesti, come condotte a rischio. In questo contesto, proprio perché ai giovani l'unico diritto - dovere che è stato riconosciuto negli ultimi vent'anni è stato quello del consumo, è soprattutto nella sfera dello svago e del consumo che noi troviamo condotte a rischio. Vorrei chiedere: siamo proprio sicuri che le troviamo unicamente nella sfera dello svago queste cosiddette fun drug, le droghe del divertimento? Queste droghe del divertimento sono in queste aree, oppure siamo noi adulti che abbiamo puntato i riflettori su di esse e abbiamo deciso che è più comodo analizzare i giovani nelle loro condotte a rischio quando vanno in discoteca o quando ballano, quando vanno ai concerti o quando stanno insieme, che non vederli nei silenzi di marginalità, di disperazione e di angoscia, che non hanno riflettori ma che si collegano a queste droghe del divertimento? Le condotte dell'eccesso non sono solo giovanili.

Ci sono dei libri del CAI, Club Alpino Italiano, che stanno mettendo in evidenza come tra gli adulti stanno cambiano le condotte a rischio in montagna. Sempre più adulti si dedicano a sport pericolosi, e, come dice un sociologo francese LE BRETON, ormai in Francia è nata una rivista che si chiama "Nuovi avventurieri" e vende avventure tipo Parigi - Dakar, Camel Trophy, cioè avventure sempre più rischiose. Quindi c'è un grande bisogno di un plusvalore emozionale nella nostra società, che investe non solo i giovani, ma anche gli adulti. Solo che noi di solito siamo abituati ancora a ragionare per compartimenti stagni, quindi guardiamo le condotte a rischio dei giovani estasiati e non guardiamo le condotte a rischio degli adulti che fanno iperpalestre, sport pericolosi, e non riusciamo a stabilire un collegamento tra questo. Mentre sarebbe importante, perché ci sono dei rapporti.

Altro elemento significativo è come l'avventura diventa a questo punto una merce. La quota del disordine emozionale diventa quasi una prestazione sociale a richiesta. Perché in fondo è come se sia le nuove sostanze, sia le nuove condotte di abuso, si giocassero tutto sul territorio della performatività. Da alcune mie ricerche empiriche condotte attraverso metodi di ricerca etnografica, potrei dire che, ad esempio, tra i giovani consumatori di sostanze si trasgredisce la regola, per aderire maggiormente alle norme dell'ordine sociale. Anche se qui ci sono state le contestazioni del movimento antiproibizionista, col pieno rispetto per gli amici antiproibizionisti, se rifletto sull'uso di sostanze diffuso, anche discontinuo e occasionale, e su quanto è circoscritto il movimento antiproibizionista, ne ricavo un dato, cioè che questo consumo di sostanze o queste condotte dell'eccesso nella società contemporanea, non vanno viste come atteggiamento critico nei confronti dei valori o dei principi di ordine sui cui si fonda la società, ma, al contrario, indicano una strada faticosa per raggiungere spazi di protagonismo, spazi di performatività maggiore per persone che, sugli scenari di vita sociale tradizionale, di lavoro, di scuola, di famiglia, non accedono a ricompense sociali significative. Non è solo il modello del "re per una notte", è il crearsi altri palcoscenici per affermare un protagonismo performativo, quindi per accedere maggiormente ai valori di questo sistema sociale. Le condotte dell'eccesso sono una risposta a bisogni di protagonismo sempre più marcati quanto più sono le merci di tipo immateriale a valore simbolico, comunicativo, emozionale che vengono immesse sul mercato. Sono atteggiamenti di desiderio incontinente, incontenibile, e sono atteggiamenti, talvolta, di voracità o di bulimia.

All'interno di queste cornici, riconsiderare il tema del rapporto tra condotte da abuso e

condotte d'uso, può voler dire che forse anche la nostra attenzione di educatori, di operatori, di ricercatori sui giovani, dovrebbe maggiormente essere legata agli usi, piuttosto che agli abusi. Esplorare e approfondire di più gli usi, per capire le matrici da cui partono gli abusi, che in una società differenziata e segmentata come la nostra sono sempre più disarticolate, perché ormai viviamo in una società fortemente individualizzata. Le condotte sono sempre più autoriferite e non è un caso che talvolta siano proprio i riti della notte, o riti del tempo libero, della socialità, della dance, a ricreare dei legami con una comunità che altrimenti vengono persi e sminuzzati.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Mi spiace veramente di dover interrompere questa lettura magistrale, estremamente interessante. Do subito la parola al professor GORI, che è docente universitario in farmacologia dell'Università di Milano, tutti noi lo conosciamo. Al professore è stato affidato il compito di sviluppare il tema delle basi biologiche dei comportamenti iterativi.»

Prof. Enzo GORI:- «Quando il professor BRICOLO col suo travolgente e anche sapiente entusiasmo organizzativo mi ha pregato di svolgere il tema di cui in questo momento la moderatrice vi ha dato il titolo, devo dire che mi sono sentito, ad un certo punto, come un vecchio mulo recalcitrante a cui è stato imposto un basto. Adesso però, dopo aver lavorato sul tema, afflitto da un'odontalgia persistente, devo riconoscere che questo invito ha avuto un grande pregio almeno ai miei occhi. Mi ha permesso di riconsiderare il tema dell'addiction e della tossicodipendenza sotto una nuova luce, che direi a me stesso era quasi sconosciuta. E questo perché, come giustamente è stato sostenuto, bisogna che usciamo dallo stretto campo della chemiodipendenza per allargarci al campo psichiatrico e psico - sociologico generale nel considerare questo fenomeno. Comincerò citando un verso di uno scritto che per la verità mi è assolutamente sconosciuto, di ODEN, che ha vinto il premio Pulitzer nel 1947 scrivendo un testo che dicono molto buono sulla Age of anxiety, cioè il tempo dell'ansietà, il quale ha detto lapidariamente: "All sins tend to be addictive", cioè tutti i peccati tendono a dare dipendenza. Questo distico è stato preso da un astuto psichiatra londinese, un certo MARX, che nel 1990 ha rilanciato il tema dei cosiddetti behaviour and non chemical addiction, iniziando con dire che "Real life is a series of addiction and without them we die", cioè la vita è una serie di dipendenze e senza le dipendenze noi moriremmo. E così sono tentato, come il mio amico oncologo che ha messo sulla sua porta il famoso detto di Woody Allen "Life is cancerogen", di scrivere sulla mia porta "Life is addicting", cioè la vita è fatta tutta di dipendenze. In realtà il signor MARX era solo un furbastro, ha fatto una cosa molto diversa, aveva preso dei vecchi temi, sin dal tempo del grande MARLAT e aveva riscoperto che ci sono una serie di comportamenti iterativi, più o meno patologici, che possono essere messi in un unico conglomerato. Devo dire che è stato preceduto da un certo illustre signor LASSEY, illustre perché è sconosciuto, il quale aveva proposto una sindrome per tutti questi comportamenti iterativi e l'ha chiamata "impulsivist". Questo termine di impulsività generale in realtà non ha avuto fortuna, e devo constatare, con dolore per me che sono un biologo e non uno psichiatra, che nemmeno DMS4 ha previsto questa sindrome impulsiva o compulsiva, sulla quale noi dovremo invece intrattenerci.
Dirò subito che ho scelto il termine più neutro di iterazione, e non di dipendenza o di addiction o di compulsion, perché questo termine, come dire, è più neutro, mi permette di non affermare giudizi. Però con un limite molto chiaro, che è quello che il professor TORTI ha accennato molto bene, inquadrando storicamente dove comincia un'iterazione patologica e dove finisce. Nel mio concetto strettamente biologico la patologia comincia dove il comportamento è maladptive, cioè dove non serve più all'individuo stesso. E allora ci sono due dimensioni: una dimensione storica, perché certo il comportamento iterativo che infrange le regole della società è evidentemente un'iterazione storica, ma, quando viceversa il comportamento iterativo nuoce a te stesso e all'interno della tua persona-

lità, la dimensione è astorica e quindi biologica. Chiarito questo, mi guarderò bene dal fare, come dire, una descrizione delle sindromi iterative nel campo psicologico e psichiatrico. Vedo qui molte persone competenti, anche in prima fila, che sanno tutto sui disturbi dell'alimentazione, sui disturbi del gioco, e non voglio essere rimproverato e sentirmi dire: sciuto ne ultra crepidam. E quindi farò solo un elenco delle possibili sindromi iterative, distribuendolo però su un arco abbastanza vasto e con due limiti, uno Zenith ed un Nadir, perché da una parte abbiamo quelli che MARX stesso ha assunto come esempi paradigmatici del cosiddetto behaviour addiction o addictive behaviour, che sono quelli classici che tutti conosciamo. Per esempio, gli ossessivi compulsivi, i tics, oppure le classiche bulimie, le anoressie, e poi forse, con un tema natalizio come spending money, le compulsive spending money. Spendere le monete così a piacimento. Se questo è l'elenco perché, per esempio, non ci sta, il disturbo esplosivo, aggressivo classico, descritto dal DMS4? Perché non ci sono le sindromi di Charlie Brown, le sindromi automutilative, le self mutilation classic? Perché non mettercele? Perché non metterci i serial killer? E accanto al gambling classico, perché non pensare anche alla famosa roulette russa immortalata in quel famoso film americano che si chiama "The deer hunter"? Perché non mettere questi comportamenti iterativi, questi esempi assolutamente tipici? Perché non metterci lo skin picking, il continuare a toccarsi la pelle, o la tricotillomania, o il torcersi le ciglia del mio vecchio maestro farmacologo? C'è una serie di comportamenti che potrebbero essere citati facilmente. Dopo di che però, da questo tipo di discorsi, si passa a degli esempi molto più moderni, il classico day trader, il signore che gioca in borsa, su Internet, dove esiste un gambling, in più con concezione di capacità agonistica personale. Il gambling classico, lo scommettitore classico è convinto di avere lui stesso una sua fortuna, una sua intuizione personale. E il classico giocatore di poker sta in questo esempio.

Per venire alla seconda frazione di comportamenti iterativi che sono quelli che ho chiamato, proprio biologicamente, comportamenti appetitivi, non solo disturbi alimentari, ma per esempio la ipersessualità, che qualcuno considera addirittura un narcotico, l'onanismo, che è classico per esempio delle lighe kure dei vecchi tubercolotici; nella "Montagna incantata" di Thomas, questa ipersessualità come compenso al dolore è splendidamente descritta. E poi naturalmente ci sono una serie di turbe ricreazionali che mi sono divertito a elencare come una serie di sigle che chiamo vad, mad, cad, jad, che vuol dire: video addiction disease, communication addiction disease, sport addiction disease, jogging addiction disease, cioè una serie di comportamenti molto tipici, li vediamo con Bush in questi giorni, che sono assolutamente entrati nella iterazione. E se voi pensate che il jogging tutti dicono che libera endorfine, evidentemente il confine diventa molto sottile. Non mi imbarcherò su quello che è stato detto così bene prima di me, delle famose sindromi iterative che sono la novelty seeking sensation, il risk taking behaviour, gli scuba diving, i free climbing, lo sport alpino dalle vette, il deltaplano, il parachuting, il kanoing, c'è tutto quello che volete, e evidentemente il panorama è estremamente ampio. Dal che si deduce una domanda molto semplice: come si fa a riconoscere se una sindrome iterativa può essere classificata addiction? Cioè in qualche modo ha le caratteristiche della dipendenza?

Intanto vorrei far osservare una cosa molto semplice sulla quale mi soffermerò molto poco e cioè che evidentemente siamo in presenza sicuramente di una componente genetica. Le componenti genetiche dell'alcolismo, del tabagismo, della drug dependence sono notissime e su tutto questo elenco di sindromi iterative che vi ho dato - andate a vedere in letteratura - è chiaro che c'è un grande overlapping. L'overlapping dei bulimici, dei gambling: c'è chi dice che i bulimici sono i figli degli scommettitori e cose di questo genere. E poi, naturalmente, c'è la grande abbondanza di atteggiamenti ossessivo - compulsivi per esempio nei classici tossicodipendenti. È un discorso che potrebbe portare molto lontano, non voglio insistere, c'è la letteratura abbondantissima. Vorrei solo proiettare questa diapositiva in cui si fa vedere che si può tentare di stilare un profilo psicologico

dell'impulsitivista. Esiste, è possibile tratteggiarlo. Secondo questo schema, che si ispira evidentemente ai disturbi di personalità del DMS, la cosa è molto complessa e l'inquadramento di queste turbe è molto difficile. Tutto questo però comporta una riflessione su quel numero infinito di lavori che si trovano ormai in letteratura sulla ricerca del gene dell'alcolismo, sulla ricerca del gene della tossicodipendenza. La domanda che ci si pone è: ma invece che a questi geni eludenti, per cui una volta si dice che ci sono e poi si dice che non ci sono, non sarebbe meglio pensare al gene di una diatesi impulsivo - compulsiva, che è un quadro molto più vasto, nel quale ci possiamo ficcare dentro nel canestro tutti le sindromi che abbiamo elencate?

Finita per fortuna questa fuga nella psichiatria in cui mi sento molto a disagio, posso ritornare viceversa a un tema che è mi più congeniale e pormi la domanda di base: esistono modelli biologici delle sindromi iterative? Presenterei questa seconda diapositiva molto divertente, a mio parere. Questa è una diapositiva squisitamente farmacologica. Quando si è scoperto che c'era la sierotonina e che si poteva indurre una sindrome sierotonineare, cioè un eccesso di sierotonina negli animali, si è visto che una sindrome caratteristica che il ratto presenta quando lo caricate in qualche modo di sierotonina, è di avere una serie di stereotipie molto caratteristiche, la più classica è quella di vedere le zampe anteriori incrociate. È come se fosse un pianista che suona con una grande bravura su una tastiera. I farmacologi sono riusciti a identificare diciassette sottotipi di recettori sierotonineari; questo fatto vi dice quanto siamo lontano dalla soluzione, come dire, mediatoriale del problema iterativo. Ma potremmo ricordare che ci sono stereotipie animali; per esempio non lo sapevo, ma esiste una tricotillomania del gatto. C'è il cane che continua a succhiarsi le dita, e questo mi fa ricordare i bambini deprivati che si succhiano le dita; ci sono gli uccelli che si strappano le penne; poi c'è il classico atteggiamento degli animali in cattività nello zoo, quel continuo andare su e giù. E queste sono tutte stereotipie che ricordano bene le stereotipie umane, anche se la loro genesi è dubbia.

Però la sostanza del discorso è questa: non esistono modelli biologici dei comportamenti iterativi e, fatto gravissimo, non si trovano nemmeno esempi convincenti di dipendenza naturale da droga negli animali in libertà. Si continua a raccontare di oche ubriache dopo avere mangiato dell'uva che naturalmente è fermentata, si parla di branchi di elefanti che hanno distrutto intere foreste indiane dopo aver fatto una grande scorpacciate di banane mature, si dice di scoiattoli inglesi che nei grossi parchi pettinati di Londra vanno a cercare i mozziconi delle sigarette, ma devo dire, che secondo la mia esperienza di letteratura, non si trova in letteratura un animale selvaggio che spontaneamente si droghi. E la spiegazione più ovvia è che evidentemente questo è antibiologico. Cioè un animale non è così stupido da doversi mettere a dormire sotto oppio, perché possa essere mangiato dall'aquila.

Questa è una delle possibili spiegazioni su cui torneremo. Nella mia scuola, abbiamo fatto un esperimento molto interessante, a mio parere non abbastanza considerato. Se si prendono dei ratti a cui si fa bere dell'etonitazene, che è una sostanza quarantamila volte più potente della morfina e la si mette nell'acqua, un'acqua che diventa assolutamente indistinguibile dalla quella naturale, il ratto continua per trenta giorni a bere sia dall'acqua naturale che dall'acqua morfinizzata e ogni volta che beve la morfinizzata si stende in una cataplessia assolutamente evidente, e ciò nonostante continua a berla, come se non avvertisse lo stimolo proprioccettivo del suo danno antibiologico.

Passo a quelli che sono viceversa i modelli artificiali, se volete, ma pur sempre invocati nei modelli biologici dell'iteratività. Il classico esperimento pavloviano dice che si può avere un fenomeno di premio e di estinzione, e la prima cosa che viene in mente è che un soggetto tossicodipendente o un soggetto che iterativamente ha un comportamento patologico, evidentemente ha un riflesso pavloviano che non estingue. Questo è il concetto che emerge. È come se non ci fosse il reward del fatto che è stato estinto.

Voglio intrattenermi solo brevissimamente su questa figura che mi sembra molto divertente, fatta dal vecchio PAVLOV, quello che veniva preso in giro dai suoi compagni socia-

listi, perché si fermava davanti alle icone ogni mattina prima di andare nel suo istituto di Pietroburgo. PAVLOV ha fatto un esperimento che, a mio parere, è ancora un grandissimo segno di intelligenza. Aveva preso dei cani a cui aveva insegnato che si poteva fare un rinforzo positivo se si presentava un cerchio. Poi a quegli stessi cani ha spiegato che si aveva un rinforzo negativo se si aveva un'ellisse. Quando alla fine l'astuto PAVLOV ha presentato al cane una figura come quella intermedia, che non si capisce bene se è un cerchio o un'ellisse, perché è un'ellisse con il rapporto dei parametri di sei settimi, tutto quello che il cane ha saputo fare è stato morsicare lo sperimentatore, molto arrabbiato di non poter scegliere tra i due effetti che gli erano proposti. E questo dice molto del dolore e del piacere che prova un ossessivo compulsivo nei confronti di un certo atto o, del piacere e del dispiacere che prova un tossicodipendente nel ripetere un atto nel momento in cui non vorrebbe compierlo.

Una classica figura che viene presentata come esempio tipico di gambling, cioè dello scommettitore patologico, è quella del ratto che viene messo in una gabbia. Tutti ancora ricordiamo il famoso scimmiotto Ham che, messo nella prima capsula spaziale, freneticamente muoveva le sue leve per avere il premio. Se voi mettete un ratto con della leva a ottenere un premio e questo premio è, come dire, dilatato nel tempo, voi vedete subito che l'astuto ratto si guarda bene dal lavorare per ricevere un premio quando sa che tanto il tempo non è scaduto. Ma nel momento che il tempo arriva, allora ecco che il ratto si dà da fare a battere la leva. Se viceversa voi fregate il ratto perché gli fate, come in questo caso, un premio a intervallo variabile, cioè quando si può, allora si vede benissimo che il ratto continua a battere freneticamente. E qualcuno dice: ma questo è il comportamento del gambler patologico. Qualcun altro dice: ma questo è il comportamento del pescatore, oppure del mendicante. E qualcuno ancora più sovversivamente dice: ma questo è il classico comportamento del ricercatore scientifico, che ogni tanto ottiene un premio, ma mica sempre lo prende.

La cosa è veramente cambiata, nel senso di modelli biologici di iterazione, quando nel 1954 HOLTZ e MILLER ha fatto un esperimento che è rimasto storico. HOLTZ e MILLER hanno fatto una cosa apparentemente molto semplice: hanno preso un ratto, l'hanno messo in una classica gabbia con la leva e se esso batte la leva dovrebbe ricevere un premio; in questo caso il ratto non riceveva un premio, ma riceveva, una stimolazione elettrica in una certa zona encefalica. Allora, il ratto che non prende premio, né di acqua né di cibo, ma come premio riceve solo una stimolazione elettrica, fa una cosa stupefacente. Si mette a battere freneticamente la leva, e quando dico freneticamente voglio dire che ha battuto ventiquattromila volte la leva nello spazio di dodici ore. Cioè ci sono delle possibilità di rinforzo di cinque, duemilacinquecento volte all'ora. Il ratto continua freneticamente a battere. E allora HOLTZ ha detto due cose molto immodeste. La prima: "ho aperto una finestra sul cervello". E fino a qui gli possiamo anche dare ragione. La seconda, molto più discutibile: ho scoperto il circuito del premio, il reward circuit, cioè so che se metto gli elettrodi in un certo posto il ratto continuerà a battere, questo sarà un premio. Tutto questo a mio parere è estremamente discutibile. Vi faccio vedere che se in realtà voi potete anche indurre un ratto ad autosomministrarsi cocaina o ad autosomministrarsi eroina, vedrete che ha un ritmo di frequenza che ricorda molto bene il ritmo di frequenza dell'autostimolazione elettrica, ma in realtà questo ritmo di frequenza non ha dipendenza, non ha sensitization, non ha sebrage, cioè tutto questo ricorda solo molto da lontano la sindrome vera della auto - assunzione spontanea.

Andando avanti su questa scia una persona ha detto: se questo è il circuito del premio, andiamo a mappare le vie dove questo premio si va a trovare, e vediamo di capire dove sono queste vie. Qualcuno ha cercato di dire: se è vero che il modello di HOLTZ e MILLER è un modello di autosomministrazione, che cosa fanno le droghe su questo modello? E' vero che molte droghe da abuso fanno in modo di abbassare la soglia del livello, cioè in realtà sono esse stesse rewarding. Però alcuni grossi gruppi di droghe, per esempio la cannabis e l'LSD per esempio, non rientrano nello schema. E questo schema non fit-

ting della previsione dell'abuso, si ripete anche per l'autosomministrazione endovenosa. Ecco la cosa più rilevante. Si è detto: andiamo a cercare, se questo è un circuito del premio, quali sono le zone encefaliche in cui, mettendo un elettrodo, l'animale ha un premio. Ed è venuto fuori questo schema in cui in realtà, ci sono alcune aree molto distanti, sui cui torneremo, sono aree metalamiche o corticali, ma ce ne sono alcune per la verità che sembrano disporsi in una certa serie. In un primo tempo si è un po' brancolato, si è detto che questo è il sistema di attivazione di MORUZZI MAGUN, il famoso sistema articolare - attivante. E qualcuno ha detto che sono le vie della novadrenalina. Finché alla fine si è approdati a questo, che è il classico schema, in cui si vede bene che in realtà, sembra di capire almeno, gli elettrodi sono particolarmente pregnanti se sono messi su questo four brain medial bandal, quella banda di strisce che connette tutti i centri dopaminergici fondamentali del cervello. Da cui la tesi, ormai da tutti accettata della famosa mediazione dopaminergica delle sostanze d'abuso. Che io chiamo il Corano. In cui c'è scritto: c'è un solo mediatore, che è la dopamina, e in realtà c'è un solo profeta, che si chiama CUBE e tutti gli altri signori che giurano e spergiurano che solo la dopamina è il mediatore delle sostanze da abuso, cosa su cui ci sarebbe molto da dire e diremo. Se voi aprite Internet, vedete ancora che gli americani presentano con grande sicumera, direi irritante, il fatto che in realtà le sostanze da abuso e quindi anche i comportamenti da abuso, i comportamenti iterativi, non solo le sostanze da abuso, sono tutte incentrate su questi nuclei dopaminergici che sono il nucleo ventrale, la cumbris e la corteccia prefrontale. Devo dire che sono emerse dalle evidenze recenti, in cui questo discorso di incentrare tutto sulla mediazione dopaminergica cade necessariamente a pezzi, così come cade a pezzi l'interpretazione dopaminergica della schizofrenia. Non posso intrattenermi in quest'aula su infiniti argomenti che ci sarebbero. Ne cito solo tre. Uno è che si sono fatti dei topi transgenici nei quali manca il trasportatore della dopamina. Allora si dice: la cocaina agisce perché blocca il trasportatore della dopamina, e quindi piace molto perché in realtà resta molto dopamina in circolo. Quando si fa il topo transgenico in cui manca il trasportatore della dopamina, il topo continua a preferire la cocaina a dispetto del fatto che non c'è più il trasportatore. Allora qualcuno a detto: avete dimenticato l'altro mediatore che è bloccato dalla cocaina, cioè la sierotonina. Facciamo un topo transgenico alla sierotonina. Anzi, qualcuno ha detto, facciamo un topo transgenico alla dopamina e alla sierotonina. E il risultato è stato che il topo continua a preferire la cocaina. E allora evidentemente la tesi indispensabile della mediazione dopasierotoninergica come causa del piacere evidentemente offre qualche elemento di dubbio. Poi si è scoperto che ci sono degli antagonisti di quel canale glutaminergico che si chiamano mediantgonisti, che bloccano perfettamente la sensitation alla cocaina, impediscono il kindering, cioè hanno bloccato i fenomeni tipici delle sostanze da abuso. E poi alla fine, adesso, è affiorato che i chimici, sono riusciti a formare dei composti che chiamano sigmantagonisti, in cui il ricettore sigma è piuttosto equivoco, che non c'entrano niente né con la dopamina, con la sierotinina o niente altro, che tutti bloccano splendidamente l'effetto euforizzante e da abuso della cocaina, almeno negli animali. Dunque il discorso non può essere certamente limitato alla dopamina.

Qualcuno si è rifugiato in corner, qualcuno anche italiano molto bravo, molto noto, ha detto: non dobbiamo parlare solo del centro della cumbris, parliamo della cosiddetta abigdale estesa, cioè andiamo a prendere anche, non so, il nucleo centrale della middle, oppure il famoso shell della cumbris, perché questi sono in realtà i centri premianti. Alla fine si è approdati a uno schema più generale, che è quello che adesso va per la maggiore, che è lo schema di CALIVAS, in cui si è alla fine riconosciuto che i comportamenti di tossicodipendenza e di iterazione in realtà vogliono, come era logico aspettarsi, un concorso di plurimediatori in cui certamente compare ancora la dopamina, ma compare certamente il gaba, l'acido glutammico, e naturalmente non siamo confinati solo al nucleo tegmentale ventrale o oppure solo alla cumbris, ma dobbiamo mettere in gioco anche, per esempio, il talamo medio - dorsale e altre strutture encefaliche.

Il discorso però è finito a livello di queste strutture premianti. Poi si è scoperto qualcosa di molto diverso e di abbastanza sconvolgente. Questa figura che vi faccio vedere è una figura di una sezione di encefalo di ratto saggittale, in cui si vede che esiste uno stretto pertugio, che è una struttura ventricolare, e attorno si vede questa struttura rosea. Questo è quello che tecnicamente viene chiamato il grigio periacruduttale. E quello che si è scoperto prima curiosamente sull'uomo, e poi anche sull'animale, è che, se voi infliggete uno stimolo elettrico al grigio periacruduttale esiste esattamente il fenomeno opposto. Il ratto non cerca più il premio, ma fugge. Ma in compenso che cosa ottiene? Ottiene un profondo stato di analgesia. E c'è una tesi recente che dice: ma scusate, ma uno non piglia l'eroina per prendere analgesia? Ma perché non potremmo immaginare allora che una iperattività di questa struttura avversiva desse una striscia analgesica che in realtà comporta una cosa di questo genere? Le strutture sono molto complesse. In realtà quello che si è visto è che questo grigio periacruduttale, per esempio, manda un fortissimo impulso inibitorio alla periferia attraverso i nuclei del rafeo dorsale che sono poi i nuclei sierotoninergici. Ma, cosa ancora più rilevante, che cosa si è scoperto? Che quando il soggetto va in withdrowal, in crisi astinenziale, viene classicamente stimolato il sistema di stress, quello adrinocorticotrofico. Allora quando giustamente il professor VIRGILI diceva "non vale un grammo della tua adrenalina", ecco che allora ci ricordiamo che probabilmente i sensation seeking, i risk taking behaviour, non cercano il premio, cercano la sensation, cioè cercano il withdrowal, cioè cercano l'attivazione del sistema avversivo, che è un discorso radicalmente diverso.

Una mia vecchia amica che ha sposato cinque uomini mi diceva: look Enzo, tutti gli uomini sono uguali dalla testa in giù. Allora il discorso è: vediamo se possiamo salire sopra il limbico, smettiamo di essere animali olfattivi e appetitivi e vediamo se possiamo arrivare alla corteccia. Come si fa a esplorare la corteccia? Come mostra questa figura tratta da Internet, che dobbiamo al NAIDA, c'è una tecnica spettacolare, estremamente rilevante, che si chiama il brain imagining, cioè noi possiamo vedere le aree cerebrali attivate quando noi andiamo a usare queste Pet o Spec o risonanze magnetiche. E viene fuori che cosa? Che evidentemente abbiamo un corteccia prefrontale che è di gran lunga superiore a quella di tutti gli animali del creato. E questo forse spiega perché l'addiction è qualche cosa di estremamente umano. Perché noi solo abbiamo questa estrema estensione della corteccia prefontale. Mentre il ratto non ne ha ed è estremamente difficile trovarlo.

Viene fuori anche quello che a volte è evidente, è che la corteccia orbito frontale, quella che dà la moria dei frontali, perché quando un soggetto di morbi frontali diventa irresponsabile, spending money e diventa un soggetto che non sa prevedere il proprio comportamento, in realtà ciò è collegato con tutte le strutture soggiacenti del tipo dopaminergico. C'è una interposizione cerebrale che non era stata finora considerata, che sono i corpi striati. Il corpo striato viene sempre considerato una struttura motoria. Dalle ricerche più recenti, lo striatosoma in realtà, il corpo striato è una corteccia. Non è una corteccia laminare, ma è una corteccia. E allora qualcuno dice: guardate che se volete avere una decisione fra premi, che è poi il discorso dell'iterazione e della tossicodipendenza, dovete pensare al circuito striotalamocorticale. Se si va a cercare con la risonanza magnetica qual è la struttura che viene attivata nell'ossessivo - compulsivo classico, la struttura attivata è di tipo prefrontale. E se viceversa andiamo a vedere che cosa succede in un soggetto che è in craving per cocaina, ecco che le strutture cortico - frontali, e per la verità anche quelle un po' sotto, vengono tutte stimolate. Per cui esiste una conclusione, in questo momento azzardata, finale che dice: l'addiction è una brain disease, l'addiction è una malattia (disease) del circuito talamostriocorticalico. E questa è in realtà la spiegazione del motivo per il quale un soggetto sarebbe impossibilitato a svolgere le sue decisioni. Concludo solo dicendo che rimane sempre l'equivoco. Se un soggetto ha un craving e libera dopamina, se un soggetto ha un craving e si attiva la corteccia prefrontale, questo è un epifenomeno o è la realtà del fenomeno? E se la realtà

del fenomeno è questa, la domanda è: che cosa è mutato nei nostri neuroni per cui il soggetto non è più capace di volere? Perché ha questa volipatia dalla quale non riesce più a fuggire? Che cosa è cambiato nella sua struttura neuronale? E qui il discorso andrebbe molto lontano, se ci rifacciamo all'epilessia. Nell'epilessia c'è un silenzio, questo silenzio è addirittura ipometabolico, ogni tanto scatta lo spike epilettico e le spiegazioni sono due: o come quando voi stimolate elettricamente una corteccia addirittura i canali ionici rimangono affetti per un mese, e allora se continuo a dare cocaina si tiene aperto un canale ionico per un mese, o viceversa, qualcuno dice, nell'epilessia, è morto qualche interneurone che dovrebbe fare da inibitore. Non muore tanto l'interneurone, quanto la struttura glutaminacea che lo stimola.
Qualcuno proprio due mesi fa, è andato a misurare il contenuto di neuroni nel talamo di soggetti ossessivo - compulsivi e li ha trovati mancanti. E l'ultima figura, che viene dal NAIDA, vi illustra una cosa estremamente interessante e preoccupante: se voi continuate a dare metanfetamina nei ratti, non solo evidentemente nuocete ai famosi nuclei dopaminergici, ma avete addirittura una moria a livello del frontale. Il che ripropone il problema finale. L'addiction o i comportamenti iterativi sono una brain disease, sono semplicemente una ipereccitazione funzionale o c'è qualche cosa di anatomico, lesivo, che instaura qualche cosa di irreversibile? Però il farmacologo, che ormai da tanti anni si occupa di tossicodipendenza, di fronte al successo innegabile che un trattamento psicoterapico - comportamentale porta nel recupero dei tossicodipendenti, cerca una scappatoia dicendo: può darsi che l'addiction sia una brain disease, può darsi che si debbano cercare dei farmaci molto selettivi che in questo momento non possediamo, però non dimentichiamoci che il cervello, a differenza di tutti gli altri organi, è un organo che sa autoripararsi. Il cervello è un plastico, il suo grande vantaggio è di poter rifare i circuiti magari devastati. E' questa speranza che lascio alla meditazione di tutti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Non ho commenti, perché come al solito il professore oltre a essere travolgente nell'esposizione riesce a sintetizzare anche decenni e decenni di studi, di lavori, di fatiche e di risultati maturati molto faticosamente. Darei subito la parola alla dottoressa Laura TIDONE, responsabile del SERT di Bergamo che ci parlerà della centralità dei meccanismi di addiction nei disturbi del comportamento alimentare.»

Dr.ssa Laura TIDONE:- «Entrambi i relatori che mi hanno preceduto hanno forse non tanto casualmente, parlato di anoressia e di bulimia. Questo tema apparentemente così diverso da quello della conferenza, in realtà spero di dimostrare che è perfettamente centrato, anche perché se è una novità in Italia parlare di disturbi del comportamento alimentare, di anoressia e di bulimia, nell'ambito di un convegno che si occupa di patologie da dipendenza, non è così raro e così strano in altri paesi del mondo. I disturbi da abuso e da dipendenza sono trattati quasi ovunque nell'ambito della psichiatria e sono classificati insieme all'anoressia e alla bulimia nei manuali psichiatrici. Credo che analogie importanti ci possano aiutare a comprendere meglio i fenomeni di cui ci occupiamo tutti i giorni.
Il disturbi del comportamento alimentare sono comunque un'area di studio multidisciplinare come per altro sono multidisciplinari i nostri interventi. In realtà negli ultimi anni è acquisizione comune che gli aspetti neuroendocrini e psichiatrici assimilino i disturbi del comportamento alimentare a qualunque altro comportamento di addiction. Do per scontato e faccio mio tutto ciò che dicevano i due relatori che mi hanno preceduto, anche perché la mia formazione è in entrambi i settori; tratterò l'argomento in modo molto più semplificato, dando anche per scontato il Corano della dopamina di cui parlava il professor GORI. Nel settore dei disturbi del comportamento alimentare o in generale nei meccanismi dell'assunzione di cibo esistono, come per l'assunzione di qualunque altra sostanza, dei loci di elaborazione centrale, degli stimoli periferici e dei mediatori tra segnali peri-

ferici e loci di elaborazioni. E questi mediatori sono gli stessi implicati nelle vie del piacere, nelle vie della gratificazione, dell'abuso e della dipendenza. Per semplificare parliamo principalmente di dopamina e di sierotonina. A me interessa incentrare il discorso sui meccanismi di dipendenza, di craving, di timing e di addiction, che sono appunto il ponte che può collegare la neuroendocrinologia e la psichiatria. Praticamente, sono il ponte che lega anche i discorsi precedenti, che abbiamo sentito finora. Come diceva il professor GORI, nessuno di noi ancora sa quanto piccole siano queste parti che abbiamo scoperto, tuttavia ci hanno fatto fare enormi passi avanti anche solo nel riconoscimento delle vie fisiologiche, né sappiamo se nasce prima l'uovo o la gallina, ovvero se si tratta di alterazioni permanenti di queste vie fisiologiche, cosa che sembra supportata dal fatto che anche dopo anni dalla guarigione di una addiction resterebbe un'alterazione dell'andamento del timing dei trasmettitori, o se queste alterazioni si attuano in seguito ad altri fenomeni che vanno al di là della genetica o della struttura di ciascuno di noi. Comunque possiamo dire che soggetti che hanno familiarità, e questo l'ha già detto il professor GORI, per disturbi dell'umore, dipendenza da farmaci, dipendenze alimentari e alcolismo, presentano maggior rischio per disturbi del comportamento alimentare. Anche nell'assunzione di cibo, in fisiologia questi mediatori tra segnali periferici e loci centrali hanno un timing, il timing sierotonina dopamina. La fame normalmente insorge lentamente e ritmicamente. In tutti i fenomeni di addiction, come sapete, questi ritmi sono alterati o sono accelerati. Nello studio che è stato fatto, abbastanza approfondito, anche sui fumatori accaniti di nicotina, il timing, l'intervallo di insorgenza del desiderio, del craving, è molto accelerato. Nei disturbi del comportamento alimentare, il timing della riassunzione di cibo è molto, molto accelerato. E sembra direttamente correlato, tra tutte le altre cose possibili che non sappiamo, ai livelli di dopamina. Il craving cresce rapidamente, fa interrompere qualunque altra attività sempre in meno di quattro ore.
Questo aumento del turn over di dopamina sembra condurre ad una diminuzione del livello di soddisfazione e il vomito agisce un po' come il narcan, accelera il turn over e permette di riiniziare il ciclo molto rapidamente, quindi di riprovare desiderio, craving, gratificazione e soddisfazione.
Donne con disturbi del comportamento alimentare hanno maggior prevalenza di abuso di alcool e di sostanze e le donne tossicodipendenti hanno maggior prevalenza di questi disturbi. Sono esperienze abbastanza nuove in Italia, ma molto diffuse soprattutto nei paesi anglosassoni e in altre parti del mondo. Perché istituire un'unità operativa sui disturbi alimentari nel dipartimento delle dipendenze? Perché abbiamo già visto che la eziopatogenesi è comune, l'addiction e il craving sono analoghi, quindi i trattamenti sono sovrapponibili, salvo i farmaci specifici per ogni sostanza.
Uno dei temi forti di questa conferenza che è il trattamento delle altre forme di addiction, cibo, fumo, gioco di azzardo, sensation seeking behaviour, favorisce un approccio di normalizzazione alle patologie di abuso e di dipendenza, che al contrario che in altri paesi, in Italia fa così fatica ad avviarsi.
Vi do qualche cifra sul dipartimento e sui tempi dedicati all'unità operativa, che in due anni ha trattato 240 soggetti, con disturbi del comportamento alimentare, nell'ambito di più di 5700 soggetti trattati, con 120 operatori e sette sedi nella provincia di Bergamo. In stretta relazione con gli aspetti descrittivi e psichiatrici che sono tutt'altro che in contraddizione con un tentativo di spiegazione di tipo biologico, è evidente, anche se non esaustivo certamente, che il sistema dopaminergico svolge questo ruolo centrale nell'iniziare, mantenere e concludere ogni comportamento relativo all'assunzione di sostanze esterne o addirittura ogni comportamento finalizzato a trovare piacere dalla relazione con oggetti esterni. Questo nella via fisiologica. Quanto sia poi grandemente importante o minimamente importante la dopamina a noi non interessa tanto in questo momento quanto il sapere che la dopamina in questo momento è un indice sicuramente della risposta di gratificazione. La dopamina sembra in particolare correlata, oltre a tutte le altre cose a cui si era accennato, alla via di ricerca e di soddisfazione di piaceri intensi e istin-

tuali che sono caratterizzati da cravig e da timing, cioè dall'insorgenza ritmica, in cui il ritmo è importante per ottenere la soddisfazione. L'altro aspetto molto importante verso cui difficilmente in Italia si riesce ancora a iniziare ad avere consapevolezza, è che la differenziazione delle sostanze, che di fatto sono tutte semplici o complessi composti chimici, cibo, farmaci, droghe, è puramente convenzionale, ed è puramente nostra, dal punto di vista biologico ha certamente minor rilevanza. Questo è il classico esempio del ratto dove release di dopamina o comunque fenomeni di gratificazione hanno meccanismi di riproduzione assolutamente analoghi e sovrapponibili in presenza di sostanze gratificanti, alcool, eroina, cibo. L'altro aspetto importante è che il riconoscimento di queste vie biochimiche legate alla ricerca del piacere, sia fisiologiche che patologiche, è totalmente compatibile con altre chiavi di lettura. Sono aspetti differenti di una stessa possibile lettura, che ha come unico vantaggio quello di rendere meno ideologica e più pacata ogni riflessione e ogni atto relativo allo studio e al trattamento dell'uso, dell'abuso e della dipendenza.
Che obiettivi ci diamo per il lavoro futuro? Primo: il riconoscimento sempre più preciso e dettagliato delle vie fisiologiche, nella consapevolezza che l'uso e l'abuso di sostanza non fanno altro che mimare ciò che in natura è presente, attivando sistemi che fisiologicamente sono già predisposti. Un altro aspetto estremamente importante è il riconoscimento della relatività della norma fisiologica e degli equilibri di benessere individuale, ove la distinzione tra uso, misuso, abuso o dipendenza va fatta non in base alla sostanza, al comportamento, alla scelta individuale, ma in base alla valutazione diagnostica, complessa, specialistica dell'impatto in quel determinato soggetto e in quel determinato momento della sua vita. L'affinamento delle capacità diagnostiche sempre più centrate non tanto sulla sostanza quanto sul craving, sul timing e sul grado di addiction. Serve una diagnosi specialistica il più possibile mirata e poco ideologica.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Anche su questo tema sicuramente ci sarà da fare attenzione, lavoro, sforzo, destinandogli dei fondi per il futuro, perché è in evoluzione consistente. E la questione dei disturbi alimentari riguarda non più solamente il sesso femminile, ma anche quello maschile. Mi risulta che anche tra i bambini tra i dieci e i quindici anni, tra i maschietti comincia a esserci una certa consistenza di problemi di questo tipo. Daremmo ora la parola al dottor Marco TOSI, che è il referente per le tossicodipendenze della regione Lombardia. Il dottor TOSI ci parlerà dei problemi legati al sistema di allerta rapido, che è una necessità di salute pubblica oltre che un'opportunità per tutti gli sforzi che si fanno nel contrasto all'offerta.»

Dott. Marco TOSI:- «Il mio compito di oggi è quello di cercare di convincervi, se mai ce ne fosse bisogno, della bontà, o meglio della necessità, di dotarsi di sistemi di allerta rapida. Fare prevenzione nel campo delle nuove droghe non è cosa semplice, almeno per tre motivi, ma sicuramente non solo per questi. Primo motivo è quello di una diffusione, socializzazione dell'uso di certe sostanze, non soltanto le nuove droghe, tale per cui comunque i rischi di un uso, di un qualche cosa che, può essere dannoso, talora non è dannoso, certamente vengono comunque sottovalutati. L'uso di sostanze che nella stragrande maggioranza dei casi, non costringono, non legano a comportamenti di tipo illegale, è il secondo motivo per il quale ci troviamo in un profondo sommerso. Il terzo punto riguarda la prevenzione, e mi riferisco in particolare ai servizi; ha iniziato sicuramente a muoversi nel mondo del divertimento, nel mondo della notte, certamente in modo non tanto non adeguato, quanto piuttosto ancora un po' limitato.
Le tappe sostanziali per riuscire a fare un lavoro di prevenzione in questo ambito sono, anche in questo caso, almeno tre. Quella di conoscere di più le cose da un punto di vista soprattutto tossicologico, farmacologico. Essere più efficaci, nel senso di andare a fare delle azioni di prevenzione mirate e creare sinergie tra tutti gli operatori del mondo del divertimento, del mondo della notte, ma non solo di questo, perché sicuramente sappia-

mo che, se alcuni fenomeni sono più diffusi in certi ambiti, lo sono, quasi altrettanto, in altri ambiti ancora poco esplorati. Questo diventa il concetto forte di un sistema di allerta rapido, il fatto di mettere in piedi un qualche cosa che sia di protezione della salute pubblica. Che si muova poi attraverso degli interventi di tipo educativo e preventivo. Quindi un qualche cosa che non vuole avere a che fare con criteri di tipo ideologico, quanto piuttosto di tipo scientifico. Sappiamo benissimo delle polemiche sorte in Italia direi molto di meno in altri paesi europei, rispetto al fatto di poter mettere in piedi sistemi di questo tipo. Credo però, e ne sono profondamente convinto, che l'unico criterio su cui ci debba muovere è quello pragmatico, quello scientifico.

Focalizziamoci proprio sul primo dei tre punti, quello della maggiore conoscenza. Una maggiore conoscenza ci potrebbe dare sicuramente una serie di dati enormi, e importanti in più, vorrebbe dire identificare le sostanze in circolazione, perché non sappiamo assolutamente che cosa c'è in circolazione. Vuol dire identificare anche nuove sostanze sconosciute, quelle che non si trovano, ad esempio, nelle tabelle perché non sono ancora state identificate e non vengono quindi ancora classificate come droga. Identificare nuove combinazioni di sostanze, nuove tendenze all'uso, quindi certamente con un criterio di tipo chimico, tossicologico, che però non sia soltanto fine a sé stesso, ma porti a conoscere di più chi usa queste sostanze per poter arrivare a progetti di tipo preventivo assolutamente più mirati. E conoscere, non ultimo, i contesti dell'uso. Anche la stessa pastiglia con le stesse stampigliature può contenere sostanze assolutamente diverse. In uno degli ultimi incontri all'istituto mi aveva abbastanza colpito il fatto che vi fosse del Voltaren: qui viene citata dell'aspirina, altre sostanze, talune quanto meno più innocue, altre certamente molto di meno. Non mi soffermo sul perché e come queste sostanze possano fare danno e quindi perché sia necessario avere maggiore conoscenza rispetto a questo.

Vi illustro rapidamente un percorso metodologico da dove partire, che cerchiamo di mettere in atto in regione Lombardia, un percorso che non è ovviamente soltanto nostro, perché siamo stati preceduti, ma qui non è una questione di paternità, da altre Regioni. Hanno trovato, e troviamo anche noi, una serie di difficoltà nel riuscire a portarlo avanti. Partiamo però quanto meno dall'esistente. Un esistente che io reputo, e non soltanto nella nostra regione, sufficientemente ricco. Mi riferisco al sistema dei servizi pubblici e privati, mi riferisco, per chi lo ha, come noi, a un progetto regionale strategico sulle nuove droghe, così come abbiamo attivato un gruppo tecnico regionale. Mi porto ora dall'ambito regionale a quello nazionale. Non siamo soli, ci sono dei progetti specifici sul Fondo Nazionale Droga. Quelli ad esempio che hanno attivato una serie di interventi con unità mobili o addirittura all'interno di discoteche; ci troviamo in ottima compagina, con l'Istituto Superiore di Sanità e con i progetti del Ministero della Sanità. Per cui la nostra volontà, il nostro desiderio è quello di potere creare veramente un percorso di rete, sia nazionale che territoriale.

Come abbiamo cominciato a muoverci? Con una serie di confronti. Nel corso di un convegno a metà ottobre, il Mosa Neurosalute, abbiamo invitato alcuni relatori esteri proprio per ragionare insieme, da Austria, Francia, Germania, Svizzera; la Francia poi non ha potuto esserci. Quello che abbiamo ricavato è la possibilità di poter mettere in piedi questi sistemi, ma anche le grosse difficoltà che loro stessi hanno avuto nel riuscire a mantenere attivi sistemi di questo tipo. Abbiamo avuto anche un primo incontro con la Procura della Repubblica di Milano che ci ha un po' gelati, nel senso che come primo approccio non è stato particolarmente positivo su questo argomento. Questo è stato il punto di partenza rispetto ad un progetto che cominciamo a vedere nella prossima diapositiva. Qui ci troviamo di fronte una questione di omonimia. MDMA, è una sigla che ho visto ieri sui volantini Movimento Di Massa Antiproibizionista. Quello di cui parlo è invece il Monitoraggio Droghe Manifestazioni di Abuso. Anche qui nessun problema di paternità, l'importante è che per tutti l'obiettivo sia quello di muoverci verso un contrasto a quello che possa essere un danno alla salute. Allora, da un punto di vista metodologi-

co abbiamo provato a suddividere questo progetto in diverse fasi. Una fase di fattibilità, nella quale attualmente ci troviamo, quella di arrivare a una definizione degli accordi con partner, protocolli operativi e arrivare poi a una sperimentazione e infine mettere a regime questo. Ci limitiamo alla prima fase, che è quella nella quale ci troviamo. Il problema veramente grosso credo sia quello di risolvere i vincoli normativi relativi all'acquisizione delle sostanze, alla detenzione, il termine non vorrebbe essere più questo, ma in questo momento è detenzione, e al trasporto delle sostanze ai laboratori di analisi. Bisogna individuare, come secondo punto, territori regionali significativi, dove ci sia già una storia di interventi di tipo preventivo, proprio perché questo non deve essere fine a sé stesso, ma servire poi a un intervento di tipo preventivo. E definire evidentemente dei protocolli molto operativi, molto concreti, sulle modalità di raccolta, sul trasporto dei campioni e sulle relative autorizzazioni. Allora ci si dice: dobbiamo andare a definire chi esegue le analisi. Anche questo non è un problema propriamente piccolissimo. Definire quali analisi eseguire e definire il tipo di informazioni da divulgare. Infine, non ultimo però, le modalità di informazione: un'idea che è venuta non soltanto a noi, è quella di poterle mettere in rete, spartirle attraverso un sito web. Forse non è l'unica modalità, forse se ne possono aggiungere anche altre. Anche in questo senso crediamo fondamentale per poter riuscire, altrimenti la cosa è destinata al fallimento, fare una serie di accordi molto forti con chi lavora in certi ambienti, come ad esempio il Sindacato Italiano Locali da Ballo.

Vediamo ora chi possono essere i destinatari di queste informazioni che siamo riusciti ad acquisire: tra i servizi di cura potrebbero essere certamente il pronto soccorso degli ospedali, ma certamente anche i luoghi di divertimento tramite i gestori, i potenziali consumatori, i negozi di tendenza. Insomma tutti quei luoghi nei quali ci possa essere utilità a poter restituire le informazioni avute. Certamente per poter lavorare in un ambito di questo tipo è obbligatorio dotarsi anche di un comitato di supervisione e in questo senso ringrazio sicuramente BRICOLO, GORI, MACCHIA per l'apporto che ci hanno dato nel proporre questo progetto, e collegarsi evidentemente con i centri di riferimento, sia di tipo nazionale, sia di tipo europeo.

Quali sono i tre fattori critici. In questo momento è una scommessa, perché anche altri tentativi nazionali non sono riusciti, non sono andati a buon fine. Allora, risolvere i vincoli normativi credo che sia il punto principale. A livello nazionale o locale. Certamente un qualche cosa di diverso a livello nazionale sarebbe l'ottimale. Dall'esperienza dei relatori delle altre nazioni, si è visto che tante volte quelli che sono riusciti a portare avanti un processo di questo tipo hanno fatto accordi locali. Il secondo punto sicuramente è quello di cercare di uscire il più possibile da discorsi ideologici, perché si tratta di una questione di salute pubblica e non di altro. E il terzo punto è definire e concordare chi esegue le analisi tra i molti laboratori esistenti di tipo universitario o non universitario; è importante che si arrivi ad una definizione di questo, proprio per evitare dei conflitti di interesse. E' una scommessa, però perché non iniziare? Nel senso che da un punto di vista pragmatico, abbiamo ancora lo stop di tipo normativo, cominciamo però a muoverci, a proporre e direi a creare una cultura su questo argomento. Perché non cominciare allora a stilare, a promuovere degli accordi e dei protocolli regionali e locali? Perché non cominciare a mettere in rete - in questo mi riferisco ad esempio anche a dei progetti sul Fondo Droga del Ministero della Sanità - i laboratori di analisi, perché non cominciare a muoverci anche sul comitato scientifico per arrivare ad un sito Internet? Un'apertura che c'è stata nel corso del dibattito di ieri mattina, sia da parte del professor VERONESI, da parte del Ministro TURCO e anche dell'onorevole FASSINO, sembrerebbe riferirsi proprio a questo. Chiederei che venga portata domani in sede di conferenza la richiesta di potersi attivare, anche velocemente, su questo settore.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Devo dire che questo è un tema, come ha detto il dottor TOSI, spinoso. Per due motivi: primo perché ci sono dei problemi di fattibilità a

cui il dottor TOSI accennava e che speriamo possano essere in qualche modo risolti o se non altro avviati a soluzione con l'impegno che il governo ieri, nei fatti, ha preso. E il secondo aspetto riguarda un impegno che ufficialmente il nostro paese ha preso con l'Europa. Perché uno dei settori è quello dello ill warning sistem, che si aggancia alla joint action, una convenzione siglata anche dal nostro paese con gli altri quattordici dell'Unione Europea in ambito del Consiglio d'Europa. Penso che questo discorso meriti impegno per cercare una soluzione, perché deve essere trovata, anche in collaborazione con l'impegno che le forze dell'ordine stanno mettendo in questo settore. Quindi non si tratta assolutamente di prevaricare, né di invadere campi di altri, non si tratta di assumersi competenze che altri hanno, ma semplicemente di guardare una finalità diversa, che questo tipo di attività comporta. Darei la parola al dottor Giuseppe LA PERA, andrologo dell'ospedale San Vincenzo di Roma, che ci parlerà dei disturbi sessuali che possono condurre i giovani all'abuso di sostanze. Con il dottor LA PERA stiamo lavorando nell'ambito del gruppo interregionale su problemi che riguardano la sfera sessuale.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Ringrazio gli organizzatori di questa riunione per avermi invitato a presentare questi dati e a raccontarvi questa esperienza, che è partita da alcune osservazioni cliniche che ho avuto nel corso della mia esperienza di andrologo, dove ho incontrato alcuni ragazzi.
Qui l'abbiamo chiamato Mario, ma è un nome di fantasia: è un ragazzo che è venuto a fare una visita andrologica e al quale ho chiesto perché aveva chiesto questo tipo di visita specialistica e mi ha detto che da circa un anno ha dei disturbi dell'erezione e voleva fare qualcosa. Sembrava una visita normale, delle tante che io faccio. Dopo di che, invece, nel colloquio è uscito fuori che faceva uso di sostanze. Gli ho detto: "Ma fai uso di sostanze?". E lui mi ha detto: "Sono in cura presso un SERT e faccio il metadone". E allora gli ho chiesto ancora: "Che tipo di droga hai usato e a che età hai cominciato?". E lui mi ha raccontato che aveva cominciato a diciassette anni, poi a diciotto aveva fatto il salto con l'eroina e poi si è fatto un po' di tutto. Allora sono tornato un po' sul disturbo sessuale e gli ho chiesto: "Ma vuoi precisarmi meglio qual è il tuo disturbo? E sorprendentemente mi ha detto che il problema per il quale era lì è che non aveva più quella reazione immediata di fronte a delle situazioni potenzialmente erotiche ed era questo quello che lo disturbava, rispetto invece al problema più importante, che è venuto fuori dopo e cioè: "Riesci ad avere rapporti penetrativi?". E lui, a ventisette anni, non aveva mai avuto rapporti sessuali completi. Cioè era più preoccupante per lui il primo problema che non il secondo. E allora ho chiesto come erano le sue prestazioni prima di iniziare a fare abuso di qualsiasi sostanza e lui mi ha detto che erano un disastro, cioè ha iniziato a usare le sostanze proprio per compensare la frustrazione di questi suoi insuccessi e usava le sostanze per non avere desiderio sessuale. E allora ho cominciato a fare un po' più sistematicamente questo tipo di domande e ho scoperto che c'era anche un altro ragazzo che invece aveva il problema opposto, nel senso che aveva un'ansia da prestazione e con l'eroina riusciva ad avere delle prestazioni sessuali migliori, perché l'eroina gli funzionava da sedativo e quindi non entrava nel circuito ansia da prestazioni, impotenza e impotenza ansia da prestazioni. E poi ho incontrato ancora un altro ragazzo, Francesco, trent'anni, anche lui aveva dei problemi sessuali, soffriva di eiaculazione precoce e usava le sostanze per ritardare il riflesso. E a questo punto è scattata un po' l'anima del ricercatore, cioè queste erano risposte aneddotiche, casuali, cioè come uno può iniziare a drogarsi perché ha una delusione della propria squadra di calcio, cioè per un fatto assolutamente indipendente. O effettivamente questo era un fenomeno che aveva una razionalità e quindi poteva essere una delle tante cause importanti? E qui è venuto l'incontro positivo con la dottoressa MACCHIA e gli altri colleghi, il dottor TAGE, il dottor GIANNOTTI, e abbiamo cominciato a valutare in maniera più scientifica se i disturbi sessuali potessero essere un cofattore di rischio nella tossicodipendenza. A questa ricerca hanno partecipato tantissimi centri, a cui va il mio ringraziamento, che hanno tutti

partecipato con grande passione e veramente è stato entusiasmante collaborare con loro, che hanno fatto un lavoro straordinario. Abbiamo cominciato a utilizzare delle metodiche validate con dei questionari standardizzati a livello internazionale dallo NIH per misurare i disturbi sessuali. Questo questionario si chiama IIF e abbiamo analizzato, in quattro regioni italiane, dieci SERT, reclutando 228 soggetti maschi. L'età di inizio della tossicodipendenza era diciassette, ventinove anni. La sostanza primaria era l'eroina, il 72% per cento. Questa è una delle prime domande incluse in questo questionario, che ha un'elevata sensibilità, un'alta specificità ed è tradotto in quindici lingue in tutto il mondo, tra cui anche l'italiana, grazie alla Società Italiana di Andrologia che è molto attiva in questo settore. La risposta è abbastanza confortante, nel senso che solo le ultime tre sono normali e la percentuale di quelle che rientrano nel patologico è abbastanza nella norma. Anche il livello di desiderio sessuale in questi ragazzi, prima di iniziare a usare sostanze, era abbastanza normale, in quanto chi ricadeva in quella quota patologica era inferiore all'un per cento. Quando invece andiamo ad analizzare i negatori della capacità erettile, attraverso la domanda Q3 di questo questionario, e cioè la capacità di penetrare la partner, ci accorgiamo che la percentuale dei ragazzi che prima di iniziare ad usare le sostanze aveva dei disturbi è intorno al venti per cento e in questo questionario vanno considerate normali le risposte "il più delle volte" e "quasi sempre". Così pure per quest'altra domanda, sulla capacità di mantenere l'erezione dopo la penetrazione. Anche qui il questionario considera normali coloro che rispondono a questa domanda "il più delle volte" o "quasi sempre". E noi vediamo che abbiamo invece circa un venticinque per cento dei ragazzi che ricade in quella che è la fascia del patologico. Vado al confronto con i dati nazionali della popolazione generale per osservare che i tassi di prevalenza della disfunzione erettile, in questa popolazione, prima di iniziare ad usare le sostanze, erano intorno al ventidue, ventitré per cento, contro un tasso generale della popolazione attesa del 2 per cento. Noi abbiamo dei dati nazionali sui problemi di impotenza, che dovrebbe essere chiamata disfunzione erettile, pubblicati proprio a gennaio di quest'anno, che indicano che su questa fascia d'età, la prevalenza attesa di questo disturbo è del due per cento. Quindi abbiamo un fattore 10 che ci ha meravigliato molto e ci ha fatto porre alcune domande. Abbiamo anche indagato sul problema dell'eiaculazione precoce, secondo varie definizioni, perché ancora su questo argomento non c'è un accordo generale, e abbiamo utilizzato la definizione della CAPLAN, cioè la capacità di saper controllare il riflesso eiaculatorio e decidere il momento dell'orgasmo. E abbiamo visto che c'è circa il ventisette per cento dei ragazzi che non ha questa capacità e sorprendentemente c'è una fascia, il tredici per cento, che non sa rispondere a questa domanda. Abbiamo utilizzato anche un'altra definizione, riconosciuta a livello internazionale, e cioè se l'eiaculazione avvenisse entro i primi quindici secondi dalla penetrazione, a questa risposta il dieci per cento ha risposto di no, cioè avveniva entro dieci secondi. Per cui ci siamo trovati con questo scenario: una popolazione maschile giovane con un elevato desiderio sessuale, questo appunto è normale, ma con un'elevata frequenza dei disturbi sessuali. E quindi le nostre prime conclusioni, che derivano proprio da un'osservazione diretta, è che effettivamente i disturbi sessuali sono estremamente frequenti nei giovani che poi accedono alle droghe. Il problema dei disturbi sessuali è sottostimato, non viene affrontato. Poiché c'è questa grossa differenza fra il tasso atteso e il tasso osservato, questo ci fa pensare che potrebbe essere effettivamente un cofattore di rischio e quindi una delle cause dell'inizio dell'abuso, sostanzialmente attraverso una serie di fattori: per una mancanza di informazioni, perché un giovane che ha sedici, diciassette anni non sa a chi chiederle. Mentre le ragazze hanno un punto di riferimento perché quando comincia il ciclo mestruale vanno dal ginecologo, quindi per qualsiasi problema che riguarda la sfera sessuale hanno un punto di riferimento, perché ci vengono accompagnate dai genitori, a dodici, tredici anni, per i ragazzi questo tipo di approccio non c'è e sono soli, perché la scuola non dà informazioni, coi genitori non parlano di questo argomento e l'unico punto di riferimento probabilmente è il compagno

di banco che gli racconta delle "balle", cioè che ha avuto delle prestazioni eccezionali e gli dà informazioni assolutamente imprecise. Uno dei meccanismi alla base dell'assunzione di sostanze potrebbe essere quello compensativo, un altro meccanismo è quello di tentare di migliorare le proprie prestazioni con questi farmaci, perché in alcuni casi purtroppo funzionano. Quindi questo tipo di osservazione va contro il pensiero comune, cioè quello dell'utilizzo di questa droga per ottenere delle prestazioni super, cioè sesso, droga e rock and roll; non è questo lo scenario. Invece lo scenario è quello di una persona che non ha le normali capacità, che vuole tentare di risolvere il suo problema attraverso questo meccanismo. Ma se fosse questa la realtà, allora si tratterebbe di dare delle informazioni a livello scolastico per ottenere una prevenzione primaria, perché attraverso la diffusione delle informazioni è possibile oggi curare questi disturbi con altri farmaci, senza andare a cercare altre droghe; si potrebbe probabilmente salvare una parte cospicua dei ragazzi che poi sono preda di persone che gli promettono delle esperienze fantastiche.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Grazie per la presentazione di questi risultati che sono veramente interessanti, anche perché aprono un ulteriore spaccato sulle possibilità di intervento a livello preventivo e fanno riflettere su come sia estremamente opportuno dare anche nell'ambito dei servizi un'informazione ai ragazzi circa l'opportunità di rivolgersi a degli specialisti per questi eventuali problemi. Devo dire anche che con l'aiuto del dottor LA PERA, come gruppo tecnico interregionale sulle droghe sintetiche, abbiamo creato una mappatura di riferimenti nell'ambito di ciascuna regione che forniremo ovviamente ai referenti regionali di modo che tutti servizi e le strutture, sia pubbliche che private, possano avere un riferimento su dove mandare i propri ragazzi per problemi particolari. Darei allora subito la parola all'ultimo intervento previsto prima del dibattito, quello del dottor Mauro CROCE, che è il responsabile educazione alla salute della ASL 14 della regione Piemonte, psicologo del SERT di Verbania, vice presidente della associazione ALEA. E parlerà di dipendenza e compulsività da gioco d'azzardo patologico e del ruolo dei SERT.»

Dott. Mauro CROCE:- «E' certamente rischioso parlare di gioco d'azzardo in questo contesto. Comunque il primo ragionamento rispetto al gioco d'azzardo è che esso costituisce un grandissimo business. Questi sono i dati relativi al volume del gioco d'azzardo in Italia. Sono in Euro. Nell'ultimo anno gli introiti per gioco d'azzardo sono stati di circa 36.000 miliardi. Sto parlando del gioco ufficiale con esclusione del video poker. Trentaseimila miliardi è più del cinquanta per cento del bilancio della pubblica istruzione. È previsto dal CENSIS, che saranno 45.000 entro quest'anno. A questi dati vanno aggiunti i diciottomila miliardi stimati nel gioco illegale, legato al toto nero, alle bische clandestine, eccetera.
Siamo di fronte certamente ad un fenomeno di grande diffusione. Una famiglia media italiana spende in media un milione e ottocentomila lire in gioco d'azzardo. Quindi emerge un dato di grande diffusione, di sostanziale non patologia, non problematicità del gioco, e un grande dato di sviluppo imprenditoriale intorno a questo gioco; a giorni partirà un nuovo gioco per gli italiani, il bingo. Accanto agli interessi di ordine economico che il gioco coglie - è una forma di tassazione tra le più gradite, ad esempio, Cavour diceva che il gioco d'azzardo è la tassa degli stupidi - esistono tuttavia una serie di preoccupazioni, di attenzioni, sia che riguardano la sfera etica ma soprattutto la sfera clinica, relative ai sempre più visibili e presenti danni e problemi legati al gioco d'azzardo. I costi sociali del gioco d'azzardo, il social impact of gambling, vede una quota di persone che nel gioco d'azzardo ci restano dentro. I costi sono legati alla minore produttività, al giro di denaro che va a organizzazioni criminali, ai danni al sistema familiare del soggetto e, anche studi criminologici lo evidenziano, all'attitudine da parte del giocatore a intraprendere frodi, furti. Da non ultimo gli elementi che ha il giocatore pato-

logico, sono momenti di forte depressione, tentativi di suicidio, nervosismo, ansia e anche già nell'82, è già stata segnalata una dipendenza da gioco d'azzardo. Cioè giocatori d'azzardo ospedalizzati dimostravano sintomi come quelli da astinenza, cioè mal di testa, diarrea, sudori freddi, incubi. Dunque, il gioco d'azzardo costituisce un fenomeno sociale e funzionale in un certo senso. Sono tanti gli studi e le osservazioni che ci dicono come il gioco d'azzardo possa svolgere delle funzioni di devianza istituzionalizzata, sia il ritratto di una cultura dominata da due diversi modelli valoriali: un modello prudenziale e invece un modello di azione, di dimostrazione, di determinazione, di coraggio, e quindi come il gioco d'azzardo svolga una serie di funzioni sociali, socializzanti, svolga una funzione ludica, compensativa per molte persone, ma anche una funzione di tipo regressivo. Queste sono ad esempio le tesi di IMBUCCI, che purtroppo devo riassumere in maniera molto affrettata. Ciò che è interessante notare è che il fenomeno del gioco d'azzardo è sempre meno un fenomeno sociale e sempre più sta diventando un fenomeno asociale. Il preludio di questo sono stati i video poker. L'avvento della tecnologia nel gioco d'azzardo ha prodotto nel cambiamento dell'uso sociale del gioco d'azzardo per cui non solo si gioca a scopa tra amici, ma si gioca soli contro una macchinetta. Non solo, il futuro del gioco d'azzardo è quello del gioco on line, ci sono oltre cinquecento casinò on line, il trading on line per molti sta diventando una forma di gioco d'azzardo, non c'è più la funzione del gruppo, così come tanti studi l'hanno evidenziato, che ha sì il compito di spingere la persona a giocare, ma di controllare le derive in certi momenti, soprattutto nei giochi a somma zero, quando si gioca tra amici e la posta è divisa tra gli amici. Il gioco d'azzardo sta diventando sempre di più un fenomeno di solitudine acuta, un fenomeno in cui ognuno, in ogni momento della giornata e in ogni luogo, non ci sono più i luoghi deputati al gioco d'azzardo, ad alta soglia, ma qualsiasi luogo è il luogo del gioco d'azzardo, compresa, come il futuro ci sta profilando, la propria casa, il telefono cellulare e così via. Questo evidentemente pone problemi, così come è un problema il fatto che il tipo di gioco d'azzardo al quale si ricorre sempre più ultimamente è il gioco di alea, per cui non si gioca contro l'altro, l'agon, per dimostrare se sei preparato, sfidare l'altro e prepararsi a questa sfida, ma si gioca contro sé stessi, si gioca e si cerca il destino. Gli americani parlano di giochi di luck contrapposti ai giochi di skill; noi europei ci riferiamo a CALUAT che ha fatto una distinzione un po' più complessa dei giochi, che non posso in questo momento riassumere, ma certamente l'impulso a giocare è dettato dal chiedere alla fortuna e così via.

Un altro elemento interessantissimo è quello che il gioco d'azzardo è sempre meno un fenomeno legato allo stereotipo romantico che vede Dostoesvkij insieme ad una baronessa russa a scialacquare, decadenti, a un tavolo verde le loro fortune, presi da questa bramosia e in un certo senso ci affascina o ci lascia indifferenti, ma sempre più è il nostro vicino di casa che si gioca più banalmente uno stipendio al video poker del bar sotto l'angolo. Questa è la dimensione del gioco d'azzardo che in un certo senso segue la droga, con qualche anno di distanza, per cui da fenomeno d'elité, come in Pittigrilli, Dostoesvkij, Puskin, Schweig e altri, da "Gioco all'alba", con Schintzler, è sempre più un fenomeno aculturale, asociale, solitario e di profonda insoddisfazione per lo stesso giocatore che si domanda il senso di quello che sta combinando. Certamente abbiamo a disposizione un sequenza d'interpretazioni che risparmio in questa sede: perché ora si gioca di più, perché si gioca in questo modo. Esiste comunque un altro elemento, il rapporto tra offerta di gioco e presenza di patologia. Tutti gli studi indicano che maggiori sono le offerte di gioco, maggiore è la presenza di patologia e di possibilità di farsi male al gioco d'azzardo. Anche se in questa sede bisognerà anche cominciare a ragionare sul fatto che non si può parlare di gioco d'azzardo in senso generico, ma bisognerà distinguere fra i diversi giochi. Ci sono giochi a più alta addiction, ad esempio soprattutto quelli che offrono la possibilità di rifarsi in breve tempo. E questi sono i giochi che creano più facilmente la rincorsa alla perdita, la tolleranza, l'aumentare il denaro per rifarsi di quanto si era perso, il distacco dalle forme di controllo precedenti. Tenete pre-

sente che se si giocherà e si gioca con la carta di credito e presto con tessere a scalare il denaro, mancherà anche il controllo psicologico esercitato dal fatto di vedere che il portafoglio è vuoto. E i giocatori di video poker che vedo mi raccontano delle scene interessantissime su questo portafoglio, per cui l'amico resta fermo a controllare la macchinetta di video poker, mentre tu vai al bancomat più vicino a prendere i soldi per ricominciare. Quindi la realtà è questa.
Qual è l'incidenza dei giocatori patologici? Già la distinzione tra giocatori patologici, giocatori sociali o giocatori problematici è non è molto accettata dalla maggior parte degli studiosi. Tuttavia se accettiamo come definizione patologica quella del DSM4, gli studi epidemiologici ci dicono che va dall'1,5 al tre per cento della popolazione la presenza dei giocatori patologici. Un quattro/cinque per cento sarebbe quella dei giocatori problematici. La domanda, ma ci sono diverse posizioni nella letteratura, è se il giocatore problematico, colui che gioca forte, ma comunque riesce ad avere più o meno un controllo della situazione, sia l'anticamera del giocatore patologico, oppure se sia uno stato di cronicità.
Conosco delle persone di sessanta, sessantacinque anni che sono stati dei forti giocatori problematici, di ramino pokerato, ma che con l'avvento del video poker sono diventati giocatori patologici. "Vede dottore, io almeno allora mi divertivo, c'erano i miei amici. Adesso non mi diverto più, non mi controllo più" e così via. Quindi l'incidenza è senz'altro interessante. Si tratta di ragionare in questa sede, sulle forme di riduzione del danno da gioco d'azzardo. Ammesso che non è possibile una forma di proibizionismo assoluto, non è neanche possibile una situazione nella quale è il mercato che detta le regole del gioco d'azzardo. E quindi si tratterà di studiare dei sistemi di accesso diverso, ci sono 134.000 posti in Itali, dove, fino qualche mese fa, era possibile giocare d'azzardo. I bar ad esempio. Allora si tratterà di studiare delle forme di questo genere, di controllo del social impact of gambling, di controllo del tipo di gioco, di riduzione di giochi ad alta tossicità e anche di limitazione e monitoraggio con studi appositi e cose di questo genere. In questo senso, come è stato per le discoteche, si tratterà di confrontarci con gli imprenditori del gioco. Le sovrapposizioni, le amplificazioni, le migrazioni tra gioco d'azzardo e uso di sostanze sono fin troppo note dalla clinica di tutti noi e la letteratura ce lo dice con grande evidenza. Credo che i SERT, ad esempio, possano e debbano cominciare ad aprire uno spazio di attenzione su questo tema, perché il giocatore patologico o problematico, a seconda delle scuole, spesso non sa come e dove rivolgersi, non sa neanche se può essere preso sul serio su questo tema. Credo che il primo elemento di discussione possa essere quello di ragionare intorno a quali meccanismi servono per studiare una riduzione del danno; serve uno studio dell'impatto sociale del gioco d'azzardo, che abbia molta attenzione, ma anche molta precisione intorno a questa cosa. Bisogna anche cominciare a tessere una rete d'aiuto per le persone che incappano in questo vizio. Certamente non assumendo una posizione manichea e proibizionista, il gioco è un'attività splendida di svago, di sfida a sé stessi e non è un caso, perché il giocatore di alea rincorre la donna, rincorre la fortuna che è sempre bendata.
I video poker. Potrei raccontare tantissime scene anche divertenti, il video poker è questa donna alla quale ti dedichi tutto il giorno, poi vai un attimo fuori, perché non hai più una lira, passa lì il primo cretino e gli fa la scala reale. Queste sono le simbologie. Allora credo che sia utile cominciare a prendere seriamente questa forma di patologia o di sofferenza, come io preferisco definirla, e cominciare anche ad attrezzarsi a rispondere a tutte queste cose qua. Mi scuso se sono andato un po' oltre, ma come dice un grande giocatore d'azzardo, il gioco è come l'amore, non è difficile entrarci dentro, il difficile è uscirne, anche parlarne.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Mi sembra che anche questo intervento abbia arricchito il panorama delle forme dell'abuso e ci abbia dato anche degli input su cui basare riflessioni e dibattito. Abbiamo concordato con il dottor BRICOLO di aprire un pic-

colo spazio dedicato al dibattito.»

Marica FERRI:- «Lavoro all'agenzia di sanità pubblica della regione Lazio. La mia, più che una domanda, è un invito rivolto al dottor TOSI. Noi abbiamo un progetto che è speculare al suo sull'allarme rapido, partecipiamo anche al gruppo interregionale tecnico sulle droghe sintetiche. L'invito era quello di raccogliere le altre regioni che si stanno impegnando su questo stesso tema e cercare appunto di cogliere le parole, l'apertura che lei ha dato per cercare di andare avanti, perché penso che siamo più o meno tutti fermi allo stesso livello di progettazione, per cercare un modo conciliante di aggirare le norme esistenti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Penso che la risposta Marco sia implicita. Dato che non ci sono altre domande, diamo spazio alle relazioni successive.»

Dr.ssa Patrizia CIRINO:- «Sono un'antropologa, vengo dalla regione Umbria, da Perugia. E faccio parte di un'associazione Onlus che si chiama Rita 3000, che è un acronimo per Ricerca Interventi Tossicodipendenze e Abusi. Voglio dirvi che stamattina sono abbastanza contenta di aver sentito qui dentro delle cose che ho sentito fuori perché sono anche stata alla "contro conferenza" o a quella che non è stata una contro conferenza, ma un incontro e un dibattito pubblico. Mi ha fatto molto piacere l'intervento del dottor TOSI che è assolutamente in linea con i movimenti che stanno fuori e quindi mi dispiace dire che è stato un peccato che ieri non avete colto l'occasione offerta di comunicare in una maniera diversa, però forse ci sarà un terreno d'incontro in un altro momento con progetti specifici, mentre la domanda, finita la premessa, è rivolta all'endocrinologo di cui purtroppo non ricordo il nome. Il suo lavoro mi sembra particolarmente interessante, però vorrei capire se le persone che lei ha intervistato, e di conseguenza ha trattato, erano tutti assuntori di eroina o di altre sostanze, perché mi piacerebbe capire che tipo di incroci si possono fare. Lei, se non sbaglio, ha parlato di un soggetto di ventisette anni in cura, il metadone si prende quando si assume eroina, e poi ha parlato di disturbi in generale. Allora la mia domanda è: questi disturbi, è una domanda interlocutoria non soltanto provocatoria, sono legati e connessi, come io credo, al mondo degli oppiacei o lei ha fatto un'analisi e una ricerca anche con assuntori di altre sostanze, come eccitanti?.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Per rispondere alla sua domanda bisogna ribadire un concetto. La domanda delle prestazioni sessuali è fatta a delle persone in un periodo storico importante della loro vita, cioè quando non prendevano nessun tipo di sostanza. Quindi non stiamo parlando degli effetti tossici sulla sessualità dell'eroina, della cocaina o delle varie altre sostanze. Quella è una fase successiva. E sicuramente ci sono delle interazioni, ma non era questo che ci interessava documentare, perché è stato già descritto in molti altri lavori. Quello che non è stato mai descritto finora era se queste persone che poi accedono alla droga, nel periodo in cui ancora non lo facevano, quindi erano liberi da un'interazione farmacologica, avevano una percentuale più elevata di disturbi sessuali rispetto ai loro coetanei che poi non fanno uso di droga. La risposta nel nostro caso è che effettivamente questi ragazzi hanno una maggiore prevalenza di disturbi sessuali, e questo è un dato osservato e ne siamo abbastanza certi. Non siamo ancora certi, perché lo stiamo ancora appurando, però la nostra sensazione è che sia cosi, che questa sia una delle possibile cause di ingresso alla tossicodipendenza. E questa è la frase forte sulla quale stiamo cercando di studiare, perché se effettivamente è questo il passaggio, cioè ho un problema sessuale, non so dove andarmi a curare, trovo una persona che mi dice: ti do una cosa che ti fa fare il "botto", allora abbiamo una fortissima possibilità di intervento attraverso l'informazione. Per quanto riguarda più nel dettaglio quello che lei mi ha chiesto, ho passato una diapositiva molto velocemente; questa popola-

zione che noi abbiamo esaminato quando si è presentata al SERT, per circa il 75% per cento faceva uso di eroina, nel dieci/ quindici per cento faceva uso di cocaina e il resto di altro tipo di sostanze. Questa è la distribuzione. Quindi la stragrande maggioranza del campione era composta da persone che facevano uso di eroina.»

Ten. Col. GASBARRI:- «Sono uno psichiatra e anche uno psicoterapeuta. Anche noi nel nostro ambito, anche se è un peculiare, quello delle forze armate, svolgiamo attività di prevenzione per quanto riguarda le tossicodipendenze. E di questo parlerò in un'altra sessione, oggi pomeriggio, per cui probabilmente sarà lì che svilupperò più ampiamente questo tema. Però volevo fare due riflessioni su alcuni spunti che mi hanno fornito i relatori. Il primo spunto è quello dell'endocrinologo. Anche dal nostro versante, noi vediamo molti soggetti nell'ambito della visita di leva: confermo che c'è una coesistenza fra disturbi della sessualità e disturbi da uso di sostanze. Questo viene confermato anche dalle nostre osservazioni. Vorrei anche aggiungere, da psicoterapeuta di indirizzo cognitivistico - comportamentale, che da questo punto di vista le due cose, cioè il disturbo della sessualità e il disturbo da uso di sostanze, vengono un po' inquadrate in una cosiddetta, come noi la chiamiamo, organizzazione di significato personale di tipo DAP, cioè da disturbo alimentare psicogeno; le due cose probabilmente non sono consequenziali ma sono delle manifestazioni, degli epifenomeni di un'organizzazione di personalità similare. Nella mia esperienza da psicoterapeuta, anche in ambito civile, ho notato come molto spesso al disturbo alimentare delle ragazze fa da contraltare il disturbo della sessualità dei ragazzi, in una organizzazione di significato personale di tipo DAP. Questo poi mi induce a chiedere alla dottoressa di Bergamo se loro utilizzano nel trattamento esclusivamente psicofarmaci, perché nella mia pratica ho trovato estremamente pericoloso dare dei farmaci a delle persone che già sono tendenzialmente portate a una dipendenza. E molto spesso anzi è stata proprio una mia esigenza primaria evitare questo aspetto e fare il trattamento esclusivamente psicoterapico, magari prendendo lo spunto dai disturbi della sessualità. Ad esempio, un caso che sto seguendo adesso di un ragazzo che è venuto da me proprio per un disturbo della sessualità e poi nel corso delle sedute psicoterapeutiche è emerso anche l'uso di sostanze, prende giornalmente cannabinoidi e cocaina. Però mi è parso estremamente pericoloso un trattamento psico - farmacologico per individui di questo tipo.»

Dr.ssa Laura TIDONE:- «Per qualunque tipo di abuso di sostanza, non vedo nessuna controindicazione al trattamento farmacologico di nessun tipo e di nessun genere, se la premessa è questa. L'importante è effettuare una diagnosi iniziale, nei confronti di qualunque soggetto presenta problemi di abuso e di dipendenza, sulla sua possibilità di mantenere in modo utile, nella sua situazione personale, una condizione drug free, o se questa condizione drug free non gli può implicare sofferenza, magari rischio di suicidio, e una valutazione diagnostica di questo. Per cui una persona va stabilizzata con dei farmaci, cioè dato per scontato che in quel momento è più importante avere una stabilizzazione che impedisca qualunque forma di ricaduta e di cronicizzazione, piuttosto che ottenere una sospensione dell'uso di qualunque sostanza. Accanto a questa prima fase di diagnosi si può o no accostare qualunque altro trattamento, una psicoterapia di tipo cognitivista, psico - dinamica, non è una contraddizione. Il farmaco è utile per stabilizzare una situazione o anche per valorizzare la necessità di stabilizzare una condizione metabolica o forse anche nel confermare alla persona che ha visto giusto in questa specie di tentativo di autoterapia. Il farmaco ha semplicemente questa funzione: stabilizzare una forma di dipendenza quando la sospensione può essere più pericolosa, più rischiosa, fino ad episodi di suicidio che abbiamo visto tutti. È questo e non è in contraddizione col resto.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Ringrazio il tenente colonnello per la domanda che mi ha

posto, volevo solo precisare che non sono endocrinologo, sono urologo, e mi occupo di andrologia. Il disturbo sessuale è un fenomeno concomitante o conseguente all'assunzione di sostanze? E allora bisogna dire che a questo nessuno può dare, a oggi, una risposta, neppure dire che sia un fenomeno concomitante. Sarebbe un errore dare per assodato che sia un fenomeno concomitante, cioè che c'è una patologia che porta contemporaneamente sia alla tossicodipendenza sia al disturbo sessuale. Perché questo ci fa perdere una parte delle possibilità di interesse. Non a caso se noi andiamo ad rianalizzare un po' la storia della medicina, le prime osservazioni di BRADFORD-HILL sull'associazione tra cancro del polmone e fumo sono degli anni '60, e per anni si è discusso questo. Ci sono voluti trent'anni per arrivare alla dimostrazione che c'era una relazione forte, conseguente, non concomitante, tra cancro del polmone e fumo. Ora, se nel nostro caso questi due fenomeni fossero conseguenti, cioè da un disturbo sessuale si passa alla tossicodipendenza, non in tutti casi ovviamente perché la tossicodipendenza ha un'origine multifattoriale, ma è una parte significativa, allora noi perdiamo una grande possibilità. Possiamo aspettare trent'anni per arrivare a una dimostrazione scientifica e non fornire queste informazioni o nelle scuole o agli stessi genitori, che possono nel loro colloquio con i figli chiedere come va l'attività sessuale e portarli dallo specialista. Perché i ragazzi, come ho detto oggi, non hanno uno specialista di riferimento. Anzi, fino a poco tempo fa, c'era la visita di leva dei tre giorni per cui lì, anche se a grandi linee, si potevano identificare delle patologie dell'appartato genitale o avere un momento comunque medico generale con un ragazzo di diciott'anni. Oggi con la nuova legge non ci saranno nemmeno queste e le ragazze da questo punto di vista saranno avvantaggiate. E allora dico: non perdiamo questa opportunità, perché tenere nel cassetto questa informazione fino a che non si arriva alla dimostrazione scientifica potrebbe significare effettivamente ritardare un grosso momento di prevenzione che poi ha un basso costo, perché stiamo parlando di informazione e non dovrebbe avere un grosso costo. È molto più costoso e difficile recuperare un tossicodipendente.»

Prof. Enzo GORI:- «Vorrei dare qualche cifra. A proposito del consumo di sostanze afrodisiache, per esempio nelle discoteche; ho in mente una casistica inglese su circa mille club, in cui in fondo, allo zero sei per cento di consumo c'è il Viagra, che viene usato proprio come sostanza da uomini della notte. E poi, viceversa, c'è l'altro dato che è da esaminare, e cioè che molto spesso i ragazzi che usano ecstasy qualche volta dicono di associarci il Viagra. Perché in qualche modo li aiutano in questo rapporto sessuale. Comunque tutta la storia della droga e sesso è una storia estremamente complicata, come tutti sanno, perché evidentemente è molto difficile stabilire se una sostanza è pro - erotica o anti - erotica. Proprio l'esempio ultimo, classico è quello dell'ecstasy. Perché è una sostanza che dovrebbe facilitare il contatto con l'altra persona e quindi in linea di massima una sostanza entactogena o simpatogena, è una sostanza che dovrebbe a tutti i costi provocare il rapporto erotico, mentre in realtà esaminando il racconto di molti, finisce che è anti - erotica. E che qualcuno addirittura prende il Viagra e proprio il rapporto non c'è. Amerei sentire un commento dello psichiatra, o del professor BRICOLO o di qualcun altro, sul rapporto tra questi disturbi della sessualità e consumo di droga. Perché non mi pare che possano essere assunti così semplicemente. Mi piacerebbe capire se dietro il disturbo di sessualità c'è un disturbo di personalità. Perché questa è la cosa fondamentale da capire. La domanda è: qual è il disturbo psichico che sta dietro? C'è o non c'è? Perché altrimenti il rapporto di causa - effetto è molto diverso.
Volevo fare un commento sulla bulimia e l'anoressia. Cioè vorrei una conferma. A me risulta, TIDONE, che gli anoressici sono molto meno proni ad usare sostanze da abuso dei bulimici. E vorrei sapere se questo è un dato che corrisponde alla tua esperienza. E viceversa mi piacerebbe molto suggerirti di vedere se si potesse fare uno studio di attivazione orbitococliofrontale in un bulimico, perché mi risulta che non ci sia in letteratura, mentre il craving da fame sarebbe molto interessante da documentare a livello ence-

falico, proprio perché tu dici che ha dei ritmi. Mi piacerebbe molto vedere se si potesse in qualche modo avere un riscontro obiettivo del craving, che sarebbe poi un indicatore indiretto del rialzo di dopamina. Ma sarebbe molto più localizzato a livello encefalico. Mentre a chi ha parlato in maniera direi così interessata e quasi personale sul gambling, vorrei chiedere: ma esistono esperienze dell'uso di farmaci tipo Prozac, che possono sminuire l' impulsività del gioco? Esistono dati di possibile terapia con Prozac e sostanze analoghe? Perché questo potrebbe essere un altro approccio per il giocatore patologico.»

Roberto DI BIASI:- «Sono dell'Arcobaleno, della comunità di Capodarco di Roma. Una domanda al dottor Mauro CROCE relativamente al gambling on line, al quale prima stava accennando. La mia è una domanda relativa alle Internet addictive disorder. Non so se, stando almeno al DSM4, in quest'ultima sindrome ci possono essere delle relazioni eziologiche fra il gambling patologico e Internet addictive disorder e se si può, nell'eventualità che ci siano delle relazioni, parlare di doppia diagnosi.»

Dott. Mauro CROCE:- «Su Internet e gioco d'azzardo gli studi sono prevalentemente, almeno quelli che io conosco, di GRIFFITH, un inglese, che è colui che più si è occupato di questa situazione. Lui dice che c'è una sovrapposizione e un reciproco influenzamento, cioè il soggetto Internet addict è più favorevolmente e facilmente portato a diventare un gambler addict. Cioè spende più ore e in queste è più facilmente portato a fare quello, e viceversa. I soggetti che si avvicinano a Internet per giocare d'azzardo sono rari. Tra l'altro devo dire che, da questi studi inglesi, si segnala come il gioco d'azzardo, grazie a Internet, si possa giocare anche sul posto di lavoro. Dal posto di lavoro, chiunque è collegato a Internet, scommette ai cavalli (gli inglesi) oppure gioca ai Casinò, che poi vanno ponendo dei problemi fiscali di controllo tremendi. Quasi tutti hanno sede alle isole Caiman, Curaçao, eccetera. Esiste una sovrapposizione, è certamente possibile parlare di doppia diagnosi, però è una reciproca amplificazione; chi è dentro Internet gioca più facilmente d'azzardo su Internet, chi gioca d'azzardo su Internet più facilmente è predisposto evidentemente ad accedere a siti di questa natura.
Per quanto riguarda il discorso dei trattamenti farmacologici, non è il mio ambito favorito di intervento, ci sono degli studi. Hanno una casistica bassissima, sette casi su dieci, a quello che so io; c'è il Tevarin ad esempio. Di solito comunque questo apre il discorso dei trattamenti per i giocatori d'azzardo: quello farmacologico è uno dei possibili, non lo vedo come il maggiore, spesso associato ad altro. Sono più i gamblers anonimi.»

Prof. Renato BRICOLO:- «Chiudiamo qui il dibattito e andiamo con gli interventi. Se resta del tempo riapriremo un dibattito generale alla fine e a quel punto sarà possibile fare i confronti arricchendoci anche di altri temi. Lascerei solo un minuto a Maria Teresa TORTI che ha chiesto un intervento e poi passerei al resto.»

Dr.ssa Teresa TORTI:- «Nel rapporto tra comportamenti sessuali e comportamenti di consumo di sostanze, comportamenti a rischio, forse dimentichiamo una cosa. C'è una componente nelle nuove condotte a rischio di piacere senza desiderio. Prima volevo citare una frase di Calvino in "Ti con Zero", che recita: "Su questo stato di desiderio è meglio essere più precisi: si verifica uno stato di desiderio quando da uno stato di soddisfazione si passa da uno stato di crescente soddisfazione e quindi subito dopo a uno stato di insoddisfacente soddisfazione, cioè di desiderio. Non è vero che lo stato di desiderio si verifichi quando manca qualcosa, ma quando c'è qualcosa". La mia sensazione nelle ricerche sul campo condotte all'interno dei territori dove rischio e piacere si coniugano felicemente, la dimensione che sembra mancare è la dimensione del desiderio. E allora credo che all'interno di questa conferenza, se vogliamo ragionare anche in termini di prevenzione, e non solo di clinica o di cura, l'aspetto da tenere in conto è che in questa

società sempre più bulimica di merci e di consumo, viene meno la possibilità della dimensione di latenza del desiderio, del concepire il desiderio come attesa, giusto come limen, come soglia e quindi di legare a questo il piacere. Allora credo che la patologia più "significativa" in questo rapporto tra condotte a rischio e piacere, tra comportamenti sessuali e assunzione di sostanze non sia tanto una correlazione puramente comportamentale tra due condotte, ma sia la dimensione psico - sociale, la dimensione simbolica e culturologica che fa sì che molte persone rincorrono il piacere anche attraverso strade chimiche, proprio perché il piacere non riescono a connetterlo con una dimensione più autentica e pulsionale del desiderio. E' un tema a cui credo che sia anche legato il futuro delle nuove generazioni.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola al dottor Alessandro COACCI, responsabile del SERT di Follonica, che ci parlerà di un'attività estremamente interessante, l'applicazione sperimentale del Protocollo d'intesa tra il governo e il Sindacato Italiano Locali da Ballo in dieci discoteche della Toscana.»

Dott. Alessandro COACCI:- «Lo scopo di questo mio intervento è illustrare l'applicazione delle linee guida del Protocollo di intesa tra Governo e il Sindacato Imprenditori Locali da Ballo siglato in data 7 dicembre '99. E finalizzato alla costituzione di un albo di qualità delle discoteche. Abbiamo voluto realizzare in via sperimentale un progetto denominato Discoteche doc, che rispondesse in modo dettagliato e preciso ai requisiti chiesti alle discoteche. Ma che soprattutto esaltasse l'idea innovativa che caratterizza questo nuovo modello di fare prevenzione, fare degli operatori delle discoteche dei tutor che promuovessero idee di comportamento e modelli positivi. L'avventura Discoteche doc è iniziata il 12 aprile del 2000 presso la regione Toscana, con la presentazione di questo progetto ai rappresentanti del Sindacato Imprenditori Locali da Ballo. C'è da dire che sia la regione Toscana, sia i rappresentanti degli imprenditori locali da ballo sono due realtà già fortemente sensibilizzate a questo tipo di progettualità in quanto negli anni precedenti avevano collaborato con un altro progetto denominato On the road again. L'adesione e l'interesse riscontrato in questa occasione ci ha incoraggiato e stimolato nella nostra iniziativa e così abbiamo voluto enfatizzare in particolare il binomio divertimento/benessere attraverso lo slogan "notti sicure". Successivamente è stata presa una decisione: quella di realizzare questa esperienza in una provincia della Toscana, e abbiamo scelto Grosseto, dove sono state arruolate volontariamente dieci tra le discoteche più importanti della nostra costa. Più importanti perché facevano oltre mille e cinquecento presenze a sera. Il coinvolgimento della regione Toscana, delle prefetture e ovviamente del Sindacato Imprenditori Locali da Ballo è stato determinante per la riuscita di questa nostra iniziativa. Ma vediamo ora quali sono i requisiti che la discoteca doc deve avere: diffusione di messaggi e materiali informativo, riduzione dell'impatto acustico e visivo, politica dei prezzi delle bevande, primo intervento sanitario, corso di formazione al personale che opera nell'ambito delle discoteche, presenza di un locale di decompressione. E quali sono gli obiettivi primari che il progetto persegue? Prevenzione estesa a tutta la popolazione giovanile dai rischi derivanti dall'uso di droghe, in particolare quelli collegati alla guida di autoveicoli. I cosiddetti incidenti del sabato sera, che poi non sono del sabato sera ma di tutte le sere. Vediamo quali sono gli obiettivi secondari: diffondere l'idea di un corretto stile di vita, impedire, o per lo meno limitare, la presenza e il consumo di droghe, svolgere sistematica attività di informazione, attivare interventi di riduzione dei rischi. Particolare attenzione è stata posta alla realizzazione dei corsi di formazione rivolti al personale che opera all'interno delle discoteche. In quanto, come già evidenziato, questi operatori si propongono quali messaggeri di una nuova cultura da diffondere nell'ambito dei locali notturni. I corsi, svolti dal personale dell'azienda sanitaria con varie professionalità, medici, psicologi, assistenti sociali, sociologi, hanno riscosso un successo superiore ad ogni aspettativa, al punto che le ore di lezione

programmate sono state ampliate per dare la possibilità ad altri operatori di poter partecipare. Abbiamo fronteggiato anche con cura gli aspetti formali del progetto, perché si mantenesse sempre alto il livello di qualità professionale. Il corso di formazione è stato dotato di un apposito registro didattico, dove vengono annotate le date, gli orari, le presenze dei corsisti, quelle dei docenti e gli argomenti svolti. Il corso, denominato "Custodi del benessere", si articola in lezioni teoriche e attività esperienzali sui seguenti argomenti: norme di primo soccorso, educazione alla salute, conoscere l'alcool, la droga. In particolare abbiamo messo molta attenzione sull'MDMA, epidemiologia degli incidenti stradali e dei comportamenti a rischio e, ultimo, ma non meno importante, l'arte di comunicare. Rispetto al personale che opera nelle discoteche il corso si propone i seguenti obiettivi: aumentare le conoscenze e le abilità rispetto agli interventi di primo soccorso, rispetto alla diffusione dei comportamenti a rischio legati all'uso di sostanze stupefacenti, diffondere il concetto di un corretto stile di vita, aumentare l'autocontrollo imparando a riconoscere e a saper gestire le proprie emozioni in situazioni di emergenza. Nelle visite preliminari di consulenza effettuate nelle discoteche, abbiamo collaborato con i gestori fornendo suggerimenti, consigli e indicazioni per rispondere adeguatamente ai requisiti più complessi quali, per esempio, l'allestimento di una stanza dove poter fornire interventi di primo soccorso, oppure a reperire spazi adatti alla cosiddetta decompressione. Motivo di grande soddisfazione è l'interesse con cui i gestori hanno richiesto e accolto i nostri suggerimenti. Per realizzare infine la prevista attività di consulenza, vigilanza e verifica presso le discoteche, è stata istituita un'apposita commissione composta da un rappresentante della Regione Toscana, da un rappresentante della prefettura, nella fattispecie la prefettura di Grosseto, era un viceprefetto, da un rappresentante del Sindacato Imprenditori Locali da Ballo e ovviamente dal promotore dell'iniziativa. I componenti della commissione sono stati nominati dai rispettivi organi istituzionali, su esplicita richiesta del direttore generale dell'azienda. Un altro aspetto che abbiamo attentamente curato è il rapporto con i media, in quanto consapevoli che la finalità del progetto, ovvero diffondere una nuova mentalità nel mondo del divertimento, necessita della costante collaborazione dei mezzi di comunicazione di massa. Discoteche doc, custodi del benessere, del divertimento/benessere, rappresenta il risultato di un impegno a ricercare anche nella scelta delle parole quelle che ci apparivano più appropriate e immediate per comunicare i messaggi insiti nella nostra proposta. È con viva soddisfazione che la commissione di vigilanza e verifica ha rilevato che tutte le discoteche esaminate hanno risposto in modo adeguato, e soddisfacente alle prescrizioni dettate dalle linee guida. Al fine di procedere a una valutazione dei requisiti attenta e obiettiva, la commissione ha predisposto un'apposita scheda di rilevazione dei parametri. C'è da dire una cosa per quanto riguarda la riduzione dell'impatto acustico. Devo dire con grande soddisfazione, non conoscevo questa realtà, pur avendo già lavorato anni addietro nelle discoteche, che tutte le discoteche esaminate hanno presentato, per quanto riguarda l'impatto acustico, il rapporto aggiornato sulla valutazione del rischio del rumore ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Le discoteche in esame hanno applicato percentuali di sconto diverse, da uno sconto minimo del venti per cento a un massimo del cinquanta per cento, la differenza è dovuta alla politica che il locale attua rispetto al biglietto di ingresso. È evidente che le discoteche che praticano prezzi più alti di ingresso, hanno minori difficoltà ad attuare sconti più consistenti sulle consumazioni rispetto ai locali che, al contrario, praticano un prezzo d'ingresso più basso, o addirittura gratuito, e basano le loro entrate esclusivamente sulle consumazioni.

Il successo di questa iniziativa rende evidente che le linee guida elaborate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri rispondono adeguatamente al modello di prevenzione da attuare nelle discoteche. Pertanto l'intuizione avuta nel proporsi come momento sperimentale credo abbia centrato l'obiettivo. C'è da dire che considerato l'interesse e il favore riscontrato da gestori e operatori in genere delle discoteche, intendiamo promuovere questa iniziativa a livello più ampio, certi della riuscita di questo nuovo model-

lo di fare prevenzione.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Grazie al dottor COACCI e a questa bella e interessante esperienza della regione Toscana, che è molto attiva in questo settore. Daremmo la parola subito al dottor INELLA, cooperativa sociale Nuova Dimensione, Perugia, che tratterà il tema: "Caliamoci nel contesto".»

.

Voce femminile:- «A questo gruppo di lavoro, come vedete illustrato nel lucido, hanno partecipato i rappresentanti dei SERT, i Comuni, il privato sociale, associazioni culturali giovanili, agenzie regionali e le discoteche, con le quali lavoriamo da tempo. Abbiamo ritenuto importante denominare questo lavoro "Caliamoci nel contesto", individuando alcuni concetti chiave che sono: il target dell'intervento, culture diverse e soggetti visti come persone. Ora andremo a vederli uno alla volta.
Il target dell'intervento noi lo riteniamo calato in un mondo allargato, che coinvolge adolescenti, giovani e adulti. I nuovi fenomeni e gli abusi pensiamo che influenzino e riguardino sia l'agire degli adulti, sia quello dei ragazzi. E abbiamo ritenuto importante sottolineare che infatti è proprio l'adulto che ha bisogno a volte di un riferimento per poter continuare il proprio processo di crescita. Molto spesso nascono iniziative che vanno verso un supporto genitoriale. È importante, secondo noi, fare un'analisi a partire dall'affermazione di questi nuovi bisogni e vorremmo mettere in evidenza quanto appunto nella nostra società l'immagine, l'apparire, risultino molto importante, e quindi c'è la necessità di essere brillanti, efficienti, forti, sostenere alti tenori di vita quasi a ogni costo. E quindi volevamo anche sottolineare che cosa è disposta a fare una persona per poter superare i propri limiti, il proprio disagio, le proprie insicurezze. E questo in qualche modo lo ricollegavamo all'uso di sostanze. I regolatori dell'umore, farmaci e nuove droghe, servono anche a questo. Ora vorremmo passare alle culture diverse. Che cosa intendiamo con questo? Non riteniamo che sia corretto parlare solo di universo giovanile, ma piuttosto prendere in considerazione la coesistenza di varie culture. La diversità è sempre presente nei vari contesti. Un esempio semplice: molti ragazzi della stessa età in realtà fanno riferimento a tendenze culturali molto diverse fra loro, a partire dalla musica: c'è la musica commerciale, fra techno e rap c'è una differenza. All'interno di un gruppo sociale possono essere presenti diverse generazioni, diversi punti di vista, diversi interessi. E questo sicuramente è basilare tenerlo presente come punto di partenza. Ne deduciamo questi punti: entrare in contatto con le fasce di popolazione che costituiscono il target dell'intervento, rendere più efficaci le azioni di prevenzione e di promozione sociale, favorire il riconoscimento di comportamenti a rischio, agevolare la richiesta di aiuto e la presa in carico dei soggetti a rischio. Non crediamo sia utile coinvolgere personaggi del mondo dello spettacolo, atleti, cantanti. Perché? Perché ogni contesto e ogni espressione culturale ha i propri miti che spesso sono in contrapposizione fra loro. Chi sono i miti? Pensiamo ad esempio a quelli che sono oggi in voga: che cosa ci può dire Marilyn Manson, per chi lo conosce, e che cosa ci poteva dire, quando era vivo, Kurt Cobain. E oltretutto, molto frequentemente, di questi tempi anche gli atleti, il mondo dello spettacolo, del calcio, vengono messi continuamente in discussione per l'uso di doping.
Quando parliamo di soggetti ci riferiamo a persone. Animate quindi da sentimenti, desideri, sogni, aspettative e quant'altro. Ad esempio, si può riscontrare comunemente quanti giovani oggi assumono farmaci per preparare un esame all'università e quanti professionisti li assumono per apparire in forma smagliante e sempre in grado di soddisfare le aspettative dell'altro nei diversi contesti, a partire dal lavoro. Alcune caratteristiche dei nostri giorni sono infatti i tempi veloci, l'efficienza delle prestazioni, tramite qualsiasi strumento. La velocità con la quale si possono assumere droghe e farmaci e gli alti ritmi di vita rischiano di far perdere il senso, le relazioni sociali. Ne sottolineiamo particolarmente l'importanza, riteniamo utile il contatto umano nello stabilire, individuare un percorso al fine di raggiungere un obiettivo. Per ridare senso alle relazioni, alle forme di

comunicazione, è importante porre attenzione sul come fare questa cosa. E abbiamo individuato questi punti: coinvolgere il target dell'intervento, considerare il soggetto come persona, riconoscendogli di essere portatore oltre che di dubbi e problemi, anche di risorse, tenere presente la diversità del contesto. Per attivare quanto detto, a questo punto, riteniamo importante evidenziare l'importanza e la necessità di costituire delle reti e abbiamo anche cercato di identificare in che modo. Calarsi nel contesto significa attivarsi nei vari luoghi, consapevoli, a questo punto, delle caratteristiche che li contraddistinguono. Se le azioni principali devono avere come obiettivo quello di rivolgersi a contesti specifici e/o a comunità locali, essere frutto della collaborazione di più soggetti e più progetti, è fondamentale che vengano attivate le reti a più livelli. E comprendano in esse la diversità.
Le prime indicazioni di massa possono essere: verificare territorio per territorio, data la diversità, se esistono le condizioni per l'attivazione della rete. Nel caso, attivarsi per non avere solo un'adesione formale di enti pubblici e privati. Individuare e inserire nella rete i referenti dei luoghi dove si svolgono vita di gruppo e attività del tempo libero. Quindi comunemente pub, discoteche, palestre. E questo lavoro, in alcuni contesti, è già in atto. Quindi dove già c'è, rafforzarlo ed eventualmente crearlo e identificarlo, tenendo conto della mission diversa degli esercizi privati, fondamentale perché questa teoria poggia sicuramente sul rispetto. Quindi individuare l'interesse comune. Coinvolgere nel lavoro di rete la scuola, integrando le sue progettualità con quelle del territorio, in forme nuove, tramite progetti di educazione alla salute. Si percepisce, ad esempio, il disastro ecologico, ma non si percepisce il proprio comportamento a rischio. E questo può riguardare ciascuna persona. Concludendo, abbiamo ritenuto importante coinvolgere anche la comunità locale e il contesto. In che modo? Evidenziando che sono molto efficaci gli interventi condotti coinvolgendo adulti che sono di riferimento per il contesto, gestori del locali, operatori del privato sociale, ed altri soggetti, come i leader dei gruppi appartenenti al target che possono fungere da testimonial. Consideriamo però, ed è importante sottolinearlo, che spesso i leader dei gruppi sono quelli che mettono in atto i comportamenti più a rischio e quindi è necessario un primo intervento a priori. In ultimo, dato per scontato che le azioni promosse dallo Stato devono poter raggiungere la persona, è fondamentale il supporto e il coinvolgimento autentico della comunità, di quel contesto dove la persona vive la realtà, dove ancora ha la possibilità di esprimere bisogni, sentimenti e desideri.»

Lorenzo LOMBARDI:- «Vorrei approfittare di questo spazio, giusto per porre una domanda. Mi chiamo Lorenzo LOMBARDI, sono operatore del progetto Discoteca doc che, per analogia, si richiama al progetto presentato precedentemente a questa relazione. La domanda è se l'analogia, sia per noi, sia per gli intenti del nostro progetto, che esiste nel comune di Perugia dal 1998, con questo Discoteche doc del 2000 della Provincia di Grosseto, sia solamente una coincidenza di intenti e non tanto un errore o un misunderstanding.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola subito al dottor Claudio CIPPITELLI, che è presidente del Coordinamento Nazionale Nuove Droghe.»

Dr. Claudio CIPPITELLI:- «Questo coordinamento nazionale si estende dalla Comunità Montana nel Grappa fino a Messina. È un coordinamento non neutro, non neutrale, ma si occupa di nuove droghe con un ottica abbastanza precisa. La nostra ottica è ovviamente preventiva, siamo certi che su questo terreno bisognerà intervenire e continuare ad intervenire, ma anche la nostra ottica è quella della riduzione del danno. Ma già sulla prevenzione va detto che nella nostra carta di intenti, viene definita con grande precisione l'idea nostra di prevenzione. Ieri in una parte della conferenza abbiamo sentito termini, soprattutto da parte di alcune regioni, che richiamavano la necessità di una pre-

venzione che si attesti sui valori dominanti, che parli di valori di riferimento, che parli di vuoti interiori. E' tutto quello che noi non facciamo, non faremo e lotteremo per non fare. Noi pensiamo a una prevenzione che vuole stare nelle realtà, nei luoghi della notte come del giorno, della normalità come del piacere, del loisir, con un approccio che sia, prima di tutto, di grande curiosità. Noi sappiamo pochissimo su questi fenomeni. Siamo degli adulti che hanno pochi elementi per poter esprimere giudizi, se mai dovessero esprimerli, e che hanno attualmente la necessità e il dovere, direi, di conoscere. Di questo coordinamento vi dico poco, perché trovate dei volumi all'interno dei quali c'è scritto chi siamo, quante strutture del privato sociale, dei SERT, quanti enti locali hanno aderito a questo tipo di realtà. Gli obiettivi di questo coordinamento sono soprattutto quelli del confronto e della ricerca. Accanto a questo noi ci siamo posti degli obiettivi di formazione, perché ci stiamo rendendo conto sempre di più, anche in questa conferenza nazionale, di quanto ci sia necessità di conoscere, anche per i nostri colleghi, rispetto a queste nuove forme di uso e di abuso. Abbiamo chiesto di intervenire soprattutto per porre quattro, cinque importanti obiettivi.

Il primo: noi temiamo la riduzione di quelle policy che in questi anni sono state implementate e che hanno visto coinvolte molte strutture di terzo settore, ma anche e soprattutto molti SERT. Penso ai SERT della riviera, per dare corpo ad attività di prevenzione nei luoghi del loisir, per strada, nelle piazze, nei luoghi di consumo oggi emblematici, come il Blockbuster piuttosto che il Mc Donald's. Rispetto a questo tipo di approccio temiamo che ci sia una contrazione verso altre forme di prevenzione. Il secondo obbiettivo, sul quale ci continuiamo ad avvalere dei contributi dei nostri maestri è la necessità di ripensare la presa in carico. L'hanno detto tutti, i nostri servizi sono molto centrati sulla molecola eroina, per lo meno gran parte, ce ne sono molti che lavorano molto bene su questo tipo di obiettivo. Però c'è la necessità di ripensare complessivamente la rete di coloro che si stanno occupando di questi fenomeni, coinvolgendo altri settori. Non lasciando fuori le prefetture. L'articolo 35, l'articolo 121. Non possiamo pensare che tutto questo resti immutabile come lo era dieci anni fa. Altra cosa sulla quale continueremo a battere, ma è stata illustrata abbondantemente, è la costruzione di un sistema italiano di allerta. L'analisi delle polveri è oggi possibile, ci sono progetti, è stato ricordato, per lo meno in due grandi regioni italiane. Ci sono degli ostacoli a rendere realizzabile questo tipo di cosa? Ci si dica quali sono. Si mettano a ragionare insieme il Ministero di Grazia e Giustizia, il Ministero degli Interni, il Ministero degli Affari Sociali, ma ci risolvano questo problema. Noi non possiamo continuare ad andare nei contesti del loisir notturno avendo in mano il volantino, il flier, la cosina che ci inventiamo. Abbiamo la necessità di avere strumenti e ce li possono dare i laboratori. Noi abbiamo il dovere di dire ai ragazzi cosa stanno calando in quel momento, cosa caleranno. Abbiamo il dovere di dire agli insegnanti: smettetela di pensare che noi veniamo da voi a dirvi che fa male e basta così avete uno strumento per poter dire l'ecstasy fa male quindi sono tranquillo. Abbiamo necessità di avere delle tabelle, di poter diffondere, certo sul sito Internet, su altri strumenti telematici, ma anche attraverso quello strumento straordinario che sono gli operatori, le persone. Che vanno e fanno relazioni.

E' stato citato questa mattina l'importante accordo governo - Sindacato Italiano Locali da Ballo. È un punto di partenza. Il SILB è un attore fondamentale. Una nostra collega di Napoli ci ricordava che il SILB nel meridione a volte non rappresenta le realtà più dure dove bisognerà lavorare. Sono altri i cartelli e spesso non molto legali che rappresentano la realtà dove gli amici del "Pioppo", ad esempio, intervengono.

Prima Maria Teresa TORTI ci invitava, come dire, a spostare il fuoco del riflettore. Allora, ce l'abbiamo avuto puntato per un lungo periodo sulle discoteche, un po' meno sugli eventi che definiamo illegali, ma sono non soltanto legali, che sono i rave. Anche su questo aspetto, dobbiamo cominciare a pensare a delle concertazioni. Non è possibile pensare di rispondere a questo fenomeno importante. Ieri avete avuto un piccolo assaggio di quello che può essere una realtà come un illegal rave. Resti fuori da qualsiasi concer-

tazione. Noi, come Coordinamento, allegheremo a questa diffusione di volumi delle schede. Una sui rave illegali. Sui rave illegali noi abbiamo individuato una serie di rischi assolutamente e facilmente prevenibili. Su questo ci deve essere un impegno del governo a rendere possibile se non una messa in regola, per lo meno un'interlocuzione valida. Un'ultima cosa: la ricerca. Sempre nelle schede che abbiamo lasciato a disposizione dei colleghi, proponiamo un panel di domande uguali per tutti, che ciascuno di noi, nei propri ambiti di lavoro, di intervento, può proporre, per ottenere una sorta di survey nazionale, molto limitato. Sono cinque o sei domande, in una bozza: la discutiamo con chi vuole discuterla, però per ottenere una qualche visione collettiva, discussa, condivisa, di quello che sta accadendo in questo mondo.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Il dottor CIPITELLI non si smentisce, è stato molto concreto, propositivo e fattivo. Passiamo la parola adesso al dottor Davide BANON, primario del SERT San Donà di Piave, ASL numero 10.»

Dott. Davide BANON:- «Cercherò di essere velocissimo, mi porrò un po' in linea anche con i due interventi che mi hanno preceduto. Sono responsabile di un dipartimento medio piccolo che si trova in Veneto e credo che l'interesse di questo contributo consista non tanto nei singoli progettini che verranno un po' sommariamente descritti, ma nel fatto che sono progetti effettuati sotto una stessa regia, e sono sempre cofinanziati, o dall'azienda ULS e dai Comuni, o dall'azienda ULS e dalla scuola o dall'azienda ULS e dal SILB. Il progetto che riguarda i minori è troppo complicato e do qualche accenno soltanto sul progetto Off Limits e sui progetti che facciamo nelle scuole. Allora, Off Limits è uno dei progetti di cui sentirete parlare oggi nel senso di un possibile intervento nelle discoteche. Facciamo parte del coordinamento nazionale di cui parlava CIPPITELLI, è un progetto che si distingue un po' dagli altri per il capovolgimento di una delle prospettive. È nato nel '98 ed è partito dall'idea di effettuare un'azione di riduzione del danno in acuto nei locali del nostro territorio, che sono circa una ventina di discoteche, quindi piuttosto numerosi, e anche dal presupposto di ribaltare l'idea, a volte prevalente, di chiudere le discoteche oltre un certo orario. Noi abbiamo proposto di tenerle aperte fino al mattino, ma all'interno delle discoteche di effettuare una serie di azioni che più o meno in tutti i progetti si assomigliano: counceling, informazione. Sono molto d'accordo con i relatori del mattino, l'informazione sulla composizione delle sostanze è un traguardo a cui dovremmo presto arrivare, perché le altre informazioni i ragazzi le hanno già. E quindi finisce che facciamo delle prediche, se andiamo a dirgli soltanto che cosa fa male e che cosa non fa male. All'interno di questo progetto viene rilevata l'alcolemia, viene sospesa la vendita degli alcolici e quindi le discoteche si trasformano in grandi camere di decompressione. Si tratta quindi in definitiva di aiutare il passaggio dal mondo della notte, dal mondo del sogno, alla realtà e di guidare un po' questa funzione di traghetto che si auspica nel tempo venga effettuata dai gestori delle discoteche, ma che per adesso viene effettuata da personale specialistico. E' un progetto che ha coinvolto diverse migliaia di persone per notte e che nel corso dei tre anni della sua attività, ha visto crescere anche un po' le adesioni, nel senso che si è passati da una a due, poi a tre discoteche. Ci sono una serie di progetti dentro alle scuole superiori del territorio, che sono un progetto sul fumo di tabacco, un progetto sull'uso di sostanze, uno sull'alcool e guida e un progetto chiamato Ragazzi on line di autoformazione ad iniziative di uso del tempo libero.
Queste due reti su cui mi soffermo, scuola e discoteche, ci consentono di avvicinarci un po' ai giovani e di capire un po' di più il loro rapporto con le sostanze. Vi mostro una diapositiva sull'uso lifetime: abbiamo corti di giovani che conoscono un po' tutte le sostanze, in particolare i cannabinoidi, mentre nelle discoteche abbiamo una prevalenza di uso molto diversa, quindi la nostra impressione è che si tratti di popolazioni assolutamente diverse e che il contesto, che è quello del loisir notturno, influenzi in maniera molto significativa l'uso delle sostanze. Dai risultati su un campione di circa seicento

ragazzi delle diverse migliaia che sono state coinvolte questa estate nel progetto "Off Limits", si vede che per l'uso di sostanze entactogene è molto diversa, rispetto alle scuole, la percentuale di quelli che hanno provato rispetto a quelli che fanno uso frequente delle sostanze. E praticamente si tratta di due contesti in cui i dati sono assolutamente opposti. Cioè mentre nelle scuole abbiamo un amplissimo numero di giovani che entrano in contatto con le sostanze, ma ne hanno un rapporto abbastanza fugace, in questi luoghi incontriamo soggetti che hanno ormai sviluppato una certa consuetudine con alcune sostanze, in particolare con gli entactogeni. La possibilità di avere una rete così diffusa e, in qualche modo, coordinata di interventi, determina, a mio avviso, alcune conseguenze a livello dei servizi pubblici, cioè a livello del SERT, che è medio piccolo, ma ha una percentuale di utenti in trattamento che si scosta significativamente rispetto ai dati nazionali, o in misura minore, regionali. Ovviamente il Veneto ha una rete di servizi abbastanza forte, per cui anche il Veneto tende già a mostrare questo fenomeno, ma voi vedete che gli eroinomani rappresentano il 63,2% degli utenti in carico, questo non perché siano calati gli eroinomani in carico, ma perché la predisposizione di momenti di contatto tra operatori del servizio e giovani nei diversi contesti, fa sì poi che questi giovani pongano anche delle domande di presa in carico al servizio. Come vedete abbiamo un 2,6% di soggetti che, come sostanza di abuso primaria, riferiscono l'ecstasy e anche un bel 13,9% per quanto riguarda la canapa indiana.
Con questo breve intervento volevo sottolineare la possibilità di predisporre diversificati interventi rispetto ai diversi contesti, ma che questi interventi abbiano in qualche modo una regia comune, può avere delle conseguenze importanti a livello assistenziale e terapeutico. Credo che i SERT debbano riorganizzarsi e muoversi in questa direzione al fine di poter seguire quelle che sono le modificazioni davanti agli occhi di tutti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «L'ultimo intervento è del signor MERELLO, direttore del Centro di Solidarietà di Genova.

Sig. MERELLO:- «Parlo a nome della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche. Ci sono almeno 52 centri, 49 fanno servizio informativo, 43 un servizio preventivo e 33 un intervento riabilitativo. Noi oggi abbiamo intenzione di porre una riflessione sui nuovi stili di consumo. Solo pochi anni fa vivevamo con la sicurezza di aver individuato gli standard teorico - applicativi sulla prevalenza di sostanze presenti sul mercato, sulle tipologie e personalità di chi faceva uso di quelle sostanze, sulle problematiche socio - sanitarie correlate con i consumi. Avevamo conoscenze consolidate sul fenomeno, che si traducevano anche in modelli sociali corredati di associazioni linguistiche tipiche. Il tossicodipendente eroinomane, l'eroina, il deviante e molto altro ancora. Questa rassicurante struttura ha segnato il passo: c'è l'emergenza nata dalla necessità di comprendere e di arginare qualcosa di non ben conosciuto. Sono nate le nuove droghe. Oggi ci rendiamo conto che le droghe nuove, a parte i primi proclami dettati dal disorientamento, non sono mai state nuove e che in riferimento a definizioni e spesso slogan inappropriati viene gradualmente elaborata un'analisi sulla complessività del fenomeno. Si è aperta quindi la possibilità di revisione di tutti i significati e delle cornici di riferimento del fatto sociale droga. Non siamo più portati a interrogarci e a dare delle risposte unidirezionali rispetto a codici comportamentali più e più volte accettati e validati. Bensì a ricomprendere in un assetto plurale di valenze sociali, psico - patologiche, culturali e istituzionali, le mille facce del problema droga. Il costante monitoraggio territoriale sulla diffusione e sulle caratteristiche del consumo di sostanze stupefacenti illecite e lecite ci informa di una realtà mutevole, trasversale ed estremamente differenziata. Al suo interno si conclamano con sempre più vigore zone di policonsumo e si rivelano forme comportamentali a rischio strettamente connesse con l'uso della sostanza. Questa realtà dichiara con quanta veemenza gli adolescenti e i giovani stiano comunicando con il mondo degli adulti attraverso i rischi presi, più o meno consapevolmente, nel fine settimana, nell'abbuffata di

pastiglie ed alcool, nella corsa in macchina. Questi sono messaggi forti, ma la loro ricerca di interlocutori grandi è quotidiana e risulta dalla densità di segnali, a volte sussurri, che inviano alla famiglia, alla scuola e a tutti quelli che nel loro universo cognitivo ed emotivo rivestono ruoli adulti. Loro stanno già comunicando, lo stanno tentando, usano tutto quello di cui possono disporre e il corpo è un mezzo essenziale, diretto e immediato, che non può passare inosservato, almeno questa è la loro aspettativa. Questo sta a significare che gli adolescenti, i giovani di oggi chiedono un confronto diverso sulle loro tematiche e sui loro disagi. Nella stessa definizione di nuove sostanze sono insiti anche i motivi del cambiamento culturale in atto. Si può affermare che questo è riferito al mutamento progressivo delle modalità di espressione del disagio sociale, e in particolare del disagio dei giovani, che in specifiche condizioni di cambiamenti dell'organizzazione sociale trova elementi conflittuali, che vanno ad aumentare situazioni disfunzionali di fondo. L'aggettivo "nuovo", associato al termine droghe, appare una forma di spostamento del problema, atteggiamento che ha già caratterizzato il fenomeno tossicodipendenza in passato sulla tipologia di sostanze, rendendo marginale la focalizzazione del fulcro del problema. Alla luce di ciò, appare proponibile un'interpretazione del disagio giovanile e delle sue manifestazioni sociali in una prospettiva relazionale, dove il comportamento trasgressivo e l'uso di sostanze psicoattive sono indicatori di un segnale di malessere esistenziale, una sorta di richiesta di aiuto esasperata. In quest'ottica la mancanza di un senso di appartenenza alla propria comunità, l'autopercezione di inefficacia rispetto a ciò che avviene attorno al mondo giovanile, possono rappresentare i principali rischi per lo sviluppo di un'identità subita dalla pressione esterna e non creata in funzione alle proprie capacità e alla propria autostima. Qui si origina un paradosso o quanto meno un'incoerenza della società adulta, che da un lato propone in modo subliminale e non, modelli culturali legati alla performance sociale e dall'altro li addita quando i suoi membri, e tra questi i giovani, i più influenzabili e influenzati, cercano di arrivare a questi standard con ogni mezzo.

Andiamo a indagare il consumo da parte degli adolescenti e giovani di sostanze eccitanti, sedanti, allucinogene, i contesti trasgressivi e le modalità di utilizzo e scorgeremo che, nella confusione di limiti e norme, vengono meno gli stessi elementi di trasgressione. Ma trasgressione rispetto a chi? O a che cosa? Affermare che il contesto determina il consumo rappresenta un frammento di verità, se preso per assoluto vuol dire dimenticarsi della storia di un ragazzo, molto spesso giovanissimo, vuol dire non riconoscergli pensiero, emozioni e pathos. Questo è valido sia per il ragazzo consumatore di cannabis, che riferisce che fuma per il piacere di farlo e perché è bello il rito di "rollare", sia per quel ragazzo che riferisce che si "cala" in discoteca, entrando in contatto con tutti.

Come appare dalla relazione annuale dell'Osservatorio europeo di Lisbona, veniamo informati della tendenza di nuovi consumatori a fare uso di sostanze meno letali, ad avere comportamenti meno rischiosi. Le morti da droga pesante sono in diminuzione. Questi dati, se da un lato ci fanno tirare un sospiro di sollievo, dall'altro possono indurre valutazioni erronee e troppo selezionate per avere una comprensione globale dei comportamenti di abuso giovanile.

A questo punto occorre chiederci se vogliamo sentitamente occuparci dei giovani, degli adolescenti, nella loro totalità e complessità umana. Sicuramente prendersi carico di loro è la costruzione di un percorso fatto di dialogo, di attenzioni, che hanno sempre come punto di partenza il loro essere persone in un'età di mezzo, né adulti, né bambini. Si trovano in un'età di transizione e proprio per questo diventa prioritario per chi è educatore riconoscergli dignità e identità. Se l'adolescenza è crisi, cioè passaggio e porta verso il cambiamento, meriterebbe uno spazio proprio e una propria ritualità come luogo di crescita tutelato e protetto. Dimensioni queste che fanno parte naturalmente di tutte le società e di tutte le culture. Di fronte a questa assenza, a questa sottovalutazione di un processo di cambiamento in atto, l'adolescente è portato, sia perché la sua natura lo esige, sia perché deve garantirsi un minimo di vissuto di sicurezza, a fare scelte di pseu-

do - identità o di contrapposizione. Spesso questi percorsi di diniego del rapporto con le figure adulte e di assimilazione nel gruppo di pari, risultano incongruenti con quel fatto sociale e culturale che vede un protrarsi dell'età adolescenziale, coincidente con la permanenza nel nucleo familiare di origine. Questo fattore, alla cui base vi sono tra l'altro l'innalzamento dell'età scolastica e la difficoltà nell'ingresso del mercato del lavoro, rappresenta, in sostanza, un ritardo nell'ingresso del mondo degli adulti, evento che va ad acuire quella divaricazione tra condizione attuale ed aspirazioni, valori e mete ideali. Su questo intreccio critico di condizioni emotive ed esperienziali complesse si possono instaurare evoluzioni assai problematiche della già instabile e turbolenta storia adolescenziale. È all'incrocio di una probabilità di aspetti disagianti che è determinante il contenimento e la testimonianza di senso del genitore, dell'insegnante e di chi ha compito educativi. Presupposto fondante affinché si inneschi un processo maturativo di conoscenza che non sia puramente razionale e che induca alla ricerca; il recepimento e l'interiorizzazione di limite da parte del giovane diventa la scelta relazionale dell'adulto, interlocutore empatico, congruente e accettante. Dalle riflessioni e dalle esperienze accumulate è evidente la fatica che richiede un realistico intervento efficace sugli assuntori di nuove droghe. I metodi di approccio e di intervento dei servizi e delle comunità sono stati superati costantemente dall'evoluzione del fenomeno o, meglio, dai fenomeni di consumo. Assume molta importanza a questo proposito una strutturazione di una rete reale di servizi intesi come l'insieme delle unità operative che concorrono alla realizzazione di un programma di intervento. La complessità dell'area della addiction giovanile, richiede un'attenzione particolare alle modalità, alle metodologie di tipo multidisciplinare integrato. Da un punto di vista tecnico occorrerà una presa in carico globale del giovane consumatore, indagando sulle aree a rischio psico - sociali e promuovendo un'educazione socio - affettiva rispetto ai rischi individuati, senza dimenticare che tali comportamenti vengono spesso attuati perché svolgono delle funzioni precise nel processo evolutivo. Occuparsi dei nuovi consumatori significa affrontare un panorama complesso nel quale l'intervento terapeutico si sovrappone a quello formativo e informativo, che deve intercettare in modo efficace l'effettività adolescenziale nella consapevolezza che le decisioni sui comportamenti a rischio non hanno solo una base razionale, ma sono determinate anche al di là di ogni possibile informazione e conoscenza di emozioni, che dobbiamo avere strumenti per osservare e comprendere. Strutturare quindi gli interventi che aiutino i destinatari protagonisti a rivedere il loro rapporto con le sostanze, modificandolo, per poi integrarsi in modo armonioso e responsabile nella vita della collettività e stimolarli a uno sviluppo pieno sul piano fisico, affettivo - sociale, e, nello stesso tempo, attivare una considerazione più critica del proprio agire, un'attitudine all'autosservazione, alla consapevolezza dei propri vissuti personali e del proprio essere in relazione. La squadra percorribile sembra quindi quella di prevenire, trasformare il coinvolgimento nell'uso di sostanze, fornendo ai ragazzi l'opportunità di realizzare le medesime funzioni con altri comportamenti. Le azioni previste non sono soltanto interventi a favore dell'adolescente, ma anche degli adulti, e la necessità di creare uno spazio per i genitori è quella di creare uno spazio per la riparabilità. I genitori devono essere accompagnati nella comprensione di ciò che è successo, dall'uso di droghe alle diverse trasgressioni agite. Non riescono a capacitarsi di come possa essere avvenuto il disagio del figlio. Devono essere aiutati a rielaborare la ferita narcisistica che ciò comporta, oltre che essere accompagnati alla riappropriazione del proprio ruolo genitoriale.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Ringraziamo il signor MERELLO, anche per tutta l'attività che sta svolgendo come FICT insieme alla Regione, per l'attivazione dei coordinamenti e il funzionamento dei coordinamenti.»

Voce maschile:- «Nella nostra regione, l'Abruzzo, ci sono undici SERT, due servizi di alcologia e quindici comunità terapeutiche. L'idea è quella di lavorare insieme, condividere

una serie di procedure, di operatività, di strumenti comuni, per far valere di più le poche risorse che abbiamo a disposizione. Nell'ambito di questo progetto tutto il primo anno è stato dedicato a costruire un grande percorso di formazione comune. Abbiamo realizzato, in esito alla legge 45, il corso per operatori di comunità, con cinquecento ore di lezione e abbiamo aperto tutti i SERT agli operatori di comunità che hanno fatto il tirocinio nei vari servizi, abbiamo fatto insegnare 45 operatori dei servizi in modo che tutte le volte, adesso, che si alza il telefono e ci si parla si sa quale figura c'è dietro un certo viso. Abbiamo costruito un intero percorso per quanto riguarda la valutazione, abbiamo messo in atto un'azione per verificare per sei mesi i risultati delle terapie con metadone nei nostri undici SERT e dei trattamenti in comunità terapeutica. Abbiamo fatto e messo in atto un osservatorio epidemiologico sui giovani, abbiamo fatto un'indagine campionaria porta a porta su mille e quattrocento giovani per conoscere i loro usi, abitudini, desideri, speranze, analoga per l'ottanta per cento al survey nazionale dello IARD che viene presentato proprio oggi a Milano, "Giovani 2000". Abbiamo fatto lo studio ESPAT campionando la regione Abruzzo, e ciò ci consente di confrontare questo tipo di condizione, e cioè il consumo tra i ragazzi della scuola media superiore, con il campione Italia e con le altre nazioni europee. Siccome avevamo individuato un precoce consumo di alcool sin nelle scuole medie inferiori, abbiamo indagato con un campione di 1300 studenti di scuola media inferiore del secondo anno, quindi ragazzi di tredici anni, sull'uso e l'abuso di alcool. A questo proposito da molti discorsi che sento in questi giorni, mi sembra che sia venuto il momento di fare una riflessione un po' più scientifica e professionale, per andare alla caratterizzazione delle differenze tra uso e abuso di tutte le sostanze. Questo Progetto Obiettivo regionale ha portato a informatizzare tutti i SERT, ha creato un software che la gestione comune delle attività, è stato fatto un corso di formazione per 130 operatori di sessanta giornate, e, ha cercato di smuovere molto l'entusiasmo, la partecipazione di tutti; tutti hanno avuto la possibilità di iscriversi, partecipare ai vari gruppi e settori dove hanno voluto. Il progetto Obiettivo regionale continua con un grosso impegno per quanto riguarda la prevenzione e successivamente con la messa in opera di una serie di attività che vedranno, su iniziative specifiche, i SERT e le comunità operare insieme.
Concludo il mio intervento citando solamente le tre azioni sulle quali noi del SERT di Pescara stiamo lavorando insieme alle comunità terapeutiche del nostro territorio. La prima, col Centro di Solidarietà, sull'intervento di prevenzione regionale, la seconda con una comunità che si chiama LAAD, per creare un centro di disintossicazione assistita residenziale e la terza attività comune è con il CLED per un progetto di assistenza anche farmacologica che coinvolge i medici di medicina generale, le famiglie, questa comunità terapeutica e i SERT, in una gestione integrata di questi pazienti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Darei adesso la parola al dottor Massimiliano GERACI della Regione Emilia Romagna.»

Dott. Massimilano GERACI:- «Parlerò di una sostanza poco nota, almeno nell'ambiente dei SERT, cioè dei funghi allucinogeni. In particolare di quelli nostrani. Quando si parla di funghi allucinogeni ci si riferisce di solito ai funghi psicolocibinici. Il principio attivo contenuto in essi è il gruppo endolico psilocina - psilocibina. Si tratta di molecole appartenenti alla classe delle trectamine, come l'LSD. Crescono abbondanti nel nostro paese, in tutte le regioni dell'arco alpino e appenninico, ad altezze superiori ai 1300 metri. Bisogna quindi essere amanti della montagna per andare a raccoglierli. In Italia la detenzione è vietata, è vietato lo spaccio, non esistono dati relativi al consumo, ma sembra piuttosto scarso se si considera il numero dei sequestri, i processi o i casi passati per le mani delle strutture di pronto intervento e dei SERT stessi. Gli effetti della sostanza, come per ogni altro psichedelico, sono legati a set e setting, dunque le condizioni psicologiche su cui si innesta l'esperienza e anche l'ambiente circostante al momento dell'esperienza,

ma sono anche altresì fortemente dose - dipendenti. Quello che in questo contesto mi preme sottolineare è la bassissima tossicità della sostanza da un punto di vista farmacologico, in riferimento al quantitativo di semilanciata, del funghetto nostrano per l'appunto: la morte di un uomo adulto verrebbe causata dall'ingestione di parecchi chilogrammi di carpofori freschi e dunque si esclude che ciò sia, da un punto di vista pratico, anche fattibile. Gli effetti della sostanza, quelli propriamente psichedelici, vanno da un senso di leggera euforia, distorsioni percettive, processi sinestetici, modificata percezione dello scorrere del tempo e così via. Per quanto riguarda il consumo hanno una tradizione che è assolutamente millenaria e sono tornati un po' alla moda, a partire dagli anni '60 in America col movimento psichedelico. In Europa sono stati scoperti dai ragazzi a partire dalla metà degli anni '80. Come è inevitabile quando una nuova droga viene riscoperta dai consumatori, non è utilizzata con un approccio culturalizzato, ma in un contesto in cui le modalità e finalità originarie che spingevano a ricercare l'esperienza si sono perse e dimenticate sullo sfondo, si verificano degli incidenti. I casi di ricorso a strutture ospedaliere erano dapprima mediamente frequenti, circa quattrocento in tutta Europa, parliamo della metà degli anni '80. La ragione principale degli incidenti risiedeva nella scarsa conoscenza dei funghi, dei loro effetti, e per altro molto contribuì la diffusa micofobia che caratterizza la nostra cultura per cui normali sintomi della salita del fungo, i sintomi fisici, venivano confusi dall'utilizzatore come segni di avvelenamento. Il problema è rientrato rapidamente non appena i consumatori si sono resi conti di quali fossero i dosaggi giusti e del fatto che poi a questi sintomi fisici non seguiva nulla di eclatante. L'ingestione volontaria di funghi allucinogeni non causa oggi pressoché incidenti, da quattrocento casi di ricorso al pronto soccorso, si è passati a circa dieci l'anno in tutta Europa, e sono praticamente inesistenti in Italia. E' bene dire qualcosa al riguardo per eventuali operatori che dovessero intervenire in questi casi. Il quadro clinico di chi si rivolge a un pronto soccorso, da un punto di vista fisico, può comportare emidriasi, tachicardia, nausea, dolori addominali. Raramente si verificano esperienze psicotiche deliranti acute. In ogni caso e vale per i funghi ma direi per ogni psichedelico, la forma migliore di intervento è quella di tipo rassicurativo. Non esistono cattivi viaggi che non possano rientrare, con l'introduzione dell'individuo in un ambiente calmo, con conversazione dolce e frequente e bassa illuminazione. Da tenere presente che caratteristico dei bad trip è lo slittamento repentino da un piano all'altro di percezione del malcapitato. Per cui chi interviene nei suoi confronti deve rendersi conto che ogni pratica, dal gesto fisico al gesto verbale, può essere interpretata correttamente a un dato momento, e come aggressiva, suscitando una reazione di autodifesa, un momento dopo. L'intervento con lavanda gastrica è del tutto inutile, anche perché oramai la psilocibina ha fatto il suo effetto sul cervello, e lo si consiglia solo se si hanno dei fondati dubbi che siano state ingerite anche altre specie di funghi davvero tossicologicamente pericolose. L'uso di fianotiazine viene consigliato in rarissimi casi, evidentemente per bloccare il pensiero o ridurre le allucinazioni e i casi eventuali di convulsione. Va sottolineata la totale assenza di esiti letali. Qualche considerazione conclusiva, a cui tengo particolarmente, che va bene per i funghi, ma direi per tutti gli psichedelici. Ciò che il consumatore occidentale non possiede è un'adeguata cornice culturale entro cui inserire l'esperienza, che può così risultare eccessivamente destabilizzante rispetto all'ordinario svolgersi della vita: la rottura della realtà, il passaggio dall'ordinarietà di ciò che è profano alla sfera del sacro, il contatto diretto con la divinità, hanno da sempre costituito la base dell'uso tradizionale di enteogeni. Il termine enteogeno è stato usato qui più volte, non si è spiegato cosa significa, significa proprio rivelazione del divino che è in sé. I miti, i canti, gli oggetti sacri, acqua madre da cui genera la vita coscienziale dei membri di una tribù, e che continua a nutrirli per l'intera loro esistenza, possono trovare un valido sostituto moderno, a mio avviso, nella corretta informazione scientifica. La capacità autoregolativa dei gruppi nord europei lo dimostra. La necessità di ricorrere a strutture mediche è venuta drasticamente meno non appena si è consolidata, da parte dei consumatori, da un lato un'a-

deguata conoscenza degli effetti della sostanza, ivi compresi lievi fastidi fisici che provoca nella fase di salita, e dall'altro la capacità di attribuire un senso profondo all'esperienza, fosse anche quello di permettere aggregati, cristallizzazioni momentanee in un corpo unico, quello danzante di un party goa trance o quello di un cerchio di persone attorno a un fuoco, delle esigenze, delle aspettative, del sentire comune dei partecipanti. Dunque da un lato informazione corretta, dall'altro capacità di attribuzione di un senso condiviso all'esperienza.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Passiamo all'intervento del dottor Marco BIGLIETTA, di Bergamo.»

Dott. Marco RIGLIETTA:- «Cercherò di presentarvi l'organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze di Bergamo. Perché, proprio nell'ambito dei nuovi consumi, il dipartimento delle dipendenze, che è nato come servizio per le tossicodipendenze, per molto tempo si è strutturato in attività legate fondamentalmente alla prevenzione e trattamento della tossicodipendenza fondamentalmente da eroina. È da molti anni però che il campo di intervento è stato ampliato a quelli che sono i diversi comportamenti di addiction. Per iniziare questa relazione volevo presentare due punti fondamentali su quella che è la mission del servizio. Allora, il primo punto è questo: il trattamento specialistico dei pazienti affetti da patologie di abuso o di dipendenza attraverso l'applicazione di protocolli diagnostici e terapeutici validati scientificamente, sia a livello nazionale che a livello internazionale, atti al raggiungimento di obiettivi mirati quali guarigione, stabilizzazione, miglioramento della qualità della vita e di riduzione del danno. Credo che questi non siano degli obiettivi assoluti, sono però tutti degni da raggiungere probabilmente in momenti diversi della vita di ciascun soggetto, e questo è il primo punto fondamentale della mission. Il secondo punto è il consolidamento dell'immagine del paziente dipendente come cittadino con diritto alla cura, analogamente ad altri soggetti con patologie di tipo cronico recidivanti e soprattutto indifferenti rispetto alla tipologia di abuso; si parli di eroina, di cocaina, piuttosto che di dipendenze alimentari, di gioco d'azzardo o di comportamenti di ricerca del rischio e quant'altro.
Sulla base di questa mission si è strutturata un'organizzazione che è abbastanza complessa che vi presento molto rapidamente.
Il dipartimento, che ha un territorio che è quello della provincia di Bergamo, si basa su sette sedi operative che sono 7 SERT a cui viene demandata la gestione degli interventi; rappresentano i centri di costo dell'attività, organizzati in quattro unità operative, tossicodipendenza, alcologia, dipendenze alimentari e patologie correlate, e in sei unità organizzative: prevenzione, assistenza in carcere, psicologia clinica, territorio ed enti ausiliari, bassa soglia e riduzione del danno. Ora, parlando di nuovi consumi, quello che volevo presentare è soprattutto l'aspetto delle nuove attività. Dato per assodato che non sono state cancellate le vecchie attività, cioè il trattamento della tossicodipendenza da eroina per intenderci - in provincia di Bergamo il dipartimento tratta circa 1200 pazienti in metadone. Accanto alla tossicodipendenza classica e al trattamento degli alcoldipendenti, che da sempre rappresentano i due obiettivi prioritari, da diversi anni sono stati attivati o sono in fase di definizione, tutta una serie di attività. In particolare l'unità mobile per la riduzione del danno, soprattutto per l'uso di droga via endovena, quindi distribuzione di siringhe e profilattici, di acqua distillata, che fanno parte di un intervento di prevenzione; è, come spesso succede, un confine abbastanza difficile da definire fra prevenzione, riduzione del danno e trattamento. Di fatto l'attività dell'unità mobile del dipartimento è un intervento che prevede anche, per esempio, la somministrazione di metadone. Da questo punto di vista credo che le esperienze non siano frequentissime in Italia. Altre attività sono l'ambulatorio per i tabagisti, il consultorio per adolescenti con iniziali comportamenti di addiction. Intendo dire una struttura precisamente deputata alla gestione di pazienti fino a vent'anni, con iniziali comportamenti di addiction, che possono

andare dalle bevute del sabato sera e del week end, ai comportamenti di ricerca del rischio. Il target è fondamentalmente centrato sull'età adolescenziale. L'altro grosso progetto in via di definizione è la prevenzione dei policonsumi in termini non tanto di attività di prevenzione codificate classiche, tipo quelle con la scuola, con i genitori, ma sui luoghi di aggregazione, come quelle che molti oggi hanno presentato, e che comunque sono attive in molte regioni da parecchio tempo, principalmente le discoteche, le scuole guida. Quando si parla di questo tipo di intervento si accenna sempre all'uso di nuove droghe in termini di ecstasy e cannabis, dimenticando che la sostanza di gran lunga più utilizzata e su cui di fatto l'intervento deve centrarsi è comunque l'alcool. L'intervento da questo punto di vista mira all'informazione, alla prevenzione e alla riduzione del danno rispetto all'utilizzo di tutte le sostanze nei luoghi di aggregazione. Altri ambiti di intervento sono poi rappresentati dal gruppo di studio e di intervento rispetto al gioco d'azzardo, proprio in fase iniziale e sulle farmacodipendenze.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo ora la parola all'Onorevole Benedetto DELLA VEDOVA, del CORA.»

On. Benedetto DELLA VEDOVA:- «Sono uno tra i tanti militanti antiproibizionisti radicali che ha scelto la via della disobbedienza civile, dei processi, delle condanne, per ottenere che in questo paese si mettesse all'ordine del giorno della discussione politica e parlamentare la revisione in chiave antiproibizionista quanto meno della legislazione sulle droghe leggere, sui derivati della cannabis. Ed è per questo che saluto con assoluto favore le parole che il Ministro Veronesi ha pronunciato ieri in questa sede, saluto con assoluto favore la sua onestà intellettuale e scientifica, che l'ha portato ad affermare che le scelte proibizioniste non solo non hanno funzionato rispetto all'obiettivo che si proponevano, ma anzi hanno causato danni aggiuntivi a quelli esistenti. Sul fallimento del proibizionismo credo e spero che le parole di Veronesi non siano una ballon d'essai, un fuoco di paglia: sul fallimento del proibizionismo bisogna interrogarsi, bisogna avere il coraggio di portare l'analisi fino in fondo e credo che le parole del Ministro VERONESI potranno portarci più avanti di quanto non abbiano saputo fare cinque anni di politiche del Governo di centro sinistra, pur avendo nella maggioranza del governo stesso persone che, in qualche modo, hanno sempre rivendicato una propria militanza antiproibizionista. E parto da qui perché credo che anche nella discussione sulle nuove droghe, sulle droghe di sintesi, non bisogna fare questioni ideologiche, bisogna scegliere un approccio pragmatico. Credo che invece anche sulle nuove droghe, o come le vogliamo chiamare, il problema resti ideologico, un problema di tabù, un problema di proibizionismi che impediscono di fare alcune scelte minimali e perfino di discutere di scelte più radicali. Penso alla questione in qualche modo assimilabile alla riduzione del danno, alla questione delle verifica del contenuto delle sostanze. Non c'è la possibilità di avere un'analisi del contenuto di queste sostanze. I giovani, o le persone che utilizzano queste sostanze, in particolare in Italia, sono lasciati alla mercé del mercato nero. In Olanda, dove pure vengono mantenuti dei profili di illegalità di queste sostanze, si è cercato di affrontare e di risolvere almeno questo problema in modo pragmatico, piazzando operatori sanitari davanti alle discoteche per l'esame, l'analisi in tempo reale delle sostanze. Non ti sanno dire esattamente che cosa sia quella sostanza, sanno però per esempio dirti se stai prendendo una pillola di ecstasy, oppure qualche altra cosa potenzialmente più dannosa, visto che anche sull'ecstasy le parole del Ministro VERONESI sono state molto nette.
In Italia cosa succede? In parte, è stato detto, non esiste nulla. Esistono alcune delibere delle Regioni, in particolare una delibera della giunta regionale dell'Emilia Romagna che va in quella direzione, ma che è rimasta, almeno a noi risulta, del tutto lettera morta. Anche perché qualunque operatore che intendesse agire con questo obiettivo, quello di dare un responso immediato, nei tempi che servono, alle persone che vogliono usare

queste sostanze, sul loro contenuto, rischia l'agevolazione dell'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ex articolo 79 del Dpr 309 del '90, oppure istigazione, proselitismo, induzione al reato di persona minore, nel caso in cui siano minori, e la reclusione da uno a sei anni. Credo che si debba dire al Ministro TURCO, che pure su questo ha speso qualche parola, che entro la fine di questa legislatura bisogna far sì che grado gli operatori, quanto meno possano svolgere questa funzione di riduzione del danno, metterli in grado da subito di approntare unità mobili che abbiano la funzione di dare questo responso sulla sostanza, ovviamente cautelando gli operatori stessi da rischi di qualche Pretore in cerca di pubblicità, o di incriminazione. Superando anche - a differenza dell'Olanda, questo pure succede in Italia, ed è uno dei problemi - le difficoltà organizzative e burocratiche che possono derivare dagli uffici pubblici che chiudono alle due del pomeriggio del venerdì e questo rende impossibile fare le analisi quando servono, cioè nella giornata in particolare di sabato. Questa credo che sia una prima cosa che bisogna chiedere ed esigere, per evitare che parole importanti e pesanti determinino semplicemente una cortina di fumo. Si solleva la polemica, si apre uno scontro di opinioni, ma questo scontro è importante e utile solo se si ha il coraggio di arrivare in fondo, perché credo che sia dall'applicazione di queste misure e dai risultati che ne discendono che si possano rompere i tabù e si rafforzi nell'opinione pubblica una consapevolezza della necessità, della bontà e della utilità di queste misure.
Credo che ci sia un altro problema da affrontare, più generale, più simile, anche se con contenuti diversi a quello dell'antiproibizionismo in chiave di sconfitta del mercato nero. Abbiamo detto che sono sostanze, l'ha detto il Ministro, che non determinano morte, gravi danni. Credo che a questo punto vada affrontato in modo radicale anche questo aspetto. Il consumo di droghe sintetiche non determina quella devastazione sociale in termini di microcriminalità e di tutte le cose che conosciamo che determina il consumo di altri tipi di sostanze, sul fronte delle domanda. Resta un mercato nero, criminale, restano profitti che vanno a ingrassare le finanze della malavita. Credo che su questo si debbano prendere delle decisioni rapide: non bisogna aspettare altri cinque o dieci anni, e credo che sul fronte delle cosiddette droghe sintetiche si debba al più presto arrivare all'unica soluzione possibile per sconfiggere il mercato nero, lasciando la situazione com'è e sicuramente migliorandola in termini di certezza del prodotto che le persone assumono. Credo che si debba arrivare a un regime di tipo autorizzativo, per molti aspetti simile a quello dei farmaci da banco, acquistabili senza ricetta; si creerà comunque un mercato "grigio", perché poi uno non va in farmacia e se la compra o la prende in discoteca o nei locali dove si fa uso di queste sostanze, ma a partire da un dato di certezza sulla qualità delle sostanze. Pensare invece di inseguire, come si cerca di fare, con le tabelle, con le proibizioni una combinazione di sostanze pressoché infinita è destinato, come sempre nelle ricette proibizioniste, a determinare una sconfitta, ma anche a lasciare questo mercato nelle mani della criminalità e delle narcomafie. Credo che anche su questo ci si debba interrogare, fare delle scelte chiare, ripeto, ad esempio quella di seguire la via dei farmaci da banco, acquistabili in farmacia senza ricetta medica. Almeno si avrà una certezza in più su che cosa le persone consumano.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Grazie. Diamo ora la parola al dottor Andrea GIOSTRA, della Cooperativa La Fenice, Palermo.»

Dott. Andrea GIOSTRA:- «Porto i saluti del Prefetto di Palermo RENATO PROFILA, perché di fatto rappresento una cooperativa, ma il progetto che presenterò ha titolarità alla prefettura di Palermo e quindi porto i saluti del Prefetto e della responsabile del progetto che è la dottoressa PEZZIMENTI. Non sono potuti venire, perché saprete che in questi giorni a Palermo si sta organizzando la conferenza dell'Onu sulla criminalità.
L'iniziativa che abbiamo promosso a Palermo, con la prefettura, è rivolta agli operatori di tutte le forze dell'ordine, polizia, carabinieri, guardia di finanza, polizia municipale,

polizia penitenziaria. Ha avuto l'obiettivo di dare una corretta informazione sulla strategia di intervento per la tossicodipendenza, ma soprattutto di innescare un processo di confronto tra le forze dell'ordine, che operano in un regime di repressione, e gli operatori del pubblico e del privato sociale che invece si muovono in una logica di prevenzione, di recupero, di riabilitazione, di cura. Confronto che in genere non è possibile controllare nella nostra realtà. Il dato di fatto che ci ha portato a concepire questa idea nasce un po' dagli interventi a bassa soglia che sono presenti a Palermo, e in particolare alcuni servizi come un camper, il Camper Amico di Palermo, un centro di accoglienza a bassa soglia in cui, nell'erogare alcuni servizi di igiene e profilassi, come la distribuzione di siringhe, profilattici, acqua distillata, ci si trovava invece a doversi scontrare con gli operatori delle forze dell'ordine che agivano sul territorio e quindi a dover mediare o contrastare la distribuzione di questo materiale finalizzato alla riduzione del danno. In questi casi in genere ci si rivolgeva al Prefetto o al Questore, chiedendo una maggiore collaborazione da parte delle forze dell'ordine e il messaggio rimaneva soltanto ai vertici delle istituzioni. Noi abbiamo pensato invece di innescare questo confronto con gli operatori del settore, soprattutto con gli operatori pari, ossia ex - tossicodipendenti, e informare, far conoscere agli operatori delle forze dell'ordine quali erano le strategie di intervento finalizzate alla riduzione del danno e alla limitazione dei rischi. Questo progetto è stato finanziato dal Ministero dell'Interno, attraverso la legge 45, e ha visto coinvolti cento operatori delle forze dell'ordine, dieci operatori pari, quindi ex - tossicodipendenti che avendo seguito un percorso formativo; adesso lavorano in strutture del privato sociale palermitano anche in collaborazione con i SERT cittadini. L'idea era quella di creare un luogo protetto in cui queste persone potessero parlare, confrontare le rispettive strategie di intervento e quindi dove ci fosse la possibilità anche di conoscere come ognuno di loro operava nel settore della repressione o della prevenzione del reato e quindi si cominciassero ad abbattere tutta una serie di stereotipi, di pregiudizi reciproci di fatto: degli operatori pari o degli operatori sociali o solo sanitari verso gli operatori delle forze dell'ordine e viceversa degli operatori delle forze dell'ordine rispetto a chi si occupa della riduzione del danno o lavora in centri a bassa soglia. Il modello che noi ci siamo dati ha consentito e ha voluto consentire un confronto aperto, qualche volta conflittuale, acceso, passionale, in cui i vari temi trattati da esperti di rilievo nazionale consentissero però di fatto un confronto tra queste persone. Quindi il modello è di un'iniziale plenaria in cui veniva presentato il tema da dibattere e poi la distribuzione in piccoli gruppi, in quattro gruppi, in cui tutti avessero la possibilità di parlare sul tema presentato, di come veniva affrontato all'interno della propria attività, del proprio lavoro. Questo nel tempo ha consentito un confronto passionale, qualche volta conflittuale, ma di fatto ha permesso una reale conoscenza rispettiva di come ognuno si muove all'interno di questo fenomeno, di questo problema, e, di fatto, nel tempo - perché il progetto è durato un anno, verrà riproposto per quest'anno - ha consentito anche un sostanziale e significativo abbattimento reciproco di stereotipi e pregiudizi e un confronto estremamente produttivo. I temi trattati vanno dalla mediazione sociale alle nuove droghe, a come sono organizzati i servizi. Ci siamo resi conto, per esempio, che pochissimi operatori delle forze dell'ordine conoscevano che cosa fosse un SERT, un centro a bassa soglia, anche, talvolta, cos'era una comunità, come era organizzata, la sua struttura, chi fossero le figure professionali che vi lavoravano, quale la loro formazione, quali gli interventi o i farmaci o i trattamenti terapeutici. Questo per dire come queste persone si muovono nel loro lavoro e quale idea hanno nell'affrontare i problemi di una persona tossicodipendente. Bisogna sottolineare il fatto che, nella stragrande maggioranza dei casi, è più facile che un tossicodipendente incontri nella sua strada un operatore delle forze dell'ordine, piuttosto che un operatore che si occupa di recupero o di cura e riabilitazione. E quindi, in genere, è importante che il primo contatto con le forze dell'ordine possa nascere dall'informazione e quindi anche dalla possibilità di orientare queste persone a iniziare un percorso di altro tipo. Chi volesse avere più informazioni e conoscenze su questo progetto, può met-

tersi in contatto con la prefettura, o con me attraverso i dati che sono stati lasciati.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Grazie. Diamo la parola adesso a Gino RIGOLDI, della Comunità Nuova.»

Don Gino RIGOLDI:- «Ho sentito parlare tanto di discoteche e luoghi particolari nei quali raggiungere i ragazzi e le ragazze. Per quello che sappiamo, solo il dieci, quindici per cento dei ragazzi va in discoteca. Tutti gli altri stanno nei loro quartieri, sono nella quotidianità. Per quello che so, il consumo più forte è quello della cocaina, non è tanto quello dell'ecstasy e la coca sappiamo che è un grosso euforico ed è capace certo di dare piacere, grande senso di potenza e così via, ma è anche un possibile produttore di violenza. E difatti nel carcere minorile dove lavoro c'è un significativo incremento di reati di violenza, commessi soprattutto da minori italiani, e molti di loro sono consumatori di cocaina. Non vorrei che si sviluppasse in questa direzione la cultura della cocaina, come in altri paesi, perché poi il riflesso che questa sostanza ha nei comportamenti delle persone è anche legato al contesto culturale in cui si esprime. E se il contesto culturale si muove verso atteggiamenti violenti questo potrebbe essere uno sviluppo preoccupante. Comunque per quello che riguarda Milano e la Lombardia certamente non è l'ecstasy, ma è la coca la sostanza prevalente e non è consumata tanto nelle discoteche quanto nella quotidianità. Direi che vediamo sempre di più che queste sono droghe che io chiamerei opzionali, nel senso che una sera si va a giocare a calcetto, un'altra sera si fa una riga di coca, un'altra sera uno sta a casa sua a guardarsi la televisione, un'altra sera va al cinema, un'altra sera si fa un bel "cannone" e gli va bene e poi ancora, non avendo nessun sentore di pericolo e direi nessuna remora morale, mettendo il consumo di droga tra le opzioni possibili per divertirsi. Droghe di gioco. Su questo metterei un punto interrogativo. Saranno anche droghe di gioco per taluni, ma a guardare la quantità di ragazzi depressi che noi incontriamo nei quartieri, nella scuola, nei centri giovanili che abbiamo, forse è troppo semplice dire che sono droghe di gioco e di divertimento. Un qualche tipo di richiesta gli viene fatta e non è soltanto un'opzione per passare una bella serata, ma una risposta a un bisogno che i giovani di oggi, al sentore di essere inadeguati all'immagine o alle performance richieste dalla cultura in cui noi viviamo. Riguardo ai servizi e ai luoghi di risposta. Possiamo monitorare le discoteche, i luoghi di aggregazione dove tendenzialmente c'è un grosso consumo, ma quella che si chiama l'aggregazione di qualità sul territorio deve essere assolutamente incrementata. Dei posti per la riabilitazione o comunque il contenimento, la crescita, che vanno offerti ai giovani per fare luoghi di prevenzione, sono certamente i luoghi di aggregazione dove sia spinta molto l'autogestione, la creatività, il protagonismo. Perché, se è vero che queste sostanze sono l'opzione per una bella serata, se è vero che qualche volta rispondono a un sentimento di inadeguatezza, sarebbe interessante se esistessero posti che si proponessero non tanto come luoghi regolamentati dagli educatori oppure come luoghi di offerta di beni di divertimento già confezionati, ma piuttosto come luoghi dove lo spazio sia grande e ci siano il protagonismo e la creatività, gli strumenti per l'espressione di potenzialità, di desideri, di voglia di divertirsi, creati in proprio.
Ho parlato di luoghi di aggregazione di qualità perché mi pare che - differenziamo l'animazione dall' educazione - se c'è una certa capacità di animare, mi pare che la capacità di essere educatori sia nettamente in ribasso. I luoghi, i gruppi dove ci sia una capacità di stabilire relazione, di offrire obiettivi, mete appetibili sono una realtà più educativa che va assolutamente incrementata, anche se è vero che nella cultura giovanile l'opzionalità del consumo di sostanze non potrà cessare, probabilmente continuerà a rimanere anche quando nel gruppo la relazione sarà significativa e degli obiettivi ci siano. E mi pare che invece quella realtà educativa sia in netto, drastico calo. Credo che sia giusto che noi pensiamo ai servizi, quelli curativi, terapeutici o giù di lì, ma forse è decisamente più importante, e per questo siamo molto più sprovveduti, pensare a luoghi dove

l'educazione sia il contenuto portante. Certo che se si parla di educazione si parla non soltanto di tecniche, si parla di trasmissione di esperienza, e ciò rimanda all'immagine, al sogno, a una prospettiva di umanità che gli educatori hanno in testa. E questa parte è decisamente impegnativa.
Pensando ai giovani di grandi realtà urbane, così ingabbiati nella ripetizione, nelle regole, nei conformismi, dentro a gruppi di grossa relazione e con finalità educative, sarà importante far fare a questi gruppi delle grosse esperienze di relazione, perché questa, secondo me, è la premessa di tutto, perché non è tanto importante il fare, quanto il come si sta insieme e se si è veramente insieme. Per farvi un esempio, ho fatto un fischio a Milano a un po' di ragazzi e ragazze - noi ne vediamo un qualche migliaio nelle scuole dove andiamo a fare queste quattro ore per classe senza l'insegnante per informare in maniera molto interattiva sulle nuove droghe - per andare a fare del volontariato in Romania: nel giro di venti giorni c'erano trecentocinquanta, quattrocento ragazzi; poi siamo riusciti a mandarne soltanto centocinquanta perché c'era un problema organizzativo che non ci permetteva di inviare così tanta gente. Questi ragazzi sono tornati indietro con una grinta, hanno risvegliato energie che li hanno fatti sentire importantissimi, prima vi parlavo di depressione, e gli stanno dando, perché poi loro continuano, un grosso tono.
Informare va bene, ma se si informa nell'ambito di una relazione questo vale mille volte di più di tutti gli spot, i filmati, i cartelli che volete. E bisognerà anche sapere che, se e quando si parla agli adolescenti e ai giovani, bisogna avere un linguaggio adeguato, bisognerà valorizzare al massimo le loro opinioni, essere assolutamente interattivi, almeno questa è la nostra esperienza.
L'educazione nell'ambito dei gruppi, a partire da una relazione, diventa, con tutto quello che le tecniche ci danno, tecniche di animazione, ma anche di introspezione dei soggetti, è un ambito da riscoprire perché mi pare che sia il pass per stabilire il contatto con i giovani.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- « Penso che siamo assolutamente d'accordo con Don RIGOLDI per quanto riguarda il problema della cocaina, perché stiamo diversificando il discorso e forse perdiamo un po' di vista questo problema che sta diventando sempre più grosso. Diamo la parola adesso al Dottor Leonardo MONTECCHI.»

Dott. Leonardo MONTECCHI:- «Dirò tre cose. La prima riguarda il fenomeno delle discoteche di tendenza, dove si suona la musica techno, e dei rave party, di queste migrazioni di giovani che avvengono in tutta Europa, per ascoltare, ballare, vivere questa esperienza per tutta la notte. Come studiare questo fenomeno?
Un primo atteggiamento, negativo, è quello di pensare che questo non ci debba essere. Fu l'atteggiamento della signora Thatcher in Inghilterra, che proibì i rave party. Successe che i rave party in Inghilterra divennero illegali e si è creata tutta una cultura dei rave party illegali. Dunque, primo atteggiamento è non porsi di fronte a questo fenomeno in modo moralistico, ma avere un atteggiamento fenomenologico. Qui si è citato il pragmatismo: vorrei spezzare una lancia a favore della fenomenologia e a quell'atteggiamento che mette fra parentesi, sospende il giudizio, l'epoké. Sospendiamo il giudizio e analizziamo, vediamo questo fenomeno. Come lo vediamo? Ho visto che molti parlano di questo fenomeno, come si dice "aprono la bocca e ci danno fiato", non sanno di che cosa stanno parlando, non hanno visto questa realtà, costruiscono dei discorsi sulla base degli stereotipi. Per parlare di questo fenomeno bisogna fare un'osservazione partecipante, usare i metodi etnografici, che sono a nostra disposizione, andare a vedere, partecipare, fare delle uscite. Questo è stato il metodo che abbiamo utilizzato per fare questo lavoro.
Secondo punto: andare, uscire a vedere, a far che? Ci vuole sempre un'ipotesi per fare una ricerca. L'ipotesi che ci ha guidato è un'ipotesi sulla globalizzazione dei fenomeni

di trance. Sapete, i fenomeni di trance sono descritti dall'antropologia. Per esempio nel Marocco con i gnaua, che sono una confraternita che suona tutta la notte: gli adepti ballano, ci sono delle luci e degli odori particolari nella notte gnaua, poi, a un certo punto, capitano fenomeni di trance, cioè queste persone sono possedute, dicono loro, dallo spirito, dal santo e così via. Questi fenomeni ci sono nell'Africa nera, la macumba e il camdon bleu, il vodoo haitiano sono usanze di questo tipo. La trance sarebbe di due tipi, questa che vi sto dicendo è la trance di possessione, poi c'è la trance sciamanica che è caratterizzata dall'uscita. Lo sciamano fa musica e poi fa il viaggio in una specie di altrove e poi ritorna. La nostra ipotesi é: è possibile che con i fenomeni di globalizzazione si stia diffondendo nell'Occidente, nella metropoli il fatto che la notte si balla, si usa, si sente un certo tipo di musica techno, a centottanta, duecento battiti al minuto, e queste situazioni non potrebbero provocare forme dissociative come la trance? Non potrebbe esserci una globalizzazione della trance e in questo caso non potrebbe essere questo un fenomeno rischioso, perché mancante di quel frame, di quella cultura, di quel rito di cui parlava Maria Teresa TORTI anche questa mattina, cioè della cornice che contestualizzi l'esperienza? Questa è stata la nostra ricerca. Quello che abbiamo visto è che fenomeni di questo tipo - abbiamo osservato dei rave party, una discoteca come il Cocoricò - cioè dissociativi, non vere e proprie trance, esistono, e abbiamo pensato anche di costruire dei dispositivi per pensare diversamente questa dissociazione, cioè non come una forma patologica o psico - patologica, ma vederla come una risorsa per l'essere umano. Per questo abbiamo coinvolto, o ci siamo coinvolti, ricombinati con il centro sociale Livello 57 di Bologna, per costruire degli eventi in quella realtà e un percorso. Con loro, per esempio, abbiamo fatto, per un certo periodo, l'analisi delle pastiglie di ecstasy, poi c'è stato un blocco per alcuni problemi. Poi abbiamo costruito due eventi: con un gruppo di performer di Rimini, che si chiama Giardini pensili, abbiamo costruito un evento, una sorta di rave party, con tutti gli stilemi di questo tipo di festa, che però faceva riferimento alle antiche tradizioni occidentali dionisiache, cioè c'erano testi dalle Baccanti di Euripide, c'erano perfomance, formazioni di attori che, durante la notte, agivano e si comportavano come le Baccanti, c'erano schermi, musica, suono. Che cosa volevamo fare? Vedere se il dispositivo in quanto tale poteva produrre una dissociazione della coscienza, uno stato modificato di coscienza.
Mentre si faceva questa esperienza, ne è stata fatta un'altra: in un centro sociale sono state distribuite a doppio cieco ecstasy e compresse di fibra, dei "pacchi", e nessuno sapeva cosa succedesse. La mattina è stato fatto un questionario e i due gruppi non erano distinguibili. E' stata un'esperienza interessante per dimostrare come l'evento, l'ambiente, le luci, la musica, possono provocare uno stato modificato di coscienza. C'è una discussione su questo. L'ultimo strumento che abbiamo utilizzato, è stato portare i musicisti gnaua di cui vi ho parlato prima, Omar, Hayet, con il suo gruppo, a fare una tourneé, che è terminata al Cocoricò, con cui ci eravamo accordati. Loro hanno suonato in un sabato sera, quindi quando c'era la serata normale del Cocoricò, e questo ha prodotto una contaminazione, perché il DJ del Cocoricò che si chiama Cirillo ha partecipato all'evento e quindi si è creata una specie di techno gnaua, cioè musica techno suonata poi anche dagli gnaua. Gli gnaua entravano sulla techno e così via. Questa cosa inizialmente ha sconcertato la serata, perché sapete che è una discoteca commerciale, poi piano piano le persone si sono messe a ballare e hanno ballato per parecchio tempo questa techno gnaua.
Questo è un sistema, secondo noi, per aumentare il livello di consapevolezza di quello che si sta facendo e per creare quella cornice, quel frame, in modo tale che certi eventi che si vengono a realizzare siano più consapevoli e meno rischiosi. Tutto questo è contenuto in questo libro che si chiama Officine della dissociazione, che è edito da Pitagora ed è uscito recentemente.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Anche questo è un filone estremamente interes-

sante, da approfondire e che penso che possa aprire ampi spazi per pensare interventi di tipo diverso. Daremmo la parola alla dottoressa Rita GALLIZZI, della cooperativa Lotta contro l'emarginazione, che ci proporrà una riflessione sul protocollo d'intesa, sull'articolo 121 e 75, tra la prefettura e i servizi territoriali.»

Dr.ssa Rita GALLIZZI:- «L'accordo stipulato tra l'ASL 2 di Milano, la prefettura di Milano e la cooperativa Lotta contro l'emarginazione, rispetto alle persone segnalate in base agli articoli 75 e 121 della legge 309 del '90 nasce dalla constatazione della necessità dell'avvio di un percorso di presa in carico e di attivazione di relazioni significative, anche con tutti i giovani fermati e segnalati per possesso e detenzione di sostanze stupefacenti, che spesso non arrivano nemmeno ai servizi territoriali. Il Protocollo d'intesa ha come obiettivo quello di agganciare, da un punto di vista relazionale e pedagogico, giovani al di sotto dei ventisei anni, anche attraverso l'apertura di un servizio innovativo integrato pubblico e privato chiamato "Centro educativo polivalente", che si colloca tra i servizi di strada e i servizi per le tossicodipendenze, offrendo percorsi educativi di breve durata, una disponibilità continua e un servizio di lavoro integrato con i servizi sociali ed educativi del territorio, nonché dei gruppi di pari di strada.
Tale accordo sancisce che i soggetti fermati dalle forze dell'ordine e segnalati per l'articolo 121 che vengono considerati in una situazione di uso saltuario di cannabinoidi, non caratterizzati da dipendenza da sostanza o da un contesto sociale problematico, vengono invitati formalmente a presentarsi al Centro polivalente per la costruzione condivisa di percorsi di coinvolgimento, informazione e promozione delle competenze giovanili, in un'ottica di autotutela e salvaguardia. Per i soggetti segnalati per l'articolo 75, e cioè considerati dalla prefettura come detentori e/o consumatori di sostanze psicoattive prestazionali, e che sono spesso alla prima segnalazione per un simile consumo, viene proposta la sospensione del procedimento amministrativo con invio al Centro educativo polivalente, ove vada costruito un possibile percorso a valenza relazionale educativa, superando l'obbligo della sanzione e attivando un patto condiviso con il giovane segnalato. L'equipé del Centro educativo polivalente è costituita in modo integrato da operatori del servizio delle dipendenze e della cooperativa e ha come obbiettivo l'avvio di relazioni individuali, attività di gruppo di pari, attività condivise e momenti a valenza soprattutto relazionale. Punto di forza di questo progetto è il confronto con la prefettura di Milano, continuo e attivo, ed esiste in tutti gli attori di quest'accordo la consapevolezza che - condivisa la necessità di sperimentare modalità della presa in carico e della relazione innovative - ci si ponga in una fase di nuovo approccio al tema della sanzione delle prefetture connesse all'uso di sostanze stupefacenti, che hanno dimostrato in questi anni una certa inefficacia. Gli elementi innovativi di tale progettazione sono: la valutazione di inefficacia dell'attuale sistema sanzionatorio erogato dalle prefetture, la necessità di integrazione delle ipotesi di intervento con il sistema delle tossicodipendenze, la valutazione di non gravità per buona parte dei giovani segnalati per uso e detenzione di sostanze stupefacenti, la necessità quindi di trasformazione delle sanzioni in ipotesi e occasioni educative e relazionali, la promozione di interventi dalla valenza terapeutica a quella relazionale e pedagogica, anche con il coinvolgimento progressivo delle varie agenzie educative del territorio come possibili luoghi della ricaduta educativa anche nei confronti di gruppi di pari, la sperimentazione di procedure di invio e presa in carico anche in deroga all'obbligo sanzionatorio attraverso l'avvio di attività relazionali e di azioni sinergiche di progettazione e valutazione tra i vari attori del protocollo che permetta di monitorare e di ridefinire in itinere l'adeguatezza e l'efficacia delle strategie attuate e dei giovani coinvolti. L'attuale diffusione di sostanze stupefacenti ci interroga sull'efficacia di segnalazioni e sanzioni per giovani con stili di vita e modalità aggregative in cui il consumo di tali sostanze appartiene alla loro normalità di vita. Occorre avere il coraggio per una riscrittura del sistema di intervento e di contrasto all'uso e alla detenzione o al piccolo spaccio, che sappia promuovere sempre di più le valenze relazionali ed educa-

tive rispetto a quelle punitive e sanzionatorie. Il progetto, in estrema sintesi, prova a sperimentare tali intuizioni con importante partecipazione dei vari attori territoriali, e non a caso si chiama "Tra la strada e il servizio per le tossicodipendenze".»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo ora la parola a Alessandro AUGELLI, della cooperativa "Comunità del nucleo", di Chiari.»

Alessandro AUGELLI:- «Sono un educatore e lavoro in un progetto di riduzione del danno all'interno della discoteca "Number One". Questo progetto secondo me è particolarmente interessante, non solo per il fatto che ci lavoro, ma soprattutto perché è finanziato dal gestore di questa discoteca, il quale ha stipulato una convenzione con la cooperativa per la quale lavoro, che prevedeva l'ingresso all'interno del locale di quattro operatori per ogni evento. All'interno di questo locale lavoriamo su due livelli differenziati. Uno è il livello della relazione con i ragazzi. Da questo punto di vista ci occupiamo di ascoltare le necessità dei ragazzi e coinvolgerli in azioni di riduzione del danno in prima persona, attraverso dei percorsi di formazione collegati al supporto di pari. Tutto questo lo facciamo all'esterno della discoteca, chiaramente. Soprattutto ci confrontiamo con i ragazzi sui loro consumi. Tutte queste azioni le facciamo, costruendo all'interno della discoteca, una zona di relax, una zona protetta, in cui è possibile instaurare delle relazioni un po' più significative che non all'interno di una pista o di luoghi in cui il caos non permette la relazione. Quello che mi premeva far notare è che, all'interno della relazione, che come giustamente ha sottolineato Don Gino RIGOLDI, è il mezzo attraverso cui la maggior parte delle informazioni possono diventare significative, all'interno di questi confronti sui consumi, ci fermiamo su un nodo, secondo noi, cruciale, che è quello del tipo di sostanza consumata. I ragazzi conoscono bene gli effetti pratici delle sostanze che utilizzano. Assumono la sostanza e ne sperimentano l'effetto. Non conoscono assolutamente gli aspetti chimici della pastiglia che ingeriscono, anche perché a parità di logo e di effetto sulla persona possono esserci sostanze molto differenziate fra loro. Per questo penso che finché non mi sarà possibile dare ai ragazzi più informazione rispetto al tipo di pastiglia che viene assunta da loro, mi risulta molto difficile un confronto sui loro consumi. Soprattutto ritengo che tale confronto sia comunque parziale, mancante di tutta questa parte. L'altro aspetto è quello del coinvolgimento degli operatori della notte. Da due anni stiamo sperimentando questa collaborazione, sia con i gestori, sia con il personale della sicurezza dei locali, attraverso piccoli incontri formativi e soprattutto con il personale del 118, i volontari che si occupano della sicurezza delle persone che hanno malori durante gli eventi, e non solo di questo. Rispetto a quest'area, mi chiedo quali vantaggi i gestori abbiamo dalla collaborazione con noi. Spesso, contrattualmente, il gestore pone dei limiti. Noi chiediamo in maniera molto forte che l'acqua venga distribuita gratuitamente o a dei prezzi bassi, di abbassare il più possibile le temperature del locale. Tutte azioni che permettono di ridurre i danni e i rischi per chi consuma sostanze. Partiamo dal presupposto che i giovani che incontriamo possano anche consumare sostanze e questo non ci preoccupa né ci spaventa. Lavoriamo partendo da questo presupposto. Di conseguenza, contrattualmente, mi trovo molto spesso in difficoltà perché il gestore, ad un certo punto, mi chiede: quali vantaggi ho io dall'avere te all'interno del mio locale? E su questo punto mi ancoro. Alcune volte è possibile stipulare degli accordi con i Comuni nel cui territorio si trova la discoteca. Altre volte non abbiamo nessun tipo di strumento che ci permetta di avere una forza contrattuale maggiore. Mi piacerebbe fare questa domanda, rivolgerla un po' alle istituzioni qui presenti e vedere che tipo di risposta è possibile avere.
Noi ci rendiamo subito disponibili a diventare sia punto di raccolta di informazioni sul territorio per l'analisi delle compresse e delle sostanze più in generale, sia, come sottolineava CIPPITELLI, punto di informazione all'interno dei locali. Incontriamo tantissimi ragazzi, penso che pochi meglio di noi possano dare loro le informazioni relative alle

sostanze.
Oltre alla discoteca, concordo con chi dice bisogna spostare l'ambito di intervento e di analisi del fenomeno consumo di sostanze anche ai gruppi di supporto di pari, dove sempre più spesso emergono consumi proprio quotidiani. Davanti al televisore, la notte, quando non si sa che cosa fare, sul luogo di lavoro. Porrei l'attenzione sull'ambito casa e luogo di lavoro come altri luoghi in cui il consumo avviene. »

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Devo dire che ho avuto modo di apprezzare anche personalmente tutto il lavoro che fanno e anche il fatto che sono riusciti a lavorare, creando una rete e una collaborazione tra tutti gli actors che lavorano sul territorio e su questo problema.
Diamo la parola ad Antonino DI GIROLAMO, della ASL 6 di Palermo.»

Antonino DI GIROLAMO:- «Sono un operatore di strada, dei centri a bassa soglia. Sono col SERT, perché il SERT del distretto sanitario 13 della ASL 6 ha un'iniziativa di unità sanitaria di strada. Oltre a lavorare per l'azienda 6, con un progetto tra l'altro finanziato dal Comune di Palermo che si occupa prevalentemente di prevenzione sanitaria e attività di riduzione del danno, all'interno di questo progetto ci si è poi complicati la vita, perché oltre ad avere riduzione del danno in campo sanitario ci si è dati anche alla riduzione del danno in campo sociale. Capite che quando andiamo a lavorare con un target così esteso, la cosa si complica di molto. Fortunatamente diciamo che all'interno del SERT si sono attivate tutte le risorse per far sì che questa cosa stia andando per il meglio.
Volevo puntualizzare una cosa: siccome faccio anche un servizio e una ricerca partecipata all'interno della Croce Rossa di un progetto che si chiama Giardino incantato, che si occupa prevalentemente di nuove droghe.
Volevo raccontarvi alcune cose che succedono nella nostra città. In maniera tale da riuscire a collegare un po' quali sono i due punti di incontro che hanno questi due servizi. Mi chiedevo se questa prevenzione deve essere informazione o se questa informazione e prevenzione deve essere formazione, per quanto riguarda i ragazzi, perché di fatto la stragrande maggioranza di questi ragazzi che utilizza sostanze a cui noi, adesso è undici mesi che siamo in giro per la città tra discoteche e luoghi di incontro, di consumo giovanile, ci stanno dando parecchie cose a cui pensare. La prima è che loro comunque sono in una fase precontemplativa della problematica, cioè non hanno un problema. Sanno che cosa stanno utilizzando, la usano per un motivo specifico e nel corso della settimana, fra un fine settimana e l'altro o una quindicina di giorni e l'altra, c'è l'utilizzo delle droghe socialmente accettate. In alcuni luoghi della città, anche delle altre città, perché sono stato un po' in giro, ci sono delle aree dove il consumo delle canne è socialmente accettato.
A Palermo le prime pasticche, la prime paste si cominciano ad avere all'inizio degli anni '90. Sono passati dieci anni, di tanto in tanto incontriamo sempre questa gente che va in giro. Ultimamente alcuni di loro di mia conoscenza mi dicevano: "ma va bene, adesso non ci caliamo più, però fumiamo, beviamo". C'è stato un bel dialogo su questa cosa e loro mi dicevano: l'importante è non essere normali. Questo è un interrogativo che ha dato molto da pensare a noi operatori. Il loro consumo è prevalentemente verso l'uso di canne e l'uso di alcool che, a detta loro, è socializzante. Quindi vino amabile, con un basso tasso alcolico, così ci passiamo tutta la serata. O birra. Insomma una cosa che non sia molto alcolica. L'importante è non essere normali. Ritornando a questi due servizi, credo che sia opportuno, nell'attesa che si sblocchino o che ci diano la possibilità di dare maggiori informazioni sull'utilizzo delle sostanze, sia per quanto riguarda l'articolo 75 che poi avrà altre discussioni, sia per quanto riguarda l'articolo 121, di pensare se - è undici mesi che facciamo osservazione e quindi alcune cose si sanno - non era il caso di incominciare veramente a parlare il linguaggio di chi fa uso di ecstasy, che non è un linguaggio verbale, ma di cominciare a pensare di muoversi nell'ambito visivo. Se vi capi-

ta di andare in qualche discoteca e vedere alcune persone che fanno uso di ecstasy, non vi daranno mai retta. Credo che sia opportuno incominciare a pensare a qualche messaggio visivo che rimanga fuori dalla discoteca, perché poche cose succedono in discoteca e molte ne succedono fuori, vedi incidenti, situazioni di caldo/ freddo, di "smazzamento" fuori per il downing che c'è dopo. Vediamo che comincia a verificarsi che il giovane dice: ci caliamo là dentro, siccome è sabato, poi c'è la domenica, allora ci prendiamo un antidepressivo, un po' di alcool; insomma arrivano alla domenica sera pronti per affrontare la notte del lunedì, facendo praticamente un giro di alterazione psicofisica 24 ore su 24.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola a Rosa DANIELLO, dell'associazione Il pioppo, che ci farà un flash sullo stato delle cose in Campania.»

Rosa DANIELLO:- «Più che altro ho intenzione di lanciare una sorta un appello, e forse la destinataria più immediata è proprio lei. Perché ci siamo trovati a discutere alla pre - conferenza regionale, quella che diverse regioni avrebbero dovuto fare in vista di questa nazionale, e ho coordinato il gruppo di lavoro sui nuovi stili di consumo. Con grande sorpresa, perché credevo di essere un operatore come tanti che lavora a un settore particolare, e invece ho scoperto intanto che nella Regione Campania le cose sono veramente indietro. Quando si discute con operatori della Toscana e parlano dei rave, perché ormai il discorso delle discoteche è ultra superato, ci fermiamo un attimo a pensare e diciamo: ma com'è che di rave dalle nostre parti non se ne vedono? Sarà perché più illegale della discoteca da noi non c'è altro. Visto che siamo quelli che hanno fatto un po' di più, sia "Il pioppo" come tante comunità che hanno esperienza pluridecennale, ci siamo accorti a un certo punto che c'era una domanda inespressa, che ha rilevato sul territorio fuori dai servizi e quindi ha cominciato a ragionare su cosa fare per raggiungere queste tipologie di consumatori. Credo che l'abbiano fatto anche altre realtà che si trovano sul territorio campano. Abbiamo un confronto con le realtà nazionali, per esempio attraverso il coordinamento nazionale nuove droghe, ma non l'abbiamo fra di noi. Il primo momento istituzionale in cui realtà del pubblico e privato sociale si sono confrontate sulla questione dei nuovi stili di consumo è stato il 17 novembre scorso alla conferenza regionale. Allora dico, se esiste la consulta di cui la dottoressa MACCHIA dovrebbe essere il riferimento istituzionale, e per la Campania ci sono due rappresentanti, o questi rappresentanti fanno troppo bene tutti gli altri ruoli, non hanno la possibilità di fare il dovere istituzionale per cui sono chiamati nella consulta, e cioè raccordare un po' la questione territoriale. Perché per esempio se il ministero stampa del materiale informativo parlando della chetamina, e in Campania di chetamina, almeno fra i consumatori, fra i giovani non se ne parla, allora la questione è un po' delicata, va sentita anche la gente che lavora effettivamente coi ragazzi. Se si discute di andare oltre le discoteche, vuol dire che per certe regioni il problema delle discoteche è già superato; si propone il bollino blu per le discoteche, il protocollo d'intesa con il SILB e in Campania il SILB è una realtà inesistente. Esiste un altro tipo di sistema che regola da noi i locali da ballo, che non è certamente il SILB. Se il problema elettivo in questo momento sulla questione di stili di consumo, è il cobrett, l'oppiaceo che si fuma e non si inietta, non è tanto la chetamina, se la questione rave da noi è stata sostituita dalla questione illegale delle discoteche, e potrei citare tante altre situazioni, se la techno non è la musica che si ascolta da noi ma è la house, allora bisogna mettere un accento sulla territorialità e dare la possibilità a quelle poche persone che lavorano effettivamente da qualche anno a questo fenomeno, di essere ascoltate un po' di più.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo allora la parola a Marina BARBO del SERT di Udine, che parlerà di nuove sostanze e farà riflessioni su strategie di intervento.»

Dr.ssa Marina BARBO:- «Credo che la fatica un po' per tutti quanti oggi sia stata quella di trovare un nesso di collegamento tra tutti i diversi spunti e le diverse esperienze, e i temi affrontati stamattina negli interventi magistrali, nel senso che appartenevano a epistemologie e punti di vista così differenziati che poi collegarli tutti credo che sia stato un po' difficile, ma anche interessante.
Il lavoro che volevo proporvi, che ridurrò ovviamente in sintesi, è l'esperienza trasversale per lo meno in quattro campi, in quattro aree di intervento che prevedono quattro stili di approccio un po' differenziati, che in qualche modo nell'arco della giornata sono stati un po' raccolti dalle testimonianze dei diversi relatori che mi hanno preceduta.
Credo che nel campo delle politiche sociali a volta si rischia di fare tutto, di fare tanto, e poi c'è qualcuno che dice: bisognava mettere la priorità su un altro settore, su un altro campo di intervento. Nel campo delle politiche sociali credo che bisognerebbe riuscire ad andare dalla prevenzione all'aspetto informativo, che comunque è un'espressione di essa, e all'aspetto più formativo, educativo, che sicuramente va rinverdito e rinvigorito, anche nel settore scolastico, all'aspetto di alcuni specifici contesti che meritano un'attenzione particolare, con un linguaggio specifico, una serie di strumenti adatti al contesto e al target di riferimento, cogliendo le variabili e le varietà di tutte le diverse situazioni.
Vi racconto questi quattro progetti. Uno è quello nell'ambiente scolastico, e si chiama progetto Eden, e dirò soltanto due cose: una che riguarda gli eccessi più che le sostanze, quindi in qualche modo mi ritrovo benissimo nella relazione di Maria Teresa TORTI fatta stamattina, nel senso che credo che nell'ambito scolastico la tematica non vada affrontata sui consumi e sulle sostanze ma sugli stili, sulle modalità di essere dei giovani. Quindi in quel senso abbiamo cercato di fare una trasversalità d'intervento tra le tematiche della sessualità, dell'alimentazione, ma anche degli eccessi televisivi, degli eccessi telematici e anche del divertimento, delle varie forme del divertimento e dell'uso delle sostanze. In questo progetto Eden i forti collaboratori, i forti partners, sono i docenti. Non parliamo direttamente o esclusivamente con gli allievi e con gli studenti, ma lavoriamo soprattutto con i docenti. In questo c'è una forte collaborazione con il Provveditorato e, nell'attuale assetto del mondo della scuola, con i diversi presidi, in virtù dell'autonomia scolastica. L'altro campo del desiderio di trasversalità è questo del progetto "I luoghi e i riti del divertimento, campagna zero in chimica". Questo ha un aspetto preminentemente informativo, è stato rivolto a tutte le discoteche del territorio di Udine; io lavoro nel SERT di Udine. Nell'azienda di Udine, nel senso che queste progettualità riguardano nel complesso l'azienda, non soltanto il servizio tossicodipendenze. In questo lavoro abbiamo privilegiato come attori e partner i promoter, i consulenti artistici, gli operatori del divertimento, ma è già stato sottolineato che questo è un elemento importante di progettualità in questi contesti, e abbiamo prodotto del materiale ad hoc che comunque abbiamo lasciato in visione.
Caratteristica di questo intervento è che tutto il materiale è stato elaborato con dei ragazzi. Quindi non con consulenti esterni grafici, artistici, di altra natura e di altra età, ma con dei ragazzi che potevano, a nostro avviso, dare dei suggerimenti interessanti.
Il terzo progetto riguarda i contesti a rischio, che sono le stazioni ferroviarie e degli autotrasporti. Abbiamo pensato che sia un contesto, non forse di aggregazione, ma sicuramente di attraversamento e, in un certo senso, anche di permanenza, a volte per alcune ore, dei giovani che vanno dai quattordici ai diciotto, diciannove anni. La gestione del tempo per quelli che frequentano le università è un'altra. Ad ogni buon conto per tutta quella fascia di età c'è un tempo che viene vissuto all'interno delle stazioni e dei luoghi limitrofi che ha un suo significato. È un luogo particolare, di cui anche in passato si è molto parlato, come di situazione a rischio. Ricordo una bellissima relazione di Leopoldo GROSSO su questa tematica. E ad ogni modo abbiamo pensato di lavorare in quel contesto per costruire un "X cross-point", che è un punto di transito e non soltanto di diffusione di materiale, di costruzione di una relazione, di momento di incontro, ma è un punto che aggrega anche gli operatori "grezzi" di quel territorio. Nel senso che baristi,

commercianti, gli operatori dei trasporti, quindi i diversi autisti, bigliettai, sono stati coinvolti, in un tentativo di condividere dei presupposti e fondare una cultura, su quella che è la relazione con il giovane, con i suoi linguaggi e i suoi modi di agire in quei contesti e in altri, anche perché pensiamo che gli operatori grezzi possano rappresentare un utile momento di ascolto e dialogo in queste situazioni. Il barista a volte ha un momento di scambio importante con il giovane, altrettanto l'autotrasportatore che, tra l'altro, non dimentichiamolo, in un territorio come il nostro, nell'estremo nord - est, ha una funzione importante; tutti i week end ci sono dei pullman che portano i ragazzi nelle eventuali discoteche del Veneto o dell'Emilia Romagna. Quindi abbiamo fatto un lavoro di coinvolgimento di questi operatori.
Ultima cosa che è ancora in via di progettazione, fatta in collegamento con il professor POLO, col quale abbiamo lavorato sul tema dei giovani e il tempo; c'era il desiderio di proporre una ricerca che è trasversale su diverse città, Venezia, Ancona, Ferrara, Padova, Torino, nella quale vogliamo cercare di conoscere meglio questi aspetti degli eccessi giovanili andando ad intervistarli, a conoscere questo mondo, attraverso degli strumenti strutturati, come le interviste e altri modi di intervenire della ricerca psico - sociologica e della ricerca - intervento.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola al dottor Mario DA FERMO del SERT di Pescara.»

Dott. Mario DA FERMO:- «Cercherò di riassumere in maniera molto sintetica alcuni tratti dell'esperienza fatta in Abruzzo all'interno del progetto obiettivo regionale di cui ha parlato anche prima il dottor D'EGIDIO, ma volevo dare qualche input relativamente a come un'esperienza regionale di lotta alle tossicodipendenze possa essere declinata rispetto alle cose di cui stiamo parlando. Volevo, in maniera molto sintetica, farvi capire il senso del discorso, quali sono le premesse che ci hanno portato a fare questo progetto e come esso ci ha fatto fare dei passi in avanti rispetto al problema dei nuovi fenomeni di abuso. Siamo partiti da una prima premessa e cioè che oggi abbiamo una estrema mutevolezza di comportamenti giovanili. O meglio abbiamo la difficoltà di far combaciare, per così dire, il tipo di intervento con comportamenti, linguaggi e culture giovanili che sono in mutamento. Sono in mutamento in ordine generale e anche in ordine locale. Perché ovviamente chi in un determinato territorio, vive determinate condizioni e ha certi problemi, e in più vi sono una serie di cambiamenti culturali che si legano alla fase di passaggio verso l'età adulta. Tutto questo ci ha portato a interiorizzare alcune osservazioni presenti nel documento di lavoro che ha dato origine a questa conferenza governativa, laddove si è fatta un'affermazione, cioè che è importante capire non tanto l'oggetto, quindi quale tipo di droga, quanto comprendere i nuovi comportamenti che si legano a questo consumo. Sulla scorta di questo noi abbiamo fatto una serie di attività, che adesso vi dirò. Quindi il primo indicatore riguarda l'oggetto: che cosa andare a sondare, a studiare? Sappiamo bene chi sono i soggetti, cioè i giovani, però non sappiamo bene quali sono gli indicatori generali dei nuovi comportamenti giovanili. Abbiamo individuato alcuni indicatori che adesso brevemente citerò, di carattere generale e alcuni indicatori specifici di nuovi comportamenti giovanili. Vi sono indicatori generali come le nuove modalità di assunzione, le nuove sostanze, l'età interessata, che parte dall'adolescenza e arriva ai giovani adulti, le assunzioni plurime, la giovane età di inizio e tanti altri indicatori che conosciamo benissimo per la vasta letteratura in merito. Poi siamo passati a indicatori specifici di nuovi comportamenti giovanili e su questi abbiamo sviluppato una ricerca a carattere regionale. Quali sono gli indicatori specifici? I processi di transizione verso l'acquisizione di ruoli adulti, l'idea di futuro, i valori, la percezione del sé e la soddisfazione personale, il rapporto con la scuola, la famiglia, il gruppo dei pari, la fiducia nelle istituzioni e tanti altri indicatori. Tutto ciò significa che individuare detti indicatori assume il significato di monitorare i comportamenti nel tempo e nel luogo. Abbiamo fatto

un'istantanea, ma ci siamo attrezzati anche per monitorare tutti questi cambiamenti che poi costituiscono su base regionale le informazioni che abbiamo per poter andare a intervenire. Per quanto riguarda invece i nuovi soggetti abbiamo riflettuto su un fatto: questi soggetti notoriamente non fanno riferimento ai servizi pubblici. Quindi si pone questo tipo di problema: comportamenti giovanili, non frequenza nei servizi, elementi per la riorganizzazione. Quindi abbiamo prodotto una serie di materiali rispetto alla riorganizzazione dei servizi. Tutto questo assume molta importanza anche nella programmazione degli interventi. Abbiamo fatto una riflessione su come progettare gli interventi, cercando di sperimentare delle forme di programmazione dal basso.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola alla dottoressa Donatella BOCCALI, del Comune di Cremona, ufficio attività giovanili, che farà alcun riflessioni su Cremona e la sua rete.»

Dr.ssa Donatella BOCCALI:- «L'esperienza che voglio riportare è quella del progetto RAIA, che è un progetto di rete di ascolto, di informazione, di accompagnamento dell'adolescente. Questo progetto è nato all'interno del nostro territorio da una serie di dati di difficoltà rilevati dagli operatori che lavorano nei servizi territoriali come i centri di aggregazione giovanile, l'educativa di strada. Questi segnali sono stati messi insieme a quelli che portavano il SERT, la prefettura, gli oratorii, con il quale il Comune di Cremona ha un protocollo d'intesa, e gli insegnanti all'interno dei vari istituti. Da questo momento di incontro è nata una rete informale che ha dato vita a un percorso di conoscenza innanzitutto del fenomeno dell'uso delle sostanze sintetiche nel nostro territorio. E dall'altra parte ha portato gli operatori ad interrogarsi rispetto a come percepiva questo fenomeno e a come si poneva in relazione con i giovani, il mondo adulto, inteso come figure educative di riferimento. Dall'altra parte abbiamo cercato di interrogare, di intercettare i giovani rispetto alla loro percezione del mondo adulto e rispetto a come si sentivano all'interno della nostra città. Abbiamo incontrato un mondo adulto molto giudicante rispetto ai ragazzi, da una parte, e dall'altra parte impaurito da questi fenomeni. Un mondo adulto che si sentiva poco attrezzato ad affrontare queste situazioni. Dall'altra parte i ragazzi vivevano la città come un luogo poco accogliente, come un luogo in cui i legami con gli adulti erano molto difficili e lontani. E, stranamente noi ci aspettavamo una richiesta di spazi, di autogestione, e invece ci hanno chiesto degli spazi in cui ci fossero delle presenze adulte. Da questo lavoro è nato il progetto RAIA e le azioni che ha messo in campo innanzitutto sono state quelle di dare una formalizzazione alla rete per rendere più forte il lavoro degli operatori, perché venisse riconosciuto proprio questo lavoro di integrazione e di collaborazione. Dall'altra parte un momento importante è stato quello di trasformare e di allargare sempre di più la rete. La rete che voi vedete nel lucido è attualmente formalizzata attraverso un protocollo d'intesa e una serie di tavoli di vario livello, istituzionali e operativi, che si occupano di progettualità specifiche. L'altro passaggio importante è stato quello di accogliere all'interno della rete i ragazzi, ovvero di trasformarli, di non renderli più oggetto, ma soggetto all'interno della rete. Quindi i ragazzi, insieme agli operatori, hanno costruito per esempio i materiali di informazione, sono stati supportati dagli operatori in parte, ma anche da grafici, da tecnici, e insieme agli operatori sono andati nei luoghi che abitualmente i ragazzi frequentano, quindi quelli formali, come per esempio la scuola, gli oratorii, i centri, ma anche quelli dell'informalità, i locali. Parlo di locali perché nel nostro territorio non ci sono discoteche vere e proprie, ma locali di aggregazione e di incontro. E all'interno di questi posti abbiamo fatto degli interventi di sensibilizzazione, di informazione. Però quello che i ragazzi ci chiedevano erano dei percorsi soprattutto di vicinanza e di accompagnamento. Quindi abbiamo chiesto ai locali di essere partner insieme a noi nella costruzione di progetti insieme ai ragazzi. Sono stati avviati dei percorsi di realizzazione di eventi che portassero i contenuti dei ragazzi all'interno dei vari locali. Abbiamo fatto dei circuiti musicali

dove arrivavano a suonare le band più o meno del territorio della nostra città e della provincia, e abbiamo avviato insieme ai locali dei percorsi di espressività giovanile. Oltre ai locali ci sembrava importante coinvolgere anche altre realtà del nostro territorio. I ragazzi non vivono solo la notte, ma vivono anche di giorno. Non sono degli extraterrestri, hanno delle relazioni, si incontrano, si incontrano in luoghi informali che possono essere da una parte i locali, ma dall'altra parte la strada e anche, per esempio, negozi. Per cui abbiamo cercato di costruire un tavolo che fosse formato dalle associazioni di categoria, non solo il SILB, ma l'ASCOM, la Confesercenti, la Federazione Italiana Pubblici Servizi, e abbiamo chiesto proprio ai locali e ai negozi, un impegno nel dare spazi alla creatività e alla progettualità dei giovani. Quello che ho riportato è stato possibile realizzarlo mettendo insieme una serie di risorse. Risorse dell'istituzione, della rete, risorse che sono arrivate non solo con la legge 45, ma anche con la legge 285, la legge sui diritti e sulla promozione dell'infanzia e dell'adolescenza. Credo che sia importante all'interno di un territorio che non siano solo i servizi specifici ad occuparsi di questi problemi, ma che ci sia un impegno reale e preciso da parte degli enti locali, in particolar modo dei Comuni, perché sono soprattutto loro che intercettano e vivono e incontrano i ragazzi tutti i giorni.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola a Patrizia RIZZOTTI GREI, dell'Accademia di comunicazione, Milano. Ci parlerà del tema "Comunicazione e droghe".»

Dr.ssa Patrizia RIZZOTTI GREI:- «Sono un po' fuori dai vostri mondi, mentre lavoro nel campo della comunicazione e delle ricerche sociali e principalmente mi occupo di giovani, ma come consumatori. Sulle cose che vengono vendute legalmente. Da anni facciamo ricerche sistematiche su questo mondo normale dei giovani, chiamiamolo così. E ho visto con grande sollievo stamattina, ascoltando la professoressa TORTI, che alcune delle nostre considerazioni riassuntive sul comportamento dei giovani e sulla loro possibile interpretazione coincidono. Quindi volevo solo segnalare quanto alcune cose siano per noi importanti. Sicuramente una è l'incoerenza del mondo adulto che, dal punto di vista del consumo, spinge con i messaggi di comunicazione commerciale e pubblicitaria alla performance, all'uso di cose che fanno stare meglio, che diventano indispensabili e che rispondono pesantemente ai bisogni. L'altro punto di grosso interesse sul quale vi vorrei riportare l'attenzione è proprio il confine tra avventura e avventurieri, laddove la ricerca dell'avventura è un momento di crescita, contrapposto al diventare collezionisti di avventure e quindi avventurieri. Questo si pone nel confine tra la ricerca della trasgressione e l'adottare comportamenti di abuso, condotte apertamente devianti come indice di conformismo a un gruppo. Come vedete, mentre parlo di queste cose in maniera così tecnica faccio fatica, perché mi mancano le parole. Allora ho bisogno di ricorrere alla tecnica. E quindi volevo mettervi un primo sassolino nella scarpa. Tutte le volte che avete bisogno di parlare in inglese o di utilizzare le sigle, UOP, ASL eccetera, o di addormentarvi in un linguaggio che parla di technicalities, quelle che sono ormai il codice degli operatori, provate a pensare a questo sassolino nella scarpa, vuol dire che vi mancano le parole.
Mi ricollego al secondo elemento che volevo segnalarvi, cioè che questo è un settore a rischio comunicativo, rischio e non pericolo. E' un settore che è oggetto di comunicazione da parte di professionisti della comunicazione, ma non del contenuto di questa comunicazione. Il mio invito è questo, ed è un invito sottovoce, in punta di piedi, quasi come un ladro di polli: facendo questa ricerca per esempio su stampa e droghe in Italia, abbiamo studiato undicimila articoli comparsi sui quotidiani dal gennaio '99 al marzo 2000, che parlavano di voi, del mondo delle droghe, del mondo dei consumi delle droghe. Abbiamo notato tre cose, tra le altre che potete poi trovare eventualmente nella ricerca completa. Che il mondo degli operatori e il mondo dei giovani consumatori è oggetto di

parole, ma non è mai soggetto. Un esempio per tutti: se dovessimo fare una distribuzione lungo questi quattordici mesi di quando e quanto i giornali ne hanno parlato, vedremmo che abbiamo una calma piatta da gennaio '99, con qualche punta a luglio, qualche punta a settembre, in occasione della presentazione dei dati, e un picco clamoroso dal 30 ottobre alla fine di dicembre, dove il 30 ottobre è la data che tutti conoscete che risale alla morte di Yannick. Questo modo di parlare del problema, dal nostro punto di vista, di comunicatori, è molto rischioso. Perché intanto lungo tutto l'arco dell'anno soltanto due quotidiani, L'Avvenire e Il Manifesto, hanno una continuità nel trattare, e su questo la par condicio è rispettata come vedete, il tema e quindi una o più firme che si ripropongono come esperte di quel tema. Da ottobre in avanti, quando abbiamo questo picco eccezionale di interesse, ecco l'assalto. Quotidiani anche autorevoli come Il Corriere della sera, come La Repubblica, si sono comportati con un medio silenzio lungo tutto l'anno. Nel momento in cui l'ecstasy diventa emergenza, l'assalto diventa massiccio, proprio in termini di informazione. E che cosa succede? Succede che vengono interpellati, in situazione di emergenza comunicativa, i politici, i medici e gli esperti, principalmente i fondatori di comunità. Fate solo mente locale su questo fatto: su 435 articoli abbiamo 410 firme diverse. Vuol dire che non c'è una sistematicità nel trattamento di questo argomento. Ed è questo il secondo sassolino nella scarpa che voglio lasciarvi: attenzione alla differenza tra comunicazione e informazione. Perché comunicazione è relazione con le persone, informazione è diritto. Comunicazione è bisogno ed è competenza naturale nel fare una relazione. L'informazione invece va pensata. Questo è il piccolissimo messaggio che vi lancio da un altro campo di lavoro e grazie per quello che fate.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Direi che dovremo comprare delle scarpe di un numero più grande, perché non sono sassolini, ma macigni quelli che lei ci ha lasciato e condivido perfettamente quello che ha detto. Diamo la parola alla dottoressa Alessandra DAVAC, dell'IBIS di Roma, che farà alcune riflessioni su il tema "Adolescenti e giovani, l'esperienza della cooperativa IBIS".»

Dr.ssa Alessandra DAVAC:- «Gli adolescenti normalmente non si rivolgono ai servizi di assistenza, di consulenza e di cura, perché difficilmente, a nostro parere, riconoscono un problema come proprio. Anzi, spesso, più forte è il disagio, più forti sono le difficoltà e più scarsa è la consapevolezza di avere bisogno di aiuto. Sarebbe interessante approfondire i motivi dell'assenza del contatto, di questa comunicazione così distante, anche dal punto di vista dei messaggi che vengono o non vengono inviati loro. Ma forse è più utile acquisire la distanza come un dato di fatto e raccontare dal punto di vista della nostra esperienza come è stato orientato il nostro lavoro per incontrare i ragazzi.
L'opportunità ci è stata offerta fondamentalmente da contesti anch'essi lontani tra di loro. Da una parte le strutture socio - sanitarie e della giustizia, soprattutto minorile, e dall'altra la strada. Contesti diversi, occasioni diverse di incontro, punti di osservazione diversi per gli operatori. I contesti definiscono gli obiettivi realizzabili, le metodologie di lavoro, gli strumenti di cui dotarsi, gli operatori da impegnare, quali e con quale formazione. Sul versante delle istituzioni: attraverso queste abbiamo potuto conoscere e approfondire il lavoro con molti ragazzi e con i loro familiari. Si è trattato prevalentemente di adolescenti inviati dai servizi materno - infantili delle ASL, con la richiesta di una psicoterapia sollecitata da genitori preoccupati o allarmati per la presenza di comportamenti o sintomi o cose strane. O inviati dai servizi sociali della giustizia minorile in modo, come dire, quasi obbligatorio, se non proprio coattivo, per la prescrizione di psicoterapia fatta nell'ordinanza dal magistrato minorile. Nell'arco di questi ultimi otto anni, noi lavoriamo dall'82 sul problema delle tossicodipendenze, ma negli ultimi otto anni, abbiamo preso in carico con continuità 120 casi di consumatori o assuntori abituali di cocaina, pasticche ed alcool. Lavorando con queste situazioni siamo stati portati a raggruppare schematicamente i casi in tre classi. In primo luogo ciò che possiamo oggi affermare con cer-

tezza è che il consumo di queste sostanze risulta devastante nei casi in cui si associa a importanti psicopatologie individuali o di alcuni membri della famiglia. In queste situazioni è come se le sostanze andassero a proteggere e nel contempo ad evidenziare e amplificare delle difficoltà altre, comunque di primaria importanza, presenti già precedentemente allo stesso consumo. Disturbi della personalità, anoressia, bulimia, comportamenti di eccesso, depressioni. E se non si interviene su queste difficoltà con competenza, rimuovere l'uso delle sostanze può essere problematico o addirittura impossibile. In una seconda serie di casi abbiamo verificato che il consumo rappresenta il corollario di uno stile di vita già di per sé qualificabile a rischio per la salute psicofisica e l'integrazione sociale. Sono ragazzi che hanno abbandonato la scuola, senza punti di riferimento alternativi, appartenenti ad ambienti sociali e familiari svantaggiati o devianti, a nuclei fortemente disgregati a causa di padri assenti per separazioni, malattie, lunghe carcerazioni, AIDS, madri stanche e depresse, sole ad affrontare la crescita spesso di numerosi figli. In questi casi agli interventi di sostegno psicologico vanno affiancati quelli educativi, di contrasto alla dispersione scolastica, di recupero sociale, va attivata una forte rete a protezione e guida del minore e del giovane. In tal senso decisiva appare la capacità di operatori appartenenti a servizi e progetti diversi di lavorare insieme, ognuno per la propria parte, all'interno di un percorso progettuale condiviso.
Infine, per concludere questa schematizzazione, c'è una terza tipologia di ragazzi. Quelli per cui il consumo di sostanze va ad incontrarsi con un'esigenza di trasgressione che in età evolutiva e giovanile è da considerarsi fisiologica, per la spinta presente a ricercare l'individuazione e l'autonomia. In tutte le diverse situazioni accennate, il rischio è che se non si fa un'attenta valutazione per discriminare e riconoscere le diversità di situazioni e di persone, ci si orienta verso risposte inadeguate mosse da sottovalutazione o da drammatizzazione. In tal senso potrebbe essere utile un lavoro di ricerca e sistematizzazione dei dati, magari attraverso l'individuazione di indicatori significati, ridondanze od altro. L'altro contesto, la strada. Insieme di luoghi che oscillano su livelli di strutturazione differenti. Da una parte piazze, muretti, giardini, pub, sale giochi, centri commerciali, dall'altra discoteche, centri sociali e polieventi. In tutti questi luoghi siamo andati soprattutto con l'obiettivo di informare, abbiamo ragionato su come farlo, su come avvicinare i giovani, con quale materiale utilizzare fra quello esistente, e quale produrre specificatamente.
In circa quattro anni abbiamo avvicinato migliaia di ragazzi e ragazze, realizzato numerosi contatti, anche più approfonditi. In alcuni di questi luoghi, in quelli più organizzati, abbiamo puntato, nella costruzione dell'intervento e delle azioni, al coinvolgimento delle persone significative, gestori e proprietari delle discoteche, comitati di gestione dei centri sociali. Queste figure, importanti mediatori nei rapporti con i giovani, possono attivarsi costruttivamente. In generale la disponibilità che abbiamo trovato è stata buona. Con queste persone comunque vanno negoziati gli interventi da fare, il materiale da utilizzare e gli obiettivi concreti che si vogliono realizzare, le modalità di inserimento degli operatori stessi. È un lavoro sul quale stiamo riflettendo. Ci chiediamo: quali obiettivi oltre l'informazione sono possibili? Come inserirci e integrarci in questi contesti, con quali operatori? E poi se si riuscisse a sviluppare il lavoro più a livello secondario e terziario, quali servizi di presa in carico esistono nel territorio? Le istituzioni e la strada, tra questi due contesti quanti altri luoghi di ritrovo, di incontro, di aggregazione, quanti stili di consumo? Per ciascuno di questi luoghi occorre riflettere e approntare strategie di lavoro specifiche, modelli di intervento da estrapolare ed esportare. Ciò significa che dobbiamo lavorare insieme, rinunciare a un po' delle nostra onnipotenza, per sentirci forse anche un po' meno impotenti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola al successivo intervento, Renato BARLETTI, del SERT di Sanremo, ASL 1, che farà riflessioni su "Bisogni individuali e accompagnamento ai servizi".»

Renato BARLETTI:- «Avremo di sfondo un sito web che abbiamo costruito noi. Partiamo da un progetto di prevenzione integrata primaria, secondaria e terziaria. Secondo una schematizzazione che, da quello che dirà nei prossimi due o tre minuti, penso di distruggere, voglio dire che ho provato sommo piacere quando ho visto il titolo di questa sessione. Per il gioco di parole ma soprattutto di significati, che vi è tra soggetto e oggetto. Mi auguro che questa conferenza voglia anche significare un cambiamento di indirizzo o comunque la legittimazione di un cambiamento di indirizzo, laddove sia già avvenuto, tra due metodologie di fare la prevenzione, soprattutto riferita a certi fenomeni. Oggi è stato chiaro, dalle varie esperienze e analisi che sono state fatte, quanto siamo in una fase in cui tutti quanti dobbiamo capire molto ancora. Quindi una fase molto esplorativa, molto analitica di questo fenomeno, che per caratteristiche e proprie realizzazioni è molto poliedrico, molto interdisciplinare soprattutto.
Abbiamo fatto con l'unità di strada un progetto che abbiamo intitolato "Io sto sotto lo zero otto". Quindi chiaramente lo "zero otto" è il tasso legale per poter guidare l'automobile senza incorrere in rischi. Questo è frutto di un lavoro di prevenzione fatto precedentemente, rivolto appunto a questo fenomeno delle nuove droghe, di indagine e riduzione del danno nei luoghi del divertimento. Dico questo perché siamo arrivati, dopo aver fatto un'esperienza riferita più all'ecstasy, più l'indagine, questionari nelle scuole rivolti a capire i nuovi stili di abuso, a riscoprire una droga che nuova non è, non è nemmeno vecchia, anzi, è molto antica. Quello che emerge dall'indagine, e non credo soltanto nella nostra realtà, è ad esempio che l'alcool ha assunto una valenza di continuum durante la settimana, che non è la pasticca presa il venerdì sera per ballare secondo i riti, come si è più volte detto oggi, ma anzi è assunta con le stesse finalità, le stesse modalità. Questo non è l'alcool inteso come quello che beviamo andando a cena fuori. Ma è l'alcool inteso come obiettivo dello sballo. Quindi che sia l'alcol o la canna o la pasticca o la coca, poco cambia.
Credo che questa maniera di accostarci al problema sia molto importante vederla non come un aspetto che può essere quello di un consumo di una sostanza; ci è piaciuto creare questa definizione, che non è bellissima da un punto di vista linguistico però forse rende l'idea, il "pacchetto divertimento". Esso comprende l'abuso di sostanze, di alcool, come di alcune ritualità, la musica, il sito, che può essere la discoteca o il rave, ma è la ricerca di uno stacco fra due settimane lavorative o di studio e un momento in cui i ragazzi vogliono vivere di tutto e di più, provare sensazioni forti, come se fossero la felicità, la gioia, il benessere. Quindi abbiamo pensato di rivolgere l'attività di prevenzione infrangendo questo muro fra primaria e secondaria, proprio andando con attività, come dicevano i colleghi della Comunità Nuova, soprattutto animative non educative, nei luoghi di aggregazione, istituzionale e spontanea. Proprio perché i soggetti di questi interventi sono i giovani, non tanto l'oggetto, che può essere l'abuso»

Prof. Renato BRICOLO:- «Una parola di conclusione. Sono stati immessi oggi sul sito che cortesemente D'EGIDIO ci ha messo a disposizione cinquanta realtà che hanno voluto essere segnalate per essere disponibili a entrare in relazione; gli interventi sono stati quasi altrettanti. Quindi un centinaio di situazioni hanno potuto esprimersi in un modo o nell'altro ed entrare in rapporto e in contatto. Abbiamo scelto, in questa giornata, come è stato fatto rilevare, degli approcci abbastanza diversi, anche tra di loro, che però, secondo noi, potevano dare almeno il senso dell'ambito all'interno del quale dovremo muoverci. Da questo punto di vista, crediamo di poter dire che la giornata è riuscita.»

NUOVE ESIGENZE E RETE DEI SERVIZI FRA ASL, ENTI LOCALI E PRIVATO ACCREDITATO

Chairman Don Andrea GALLO:- «Il mio compito è molto semplice. Sono qui per chiedere e rispondere a qualunque domanda, soprattutto tecnica, particolare, per le richieste poi di interventi. Penso che sia innegabile che in questi anni molte cose sono state fatte. Integrando concretamente risorse e conoscenze sia sul piano della prevenzione, del recupero e della riduzione del danno. Tutto questo in un continuo, che penso ci sia stato da sempre, ed aperto confronto e dibattito, consapevoli delle frequenti modifiche del fenomeno delle dipendenze, delle evoluzioni di ogni SERT e delle devoluzioni che ogni associazione ha sviluppato al proprio interno. Penso che bisogna partire dal lavoro fatto, cioè un lavoro comune. Mi sembra che partiamo non con nulla in mano. Un lavoro che costituisce il miglior tessuto, tecnico, professionale e valoriale per affrontare le sfide che via via si presentano nell'opera di prevenzione, di inclusione e di accoglienza proprio dei ragazzi, dei giovani, delle ragazze, dei tossicodipendenti. Faccio un in bocca al lupo a tutti i presenti. Sarà un po' dura. Do subito la parola al nostro relatore che è il dottor Mario PETRELLA, coordinatore di sessione della consulta stessa.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Penso che riuscirò ad essere abbastanza breve, perché faccio riferimento per tutti al documento della consulta in cui c'è una parte specifica intitolata "La rete integrata dei servizi". E che quindi ha a che fare con gli argomenti della nostra sessione in termini di preparazione. Per cui la mia scelta è quella di dare semplicemente una cornice, tenendo presente che poi ci sono tutta una serie di interventi già previsti, di persone con le quali ho avuto la funzione anche di concordare degli interventi e quindi parte dei titoli che darò saranno approfonditi dalle altre persone. Per cui, caso mai, mi riserverò in qualche altro momento di puntualizzare velocemente alcune cose. Dai titoli della nostra sessione, come avete ben visto i soggetti sono tre; Don GALLO ricordava che c'è un bagaglio, una ricchezza già di partenza, cioè le discussioni che si facevano negli anni precedenti, sto parlando dei primi anni '80, tra questi interlocutori, quindi il pubblico, il privato sociale, con tutto ciò che lo caratterizza. E per pubblico intendo sia i servizi sanitari, sia i servizi sociali. Era una confronto, come dire, molto lontano, per certi versi. In questi anni si è fatto un processo, un cammino a cui si riferiva Don GALLO. Ora, a partire dall'ultima conferenza governativa, sono accadute una serie di cose. Forse il compito della nostra sessione potrebbe essere quello di confrontarsi innanzitutto con ciò che è accaduto in termini di modificazione di utenza. E veramente do solamente i titoli. Forse soffermandomi su una delle tre tipologie qualche secondo in più. Da una parte

c'è l'utenza, così la definisco molto velocemente, di lunga durata, cioè l'utenza classica, che consuma essenzialmente eroina. I servizi pubblici e del privato sociale, le comunità innanzitutto, hanno determinato una grossa emersione in questi anni di una grossa parte di questa utenza. Un contatto, quindi, abbastanza continuo con tutto ciò che significa in termini di rischio. Però penso che chiaramente, nei confronti di questa utenza bisogna anche porsi il problema di andare ad individuare una serie di risposte, di possibilità, di percorsi e di speranze per chi abbia la volontà, la voglia, l'intenzione, la motivazione di andare ancora più in là nel proprio percorso. Anche per confrontarsi in positivo in termini dinamici col discorso che qualcuno chiama di cronicizzazione, qualcun altro può chiamare di dipendenza dai servizi, per dare delle speranze di ulteriore evoluzione nel proprio percorso.

Una seconda tipologia di utenza è quella di cui forse ancora poco si parla e che io identifico con la nuova povertà. Nelle medie e grandi città, ma non solo, all'interno di una singola persona vi sono più sintomi, più problematiche che si confrontano. Senza fissa dimora e immigrata. Senza fissa dimora e tossicodipendente. Tossicodipendenza, prostituzione e problemi di disagio psicologico. Chiaramente come conseguenze a tutta una serie di situazioni. Ecco, su questo richiamerei un po' di più la vostra attenzione, perché probabilmente questo tipo di persone ha dei bisogni molteplici che forse non possono avere una risposta classica, anche quando il sintomo è presente. Il sintomo è una problematica della tossicodipendenza, ma hanno bisogno di più risposte integrate e di una rete tra di loro. E su questo mi soffermerò un attimo quando poi parleremo di modelli di servizio. La terza tipologia di utenza è quella dei nuovi consumatori, che invece è l'altra faccia della medaglia che rimanda a circuiti di ipernormalità, dove chiaramente nell'iper c'è quello che di positivo e di problematico fa parte del vivere moderno. Ecco questi più o meno, in un modo proprio molto riduttivo, ma, ripeto, solamente per dare una cornice, come nella riduttività di ogni schematizzazione, che non ha a che fare assolutamente con classificazioni o etichette, anche perché poi sappiamo benissimo che questi tre bacini di persone si intersecano, certe volte, tra di loro. Non sono fissi.

Che cosa è accaduto ancora in questi anni? Ci sono stati una serie di atti da parte del governo con cui noi ci dobbiamo confrontare chiaramente. Degli atti specifici in termini di innovazione legislativa e degli atti più generali. Gli atti specifici in termini di legislazione che ricorderò proprio solamente per titoli, e se ne è discusso anche nella giornata di ieri, sono stati abbondantemente ricordati, però forse quelli che più ci riguardano sono l'intesta Stato - Regioni sull'accreditamento nei confronti del privato sociale, dove pongo questo interrogativo: accreditamento sì, ma ricordo accreditamento del pubblico, non solamente del privato sociale, in termini di pari dignità, nell'interesse della qualità delle risposte e della rete che si deve andare a determinare. Un altro atto importante, forse non sempre tanto discusso o tanto realizzato soprattutto, è quello che riguarda il nuovo assetto dei servizi. Perché questo documento, che già ha qualche anno, oltre che a ricordare un poco, seppure chiaramente per sommi titoli, le problematiche a cui non sono state date sempre delle risposte dai servizi e a cui bisognava darle in un modo più organico, quindi dalla problematica dell'alcool a quella dei nuovi consumi, però offre un contenitore, un modello che può determinare una possibilità di messa in rete più sinergica delle varie offerte e cioè dei dipartimenti, funzionali o strutturali. Un altro elemento importante è quello dei comitati di partecipazione. Quindi comitati di partecipazione, con la possibilità di diversi soggetti di stare insieme dal momento in cui si progetta e si pensa, a quello in cui si valuta.

Un terzo elemento importante è quello che ha a che fare con l'atto legislativo che riguarda i finanziamenti e la regionalizzazione degli stessi. Perché l'ho messo a questo punto? Perché chiaramente questo atto è oltretutto coerente con il discorso del federalismo, del ruolo degli enti locali, delle Regioni soprattutto e anche dei Comuni. Però, sempre per titoli, ricordavo che queste innovazioni legislative specifiche nel settore della tossicodipendenza vanno probabilmente confrontate con due leggi più generali. E sono la legge

229, e soprattutto la parte della legge 229 che recepisce delle indicazioni del piano sanitario nazionale e che ha che fare con l'integrazione socio - sanitaria. Quindi rete, integrazione socio - sanitaria. Così come la legge recente, che penso che più o meno abbia un mese di vita, di riforma dell'assistenza. E specificamente in quella parte che è la corrispondenza dell'integrazione socio - sanitaria e poi in tutta l'impostazione della legge che ha a che fare con le politiche di inclusione sociale o se si preferisce chiamarle di protezione sociale attiva. Perché dico questo? Perché, per esempio, mi riferivo, nella tipologia di utenza, alle nuove povertà: è chiaro nel momento in cui noi ci confrontiamo con più problematiche contemporaneamente, che c'è l'esigenza, sia all'interno di quel sistema, sia tra i vari sistemi, di avere una correlazione tra di loro più grossa, ma non per uno specifico problema, ma su più specifici problemi. Così come all'interno del singolo sistema, deve avvenire anche tra sistemi. Per esempio all'interno delle aziende sanitarie locali, è stato ricordato ieri come in questi anni c'era la problematica della comorbilità. Soprattutto per quanto riguarda il disagio psicologico. E si metteva in correlazione questo disagio psicologico con due possibili percorsi. Quello di una vulnerabilità da parte di una persona già prima che incontrasse l'esperienza dura della tossicodipendenza, ma non sto parlando di vulnerabilità di nascita, genetica, che non far parte del mio costume e della mia cultura e del mio percorso, ma per quella che è la storia di vita del soggetto dal momento della nascita. E invece una vulnerabilità aggiuntiva nel momento in cui una persona, per molti anni, ha avuto l'esperienza più dura della dipendenza. E' chiaro quindi che ciò ha a che fare con la prima tipologia di utenza e che rimanda, per certi versi, a un rapporto più integrato tra vari servizi e tra varie competenze all'interno dell'azienda sanitaria locale. Però in altri tipi di discorsi, ricordati anche ieri, sempre nei confronti di questa prima tipologia di utenza, cioè quella di lunga dipendenza, quella soprattutto dei dipendenti da eroina, è stato detto come oggi c'è un problema centrale molto grosso, quello dei figli di queste persone. E quindi di politiche, di accoglienze più complessive, di una diversificazione. Per cui il soggetto è un soggetto più collettivo certe volte. È una famiglia, è un nucleo fatto di più persone. E arrivo alla conclusione, partendo dalla tipologia, partendo dalle innovazioni specifiche generali sulle tossicodipendenze, con i modelli delle risposte che noi andiamo ad attuare. Quando si parlava di nuove, anche di esigenze altre, su cui attrezzare delle risposte per la prima tipologia, quella dei dipendenti da eroina di lunga durata, quando si parlava di esigenza di confrontarsi con le nuove povertà, così come con i nuovi consumi e quindi con i territori dell'ipernormalità, c'è una problematica che io vi rimando, cioè quella dei modelli delle risposte. Quali sono i modelli possibili di risposte a rete che devono essere attivati? Forse dovrebbero avere alcune caratteristiche. Per esempio non essere più modelli verso i quali va l'utenza, ma risposte che vanno verso l'utenza. O in un modo dinamico proprio, attivo, motorio, e quindi le unità mobili, e per unità mobili non mi riferisco solamente alla riduzione del danno, ma unità mobili, per esempio, anche nei confronti dei nuovi consumi. Oppure abbassando le soglie. Discorso che è iniziato da alcuni anni. Anche questo è un dinamismo. Ma rimanda anche e soprattutto alle metodologie, a quali sono i contenitori, perché ci sia questa interazione in un modo sistematico. E ritorno a quello che avevo detto inizialmente. La responsabilità oggi degli operatori e di chi di vive a stretto contatto è ancora più grossa. Perché in una logica di organizzazione federale dello stato e di regionalizzazione c'è da una parte la possibilità che le risposte siano più vicine, i modelli siano pensati in un modo più vicino rispetto a dove si vivono le problematicità e a dove si dovrebbero rilevare i bisogni delle persone. Dall'altra parte c'è il rischio di una eterogeneità eccessiva a livello nazionale. Da un altro lato richiama a un impegno, e finisco con quanto aveva detto inizialmente Don GALLO, nel senso che noi abbiamo sicuramente accumulato un patrimonio di sinergie, di integrazione, che forse è ancora poco rispetto a queste nuove esigenze, che richiedono da parte nostra uno sforzo ancora più grosso in termini di creatività, di faticoso e lento pensiero rispetto all'andare a individuare quali sono le modalità che in questi anni ci portano a confrontarci in

una logica di modificazione dei bisogni e delle domande delle persone che hanno queste problematiche e di modificazione legislativa e dell'organizzazione dello Stato, in un modo, attento, continuo, complesso e dinamico.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Sono state messe le basi, una partenza di questo dibattito di oggi, di questa partecipazione. Mi sembra che qui siamo su due binari: il dottor PETRELLA ci ha dato questa indicazione per quello che riguarda proprio le indicazioni legislative politiche, locali. Forse noi le approfondiamo poco a volte, mentre a volte certe leggi ci darebbero un quadro più completo. E soprattutto mi sembra che cominci ad emergere quello che a mio avviso chiamerei proprio il punto di forza, i modelli di servizio integrato. Per le nuove sfide, per il nuovo fenomeno, per le nuove evenienze. Darei subito la parola al dottor Augusto CONSOLI, responsabile del SERT dell'Asl 4 di Torino: mi sembra che il titolo della sua relazione sia: "Aspetti sociali, cultura professionale, dinamiche di mercato nella costruzione delle politiche di integrazione dei servizi".»

Dott. Augusto CONSOLI:- «Certamente rispetto ai molti interventi e alla complessità del tema c'è il rischio di un disallineamento rispetto ai contenuti. Cercherò di essere sintetico con il rischio di impoverire i passaggi che pensavo di fare.
Il punto di vista che vorrei proporvi, per dare il mio contributo a questo aspetto dell'integrazione tra attori diversi, è non tanto di una modellistica relativa ai possibili tipi di rapporto, quanto ad alcuni nodi che in qualche modo stanno un po' a monte della difficoltà ma anche della ricchezza, della possibilità di integrarsi e di collaborare nella costruzione di progetti. Vorrei accennarvi ad alcuni problemi di ordine sociale, nel senso di pensare a questi soggetti, quindi ai vari servizi, ma anche alla cittadinanza come soggetti sociali, portatori di potenzialità, ma anche di preoccupazioni, e anche a quanto le dinamiche di un mercato che di fatto esiste, che è in qualche modo influenzabile da quadri normativi, dal potere centrale o dal potere di norma e di legge dell'ente locale, e a quanto molti di noi, come professionisti, come operatori che hanno sviluppato competenze sul campo, possono influenzare questi processi che possiamo avere. Rispetto ai contenuti, agli elementi sociali mi sembra che una cosa sia da tenere in conto ed è un filone presente in moltissime organizzazioni che per certi aspetti sembra essere ormai assorbito tacitamente, che è quello della ragione strumentale dell'economia. Tutti i servizi, pubblici e privati, pare abbiano assunto come dato ormai interiorizzato che debbono fare economia, ottenere il massimo dell'efficienza; c'è una ingegnerizzazione dei processi di produzione dei servizi ottimale e questo aspetto è quello che pian piano rende tutte le organizzazioni molti simili fra di loro, al di là che siano pubbliche o private, che siano aziende di prodotti materiali o aziende di prodotti immateriali. Nelle Asl si parla di budget, di controllare la spesa. Ma anche negli enti ausiliari, anche in altri servizi, negli enti locali, come se questo fosse l'elemento dominante. E il problema di questo elemento culturale è che è quasi assolutamente interiorizzato dalle strutture organizzative e dalle persone. Non so che confronto fare. Come quando le organizzazioni si basano sui programmi di software che sono presenti oggi sul mercato. Spesso il modellamento delle organizzazioni oggi è fatto, per esempio sull'office automation, sulla base dei software. Nelle banche spesso si organizza il lavoro, perché vengono elaborati dei potenti software che prevedono un certo tipo di processo. Questo aspetto da un lato certamente può essere protettivo dal punto di vista sociale, perché diciamo che questo filone che è quello dell'efficientismo, quello della ragione ingegneristica della costruzione delle organizzazioni, ma in realtà ha anche un'istanza etica, e un po' paternalista, quella della protezione di tutti i cittadini, la protezione civile. Se le banche lavorano bene tutti hanno benessere. Però capite quanto questo in qualche modo rimandi a una dimensione paternalistica, che può estremizzarsi anche in un'omologazione e in una difficoltà di riscontrare le differenze che possono essere presenti in termini sia di cultura che di identità. Certamente il punto non è tanto di eludere questo sistema di burocrazia amministrativa.

Come vedremo non si può eludere il mercato. Si tratta di vedere, da un punto di vista dei mandati che ogni organizzazione ha e delle culture professionali dei singoli operatori, che margine e che spazio c'è per utilizzare questi aspetti di burocrazia amministrativa in termini di protezione e di strumento e non di cultura dominante anche in qualche modo valoriale, per cui il valore è stare nel budget e non è nel produrre contenuti, prodotti fruibili in termini di aiuto alle persone, di riduzione della marginalità sociale, parlando proprio dei nostri servizi.
Un secondo elemento che mi sembra possa aiutarci a capire le difficoltà, e vedremo come questi elementi ricadono in termini di aiuto o di difficoltà all'integrazione, è quello di una certa frammentazione sociale, cioè del fatto che in qualche modo sia difficile pensare a una dimensione di costruzione di progetti che abbiano un senso per la collettività, una visibilità, mentre spesso si può osservare come ci sia una costruzione di prestazioni. E allora un SERT fa certe cose, offre certe prestazioni, la comunità offre certe prestazioni, l'ente locale offre certe prestazioni. Una somma di prestazioni che in qualche modo non costituiscono in termini di appartenenza, di visibilità, di costruzione fatta insieme, un prodotto. I sociologi, negli ultimi anni, ci hanno insegnato delle buono cose su che cos'è un prodotto immateriale. Noi possiamo percepire un prodotto immateriale come appartenente alla nostra storia, come fruibile e come generatore di senso, che è di senso sociale, costruttore di legame quando, nella preparazione di questo servizio, il cliente non è più solo un cliente. Il cliente partecipa alla costruzione di senso di questo servizio e questo servizio, passo passo, diventa quindi un servizio condiviso, compreso, fruibile, utilizzato e, come valore aggiunto, diventa un costruttore di legame, di cultura che si oppone alla frammentazione sociale. Questi aspetti della frammentazione sociale sono anche molto connessi a un altro problema che è quello di un'idea che esiste in molte organizzazioni, che esse si costruiscano di per sé stesse, in modo un po' magico. C'è una legge che istituisce, non so, il servizio per le tossicodipendenze piuttosto che un settore dell'ente locale, piuttosto che una fondazione di un ente ausiliario, che nasce intorno a un'esigenza di identità, di servizio. E spesso questa ricerca di identità è un elemento presente in tutti i tipi di organizzazione, diventa spesso autoreferente. Quindi spesso buona parte dell'attività, anche rivolta all'esterno, alla dimensione sociale del territorio, è fortemente orientata a mantenere un'identità di questa struttura, di questa organizzazione. Questo problema di un'individualità degli enti finisce con l'essere interessante nel senso di riportare al mandato principale, per cui un ente si interroga, spesso, in questo modo su chi è. Posso fare questa cosa con quell'altro, in questo modo, perché sono un ente che deve fare questo? Posso, devo fare questo intervento? Sì, perché ho un mandato sociale o legislativo. Quindi, da un lato, l'individualità degli enti aiuta a delle funzioni di integrazione, ma nello stesso tempo ovviamente crea delle difficoltà di collegamento, perché tutte le volte che ci si avvicina alla costruzione insieme di un progetto può essere messa in pericolo questa identità, quando è troppo marcata, quando è troppo autoreferenziale. In questo senso allora vediamo che tipo di ricaduta questi elementi possono avere sugli aspetti di integrazione. Certamente se parliamo di integrazione possiamo partire dal dato che ci sono delle esigenze precise, il dottor PETRELLA lo ricordava prima. Diceva: ma ci sono delle tipologie di utenza, ci sono dei bisogni. Ed è un dato di realtà ineludibile. Però in qualche modo quando pensiamo che il SERT deve integrarsi nel territorio, ci sembra un roba da poco, ma in realtà rimanda ad un problema esattamente opposto. Perché il SERT non è integrato nel territorio? E' una domanda non da poco, perché vuol dire che dentro c'è forse un non detto, un qualcosa di non articolato sui problemi, in termini non solo di collegamento produttivo, ma di che immagine abbiamo del contesto sociale del territorio. In linea di massima non ci poniamo il problema di dire: ma il panettiere deve integrarsi nel territorio. Non ci fa specie. Diciamo solo: vende poco, vende molto. Allora dietro c'è un problema su qual è l'immagine precedente o preesistente sul contesto territoriale e su quale dovrebbe essere l'immagine. Questa articolazione quindi sta non soltanto sul piano di cosa si deve produrre, ma sul piano di quali

immagini sociali abbiamo e di come questi problemi di frammentazione sociale, di prevalenza di burocrazia amministrativa e di individualità e di individualismo delle organizzazioni giocano a ricostruire un'immagine di integrazione. In questo senso una forte spinta la dà proprio il mercato, perché mentre noi riflettiamo sulle dinamiche, sui problemi di integrazione, il mercato è vivo, il mercato è quello in cui in qualche modo si compra, si vende, si producono servizi. E le configurazioni che questo mercato può avere sono diverse. È chiaro che il mercato non è mai vero, quando parliamo del mercato dei servizi. Nel senso che i mercati sono sempre fortemente influenzati proprio dal sistema amministrativo burocratico, o dai trust, dalle alleanze. Poi ci sono anche le leggi antitrust contro le alleanze sleali. C'è una dimensione di mercato che può avere una sua vitalità, è quella del mercato totale, in cui, per esempio, il fruitore del servizio può scegliere da solo qualsiasi servizio. Questa è una cosa che nel nostro settore non funziona, ma comincia a succedere in certi settori della sanità. Pensate che fino a un po' di tempo fa, fino a qualche anno fa, la funzione di diagnosi e orientamento era ascritta in modo forte alla sanità, per cui uno se doveva andare in una casa di cura per fare un intervento di appendicite, il medico di base doveva scrivere: hai bisogno dell'appendicite. Oggi questa cosa è un po' diversa, per cui uno si può rivolgere direttamente alla casa di cura e fare questo intervento. E' una situazione di mercato quasi reale quella in cui l'utilizzatore può decidere: compro questo disco in questo negozio, in quest'altro, eccetera. Su altri aspetti più complessi, più delicati, in cui si pensa che il fruitore non può direttamente sapere che cosa è meglio per lui, ci sono delle situazioni di mercato parziale, quello che si dice il mercato segmentato, cioè in cui uno dà delle cose e un altro dà altre cose. Che è un quasi mercato. Oppure ci sono dei mercati complementari in cui uno arriva a dare un certo numero di prestazioni specifiche, che possono integrare le prime che vengono date da un altro soggetto, in modo indifferente. Oppure c'è il mercato residuale, in cui uno fa tutto. Se avanza qualcosa, che sono poi le cose più rognose, più residuali, le fa un altro. Queste dimensioni di mercato rimandano a dei problemi di identità non da poco rispetto ai vari soggetti, perché rinviano a delle funzioni complesse che si sovrappongono. Se in una situazione di verifica, di determinazione di certe regole di mercato, chi le determina è anche chi offre il servizio, una parte dei servizi, questo crea delle contraddizioni molto grosse. Nel senso che, se un venditore di dischi, a un certo punto, è anche chi ha il potere di controllo sui tipi di negozio che vendono i dischi, qualcuno potrebbe dire: ma qui o vendi i dischi o ti occupi del controllo di qualità dei dischi. Questi aspetti di gestione della situazione, di disegno del quadro di mercato e di essere allo stesso tempo fornitore delle prestazioni, sono stati affrontati in diverse sedi, anche normative, e credo che ciò debba spingerci a considerare una diversità di queste funzioni in termini di costruzione di un sistema di regolazione, accreditamento, come diceva il dottor PETRELLA, e autorizzazione ai funzionamenti.

Ridefinizione delle funzioni. In questo senso, parlando del nostro settore, c'è tutto il filone dell'applicazione del nuovo atto di intesa, che in molte Regioni è ancora lontano. Ma è lontano per aspetti normativi, perché c'è bisogno di sviluppare un po' gli impedimenti, ma anche le sinergie che ci possono essere tra i diversi servizi e l'ente locale, i servizi sociali e sanitari, il privato sociale. Come e quanto concludere, la cultura professionale può aiutare in questo impasse di un mercato che non è ancora definito, è molto complesso? Le esigenze che venivano espresse nella relazione precedente di dare servizi diversificati e ottimali. Credo che la cultura professionale possa aiutarci su due o tre punti. Un primo punto che ritengo superiore a tutti gli altri è questo: è lo sforzo di riuscire a esplicitare, a definire qual è l'oggetto del nostro lavoro e ad avere delle rappresentazioni condivise di questo oggetto; quindi non tanto le soluzioni o i programmi, che possono essere mille. Ma bisogna riuscire a costruire il problema. Perché i problemi non esistono di per sé stessi. Mentre noi siamo fuori da qui, ci saranno mille problemi o non ci saranno, ma i problemi non esistono di per sé stessi, i problemi si generano intorno a un'articolazione degli eventi, a una lettura degli eventi e a quanto noi facciamo da spec-

chio rispetto a questi eventi; e a quanto noi riusciamo a far circolare queste letture, queste rappresentazioni della realtà. Spesso quando parliamo con persone magari lontane dall'assistenza ai tossicodipendenti ci arrabbiamo quando cerchiamo di spiegare il lavoro che facciamo, ognuno di noi diverso certo, ma con la sensibilità che può legarci. Ci arrabbiamo perché vediamo che l'altro non capisce. Diciamo: ma tu non capisci niente, tu sei così reattivo verso i tossicodipendenti. Io ho il barista sotto casa, che è un ragazzo bravissimo, tutte le volte mi dice: ma io gli sparerei a tutti. Malgrado tenti di modificare questo punto di vista non ci riesco, e bisognerebbe riuscire a spendere del tempo non sulle cose da fare, ma a riunirci con l'ente locale, con gli uffici comunali, con i servizi della sanità, con i servizi sociali, con il privato sociale, per dire: ma di che cosa stiamo parlando? Com'è che problematizziamo questo aspetto in termini di difficoltà dei singoli soggetti che hanno un'esperienza di tossicodipendenza? Il contesto sociale, per esempio, quanto deve sopportare il problema della tossicodipendenza? Qual è il punto di vista del contesto sociale? Allora bisogna avere una rappresentazione condivisa dei problemi e costruire insieme i problemi, non inventarsi i problemi, ma costruire insieme la definizione del problema. Come quando c'è un problema alla scuola media e all'alunno si dice: dato questo problema. Perché in realtà questo è quello che spesso impedisce la costruzione dei progetti di produzione di servizi.

Un secondo aspetto è quello di spingersi in una direzione di costruzione di prodotti e non di prestazioni. Questa è una cosa che è possibile soltanto in una dimensione operativa professionale, perché le linee di indirizzo più generali di gestione delle amministrazioni, come dicevo prima, vanno in una direzione opposta. Quella è la cultura amministrativa della spesa, del budget. La cultura imprenditiva manageriale che dice "tu devi raggiungere quell'obiettivo" è solo formale. Chi lavora nelle organizzazioni più complesse, ed è qui in sala, lo sa bene. Un direttore generale di una Asl viene mantenuto non tanto e non solo perché ha creato un buon ambiente tra i suoi operatori o perché ha salvato tre vite in più nella sua popolazione di duecentomila persone. Quel dato, per di più, non lo sa nessuno. Cioè il dato dell'outcome, dell'esito, manca in quasi tutte le organizzazioni delle Asl italiane. Il direttore viene mantenuto se sta nella spesa, se sta nel budget, se riesce. E credo che in parte questo interessi tutti. Interessi anche il privato sociale, l'ente locale. Allora bisogna tendere a realizzare dei prodotti, come dicevamo prima, che non siano una somma di prestazioni. Ma per fare questo, per interrogare i clienti, il territorio, gli operatori di un altro servizio, se questo non deriva dalla cultura professionale, non può derivare da nessun'altra fonte, né normativa, né progettuale astratta, né amministrativa. Allora è un compito delicato, non da poco, quello che ci tocca. Un ultimo elemento, che attiene a una dimensione culturale, professionale, e anche, se volete, imprenditiva, è la visibilità che questi prodotti possono avere e devono avere. Parlo di una visibilità fatta di informazione, ma non solo, di una visibilità che è costruzione di legami, che è il tentativo di far circolare, di far appropriare le singole persone, ma non soltanto i fruitori, di prodotti costruiti come costruzione di legame, oltre che di servizio. Questo ci può consentire di fare esperienza di una costruzione e non soltanto di un'astratta progettazione, ci può far in qualche modo pensare quanto anche l'identità fortemente presente in ogni azione, le forti preoccupazioni che ognuno di noi ha nel conservare l'identità personale e delle proprie organizzazioni, non viene messa in pericolo nella costruzione di prodotti che abbiano questo tipo di condivisione. Questo è un valore aggiunto non da poco. Parlo di valore aggiunto perché ha quasi lo stesso costo della costruzione del prodotto, ma è un valore aggiunto in termini di costruzione di senso, che è poi quello che, certe volte anche in modo un po' angosciante, cerchiamo quando parliamo di integrazione. Credo che una forte domanda sottesa all'integrazione tra i vari servizi non sia tanto e solo quella di produrre in modo più economico. Noi diciamo prevalentemente questo. Ma credo che la domanda sia legata a dei registri più interni di constatazione, di ansia per la difficoltà di ricostruire un legame sociale che abbia un significato per tutti noi, oltre che per le persone a cui ci rivolgiamo.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Diamo la parola al direttore del Dipartimento Prevenzione del Ministero della Sanità, dottor Fabrizio OLEARI.»

Dott. Fabrizio OLEARI:- «Faccio una premessa a questa breve disamina dello scenario normativo alla base dei problemi dell'integrazione che sono stati appena accennati. Nel nostro paese, e in tutti i paesi europei, la salute è considerata un bene pubblico, public goods, e, in quanto evidentemente bene pubblico, la nostra normativa dice che devono essere garantiti dei livelli essenziali uniformi e appropriati di assistenza. Così li definisce lo Stato. Dopo di che le Regioni hanno una serie di altri compiti che analizzeremo brevemente. Un'altra definizione. Abbiamo parlato e si parla sempre molto di rete dei servizi. Che cosa significa rete dei servizi? E se facessi un'altra domanda e se chiedessi la definizione di territorio, uno dei termini più usati, ma relativamente usati in diverse accezioni anche a livello normativo, che cosa intendiamo noi per territorio? Innanzitutto rete vuol dire che, al principio gerarchico di porsi uno rispetto all'altro dei servizi, si sostituisca un principio di selettività. Questo lo diceva riguardo alle reti economiche un insigne economista americano, Paul KRUGMAN. Questa selettività è funzionale non al fatto di produrre la singola prestazione, ma un pacchetto di prestazioni. Che è esattamente quello che ci proponiamo di produrre quando facciamo un progetto personalizzato sul paziente e quando in questo sono necessarie le prestazioni di diverse strutture operative. In questo senso noi diamo una definizione tecnica, alla luce dello scenario normativo, che ci pare coerente anche con i principi della gestione economica del servizio.
Riguardo allo scenario delle normative sulle tossicodipendenze, vedete che la prima normativa, istituzione CMAS, risale al 1975, ben prima che venisse data una configurazione organizzativa evidente ai SERT, il cui finanziamento avviene de facto, nella prima fase, sui finanziamenti nazionali. Nel '78, per quel che riguarda lo scenario nazionale, abbiamo la 883, che per prima unifica l'attività delle diverse strutture in una sola organizzazione, che è l'unità socio - sanitaria locale, o unità sanitaria locale. E dobbiamo arrivare fino al 1992 per avere il processo di aziendalizzazione che va di pari passo con l'enunciazione di quelli che allora si chiamavano livelli uniformi di assistenza. Voi sapete che nell'ultimo piano sanitario nazionale questi vengono chiamati livelli essenziali, uniformi e appropriati di assistenza. Col decreto legislativo 229 viene rivisto il decreto legislativo 502, anche alla luce di quello che era stato indicato nel piano; in questi giorni ho sentito parlare molto poco di distretto e una delle novità del 229 è che il distretto non è più soltanto e unicamente un'area di produzione di servizi, assimilata in questo senso all'ospedale a contabilità separata nella gestione del bilancio dell'azienda Usl piuttosto che all'azienda ospedaliera. Il distretto, proprio perché c'è il comitato dei sindaci, proprio perché ci sono coinvolti i Comuni, proprio perché bisogna fare il piano territoriale della salute, o piano attuativo locale, chiamatelo come volete, è quel territorio in cui si stabilisce una rete di servizi, che per l'assistenza primaria saranno rivolti alla popolazione del distretto; ma se parliamo di neurochirurgia dovranno acquisire servizi anche al di fuori del distretto. Di qui la necessità di individuare delle funzioni di rete distrettuale, delle funzioni di rete che vanno al di là del distretto. Ovviamente, tutto questo coesiste con un finanziamento del servizio sanitario nazionale, ovvero del fondo sanitario nazionale, che avviene a quota capitaria. Ponderata per che cosa? Per la mortalità, che fra l'altro è ben correlata alle caratteristiche socio - economiche della popolazione e sulla base della spesa storica, il che è correlato con l'utilizzazione dei servizi e quindi trova l'accordo delle Regioni. Cosa succede a questa quota finanziaria definita a livello nazionale? La quota finanziaria passa, viene riunificata nei fondi sanitari regionali, ciascuna Regione rifà i suoi calcoli, tendenzialmente sulla base di questi principi che vi ho appena accennato, dopo di che distribuisce alle aziende una quota capitaria per le aziende. Le aziende sono libere di allocare, in rapporto al piano presentato alla Regione, questa come vogliono. Che cosa vuol dire? Vuole dire che la facoltà allocativa, quella che consente di scegliere di fare un investimento piuttosto che un altro, è colloca-

ta a livello, prima, de facto, delle Regioni, con i piani annuali e pluriennali, e, soprattutto, a livello dell'azienda. Nell'azienda, occorre distinguere le strutture operative da quelle che non lo sono. E la direzione generale non è una struttura operativa. Il dipartimento di prevenzione, il SERT o le strutture operative, che, dopo la 229, si collocano nell'area del distretto per erogare assistenza primaria, hanno un proprio budget. In questo caso sono strutture operative. Occorre quindi che noi conciliamo tendenza generalista e autonomista, che è quella che vediamo nelle legislazioni principali di settore. C'è la legge 59 e soprattutto la 112 del '98, sulla base della quale vengono ridefiniti i compiti dello Stato e delle Regioni. Allo Stato, fra gli altri, resta il compito di definire indirizzi per l'accreditamento e indirizzi per i requisiti minimi, che è la cosa che ci interessa maggiormente in questo caso. A seguito di questo, e alla luce del sistema integrato dei servizi, poi abbiamo che cosa? La 328 e la 45, che conoscete meglio di me, le quali non fanno altro che riprendere queste indicazioni che vengono dalle leggi che hanno prodotto la cosiddetta deconcentrazione, la devolution finale delle decisioni allocative a livello delle Regioni. Naturalmente uno dei principi della gestione del territorio, se lo consideriamo funzionale a una rete di servizi, è contenuto, per esempio, nel decreto legislativo 229. Che cosa abbiamo infatti? Abbiamo il principio dell'autorizzazione. Voi sapete che all'autorizzazione contribuiscono i sindaci e la Regione, nell'ambito delle sue competenze. Questa è in qualche modo strettamente legata al fabbisogno. Il fatto che si parli di rete è evidente quando il 229 si riferisce, per esempio all'accessibilità ai servizi e alla localizzazione dei presidi. Stiamo parlando sempre dello stesso articolo.

La seconda fase importantissima prevista, che significa collocare sul versante dei fornitori, cioè dei produttori, determinate strutture operative, compresi i dipartimenti, se sono strutturati, o le strutture operative che compongono funzionalmente il dipartimento, è il principio dell'accreditamento istituzionale. C'è un problema essenziale che dovete tener presente e che è quello affermato dall'articolo 8 quater del decreto legislativo 229 sul principio della remunerazione prospettica. Non esiste budget se non esiste remunerazione prospettica. Non esiste budget se non esiste una previsione di produzione di prestazioni. Non esiste budget delle strutture socio - sanitarie, siccome nessuna struttura è in grado di erogare da sola tutte le prestazioni che servono al progetto centrato sul paziente, se non c'è a monte un budget che riguardi il processo e non la singola struttura operativa. Non ha senso cioè che un SERT o un ospedale o una qualunque altra struttura operativa faccia quadrare i conti, per così dire, se la sua produzione non è congrua alla produzione delle altre strutture, ai fini di realizzare obiettivi di salute derivanti dal singolo progetto sul paziente. E quindi c'è il concetto di pacchetto di prestazioni. Occorre che abbiamo la forza, alla fine, di uscire dalla logica delle strutture operative che ragionano solo in funzione del loro budget. Occorre che definiamo quali sono i pacchetti di prestazioni che servono ai diversi target dell'utenza. Che fra l'altro il decreto legislativo 229, all'articolo 3 septies definisce in maniera molto puntuale. Voi sapete che l'area della tossicodipendenza è proprio collocata nell'area delle prestazioni a elevata intensità sanitaria, nell'ambito dell'integrazione socio - sanitaria, e che quindi i suoi finanziamenti, lo dice la legge, derivano dal fondo sanitario. E quindi dal fondo sanitario regionale. Il distretto è un territorio privilegiato per quello che riguarda l'integrazione socio - sanitaria, la legge socio - sanitaria. Le leggi, come quelle che avete visto nella terza colonna della prima diapositiva che, alla fine sortiscono la deconcentrazione, il decentramento, la devoluzione, sono fortemente connesse, cioè devono funzionare perché possano essere garantiti livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Per quel che riguarda il SERT e l'area delle prestazioni a elevata integrazione sanitaria, l'articolo 3 septies e 3 opties, quello che riguarda l'area delle professioni socio - sanitarie, sono abbastanza chiari nel connotare quest'area: la collocano specificamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Sto parlando di SERT, non della rete. Pongono l'accento sulla formazione e professionalità degli operatori, riconoscono che questi SERT si collocano nell'area ad alta intensità di integrazione, una predominanza delle attività

sanitarie. Infatti le aree di prestazioni che il comma 4 del 3 septies riconoscono essere ad alta intensità sanitaria, sono proprio quelle che voi vedete. L'area materno - infantile, ricordo il progetto "Obiettivo materno infantile", l'area anziani, ricordo il progetto "Obiettivo anziani", le patologie psichiatriche, ricordo il progetto "Obiettivo tutela salute mentale", le cose che sono state fatte dal ministero. Ricordo tutti gli atti che hanno a che fare con le dipendenze, il progetto "Obiettivo HIV" e le patologie, dice il comma 4, anche cronico - degenerative in fase terminale. Chiaramente questa è puramente indicativa, nel senso che tutto questo ci rimanda a una serie di possibili strutture operative, del pubblico e del privato accreditato. Le quali tutte devono far convergere la loro azione a realizzare quello che qui si è detto in più momenti. Il progetto personalizzato sul paziente. E qui vedete una serie di tipologie di servizi che rientrano nell'area ad alta integrazione sanitaria, che tuttavia, consentitemi di dirlo, isolati e se interpretati solo attraverso le prestazioni che ciascuno di essi dà, non servono per capire di che natura sia la rete; cosa contraddistingue, in particolare, un territorio da un altro territorio. Chiaramente sapete che con l'accordo Stato -Regioni del 19 gennaio '99 è stato varato il dipartimento tossicodipendenze, si è sottolineato anche il problema dell'integrazione pubblico - privato. Il dipartimento non significa semplicemente mettere un nome diverso su una cosa che già esiste. No, perché altrimenti di nomi ne sono già stati cambiati alcuni, non si vede perché debbano continuare ad essere cambiati. Quella che importa è la sostanza. Il dipartimento implica di per sé la presa in carico da parte dell'azienda che deve istituire, alla luce delle indicazioni regionali, le proprie strutture operative, le cosiddette economie di scala. E quindi se pensate che già la legge 595 del 1985 parlava di area funzionale omogenea per gli ospedali e che ancora oggi, pur essendo stato di nuovo asserito dal decreto legislativo 502, spesso negli ospedali il dipartimento c'è più di nome che di fatto, capite quanto lavoro ci manca per realizzare il dipartimento delle tossicodipendenze. Il che significa mettere insieme non solo tutte le risorse, e per risorse non intendo soltanto quelle economiche, all'interno di un determinato contesto organizzativo, ma significa soprattutto porsi il problema di come relazionarsi coi pazienti per cercare di realizzare i progetti personalizzati e poi di tradurli in qualcosa che dia un'idea all'azienda di cosa economicamente occorre, uscendo dalla logica, secondo me errata e comunque non più applicabile dopo le leggi di decentramento amministrativo, di fissare dei tetti finanziari. Voi sapete che le aziende non vanno più al bilancio finanziario, ma vanno ormai a contabilità economico - patrimoniale. Quindi il dipartimento tossicodipendenze questo problema se lo deve porre. Sapete anche che con l'atto di intesa del 5 agosto sono stati individuate, per quel che riguarda i servizi privati, cinque tipologie. Si tratta semplicemente di indirizzi che si danno. Per consentire che, muovendosi all'interno di questi indirizzi, si riesca in effetti a costruire in sede locale una rete di servizi, che comprendano gli uni e gli altri in diversa misura e in rapporto a quello che diremo dopo, si faccia il progetto personalizzato. L'atto di indirizzo che dovrebbe uscire a seguito dell'articolo 3 septies, parla di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale che evidentemente sono a carico del fondo sanitario, poi di prestazioni sociali a rilevanza sanitaria che evidentemente sono a carico dei Comuni, quindi si pone immediatamente un secondo problema. Nella gestione del territorio, ma questo lo diceva già il 229, se ci occupiamo di queste aree di integrazione, è praticamente impossibile fare a meno dell'integrazione dell'attività dei servizi comunali con i servizi delle Asl. Siamo d'accordo? Quindi entra di forza un altro attore nel contesto. Infine le prestazioni socio - sanitarie ad elevata intensità, che, come dice la legge, giacciono tutte nel finanziamento del fondo sanitario regionale. Quindi se c'è un assistente sociale al SERT, lo stipendio glielo paga l'azienda e non glielo paga, evidentemente, il Comune.

Non è ancora uscito l'atto di indirizzo e coordinamento, tanto per intenderci, è in corso di ampia discussione con le Regioni. Però quali sono alcuni dei fattori che secondo noi devono stare alla base dell'accordo, dell'atto? Innanzitutto la natura del bisogno; abbiamo distinto quattro aree funzionali, che poi vedremo, e la complessità e l'intensità del-

l'intervento assistenziale e la sua durata. Questi parametri sono relativamente pochi, ma interconnettendoli, facendo insomma tutte le varie combinazioni, è possibile creare il progetto personalizzato. Perché innanzitutto si va dalle funzioni psicofisiche, relativamente alle quattro funzioni che ho accennato prima, ai fattori di contesto ambientale -familiare. Vedete che la componente sanitaria va diminuendo, proporzionalmente, dalla prima all'ultima area di funzioni. E poi si distingue, per quanto riguarda la durata, la fase intensiva dalla fase estensiva, dalla fase di lungo assistenza, dove evidentemente, nel progetto assistenziale, sarò vario e diverso l'apporto delle diverse strutture operative accreditate con le quali evidentemente si istituisce de facto un accordo di fornitura fra l'azienda e le stesse. E naturalmente la complessità deriva dalla composizione in fattori produttivi, e quindi dal mix di prestazioni richieste e dal relativo costo. Quando parliamo di mix di prestazioni non diciamo che il costo totale è uguale alla somma dei costi delle singole prestazioni. Diciamo che il costo del mix di prestazioni è diverso se queste sono un pacchetto, dal fatto che siano singole prestazioni. Perché c'è un costo marginale, che è il costo dell'ennesima unità prodotta, che influisce o il costo dell'elemento essenziale della materia prima all'interno del pacchetto di prestazioni, che influisce su tutto il costo del pacchetto. Ecco perché bisogna fare il budget per questo e non per altro. Il tutto per sortire il progetto personalizzato.

Chiaramente andiamo verso una realtà che dal 2001 dovrebbe sortire la rimozione del vincolo sul fondo sanitario regionale. Le regioni hanno un contenitore, dove ci sono tutti i fondi. Devono allocarli e ciò significa decidere autonomamente su quali attività andare ad investire. Attenendosi evidentemente a degli indirizzi che derivano dalla legge, dalla normativa primaria e dalla normativa secondaria. Fra la normativa secondaria ci infiliamo dentro anche quelle cose che abbiamo citato nel corso di questa brevissima e sinteticissima disamina, fino agli atti di intesa e alle indicazioni. E poi ci sarà alla fine una completa autonomia dell'allocazione delle risorse dal 2004.

Non vado a fare discorsi complessi sul documento di programmazione economico - finanziaria. Ma questa sicuramente sarà una enorme novità perché implica l'aver creato, l'aver individuato, ricordate l'autorizzazione e l'accreditamento, tutti i fornitori necessari per realizzare il pacchetto di servizi considerato e aver allocato le quote finanziarie corrispondenti. E da parte dei cosiddetti "produttori", sapete che il 229 ha un po' superato il concetto thatcheriano della divisione fra produttori, o providers par chasers, e gli acquirenti di servizi sanitari, e le strutture operative, e quindi le aziende, per poterlo negoziare con la regione, dovranno fare una previsione di produzione sulla base di progetti personalizzati. Se questo non succede, l'integrazione socio - sanitaria non si verifica da sola, soltanto perché gli operatori si incontrano una volta al mese o una volta alla settimana o tre volte al giorno prima dei pasti. Non si realizza l'integrazione in quel modo lì. Non si realizza quell'integrazione che è richiesta dalla norma e che è alla base di una precisa policy. Questo investe evidentemente tutti i responsabili di struttura operativa. In primis il dipartimento delle tossicodipendenze e le comunità terapeutiche. Ma anche gli altri servizi. Non abbiamo parlato per esempio di alcolismo o di altre dipendenze. È evidente che gli altri servizi dell'azienda USL non sono tagliati fuori dal discorso. Per esempio altri servizi che producono prestazioni di un certo tipo, vi basti pensare agli screening, anche se non c'entrano niente con la tossicodipendenza, ma c'entrano anche quelli, che vengono fatti magari in collaborazione con l'ospedale o con i laboratori. Questo è il progetto di policy complessiva, per quel che riguarda i servizi. Poi la gestione del territorio è molto più complessa di quanto non sia la composizione dei servizi.

Quando si chiede di individuare il territorio, se lo chiedo ai SERT o ai dipartimenti tossicodipendenze mi danno una cartina bianca della USL con su indicati i punti neri dove sono i SERT. Se lo chiedo agli ospedali mi danno la stessa cartina bianca dove sono indicati gli ospedali. Se lo chiedo all'azienda tranviaria mi dà la stessa cartina bianca con le stazioni. Se lo chiedo alle Ferrovie dello Stato fa lo stesso. Questo non è un buon sistema per individuare le necessità del territorio. Il territorio è qualcosa di molto più com-

plesso. Tutti nel fare i loro progetti personalizzati, se vogliamo tenere conto anche dell'ultima funzione, il contesto ambientale - familiare, devono porsi nella logica di vedere il territorio in maniera un po' più complessa. E di imparare, sperimentando, a gestirne la complessità. Perché se così non sarà, credo che, almeno sul versante della sanità, ci potranno essere dei problemi. Ma non ci potranno non essere invece dei risultati evidenti, che per altro siamo in grado di valutare, almeno in grado di riduzione della mortalità, soprattutto per quel che riguarda il raggiungimento degli obiettivi di salute.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Anche se sentiamo che il discorso è un po' arduo, però via via mi sembra che vada sempre più evidenziandosi il nostro obiettivo, che è quello di prendersi cura, cioè di farsi carico della persona. Quindi sembra che immediatamente questo impegno, questa fatica di stamattina valga veramente la pena di essere fatta. Passerei subito, a proposito di sistema di rete e di strumenti e condizioni, a chiedere veramente un quadro alla regione della Basilicata, col dottor Franco Celeste GIANNOTI.»

Dott. Franco Celeste GIANNOTTI:- «Leggerò, così faccio più in fretta. Veramente sono stato indicato dal coordinamento delle Regioni, anche se in qualche modo lavoro in Basilicata o anche in Basilicata. Alla conferenza di Napoli di tre anni fa è stata posta con molta forza l'esigenza di costruire un sistema di servizi in grado di contrastare efficacemente la tossicodipendenza, l'uso e l'abuso di sostanze psicoattive, la domanda di queste sostanze. È stata affermata l'indispensabilità di un diverso rapporto tra pubblico e privato, e i rispettivi servizi. Si è analizzata e richiesta di pari dignità tra tutti coloro che a vario titolo lavorano nel settore. Nel contempo è stato chiaramente sottolineato come non fosse sufficiente semplicemente avere o affermare buona volontà in questa direzione ma come fossero necessari strumenti e condizioni adatte, aggiornando, rivedendo o adeguando la normativa di settore e gli indirizzi organizzativi ed emanando specifici provvedimenti. In questi tra anni da Napoli a Genova, almeno nel settore dell'organizzazione dei servizi, si è fatto molto e si sono mantenuti praticamente tutti gli impegni assunti. Sono state emanate leggi e provvedimenti specifici nel campo delle dipendenze e leggi più generali nel campo della sanità e dell'assistenza sociale che cambiano profondamente il quadro di riferimento, spesso la natura dei servizi, danno indirizzi culturali, tecnici e operativi diversi da quelli sin qui seguiti, indicano e propongono strumenti adeguati e innovativi. Vorrei qui velocemente richiamare queste leggi, di cui molto si è discusso e a volte polemizzato, sottolineando alcuni aspetti che non sempre sono stati all'attenzione degli operatori. Anzi citerei gli aspetti che non sono stati all'attenzione degli operatori, ma che a me sembrano invece fondamentali. Innanzitutto l'accordo Stato - Regioni, quello del 21 gennaio del '99, sulle linee di indirizzo e di riforma dei servizi di assistenza per le tossicodipendenze, che personalmente ritengo il documento fondamentale, di gran lunga il più importante del settore. Il documento che definisce gli indirizzi culturali e operativi e che pone a pieno titolo e con pari dignità i servizi per le tossicodipendenze tra tutti gli altri servizi socio - sanitari con più storia e tradizioni. È un documento che purtroppo ha attirato l'attenzione degli operatori solo perché vi si propone il dipartimento, di cui dirò qualcosa in seguito, mentre, secondo me, questo documento va ben oltre. Il servizio per le tossicodipendenze non si occupa più solo del problema dell'eroina, per il quale è nato, si è sviluppato e formato, ma dell'uso e abuso di tutte le sostanze psicoattive, legali e illegali, riconoscendo nella dipendenza un problema sociale e individuale assolutamente rilevante e nel consumo e nella diffusione delle sostanze psicoattive uno dei problemi più preoccupanti di questo periodo, indicando nei servizi per le tossicodipendenze gli strumenti elettivi di contrasto delle forme patologiche, della prevenzione della domanda e delle correlazioni patologiche. Ai servizi viene assegnato il compito complessivo della tutela della salute in relazione alle droghe e non solo della clinica delle dipendenze. Mentre, ponendo al centro dell'interesse la persona con tutte le sue caratteristiche peculiari, si afferma esplicitamente, partendo dall'osservazio-

ne della realtà, che gli interventi possibili non sono solo quelli finalizzati all'astinenza, ma, secondo il principio che nessuno deve essere abbandonato perché non disponibile o più verosimilmente non in grado di corrispondere alle finalità e desideri di altri, gli interventi devono essere quelli possibili in quel momento per quella determinata persona. In questo quadro, voi capite, è del tutto incomprensibile perché si continui a polemizzare sulla riduzione del danno. Delle due l'una: o non si studia e non si osserva la realtà, oppure si pensa che le persone degne siano solo quelle che corrispondono ai propri desideri e ai propri fini. E sempre in questo documento viene affermata con forza la necessità della programmazione regionale, e quindi locale, unico strumento per razionalizzare e finalizzare al meglio le risorse e per riuscire a spostarle nel settore e a un diverso rapporto tra pubblico e privato. Viene per la prima volta sottolineata la necessità di un rapporto interistituzionale fra tutti coloro che operano nel settore per compiti istituzionali: Prefettura, Comuni, Ministero di Grazia e Giustizia. Riconoscendo che non sono solo i SERT e le comunità ad avere un ruolo fondamentale nel campo delle dipendenze, come vedremo meglio in seguito. Introduce infine la valutazione come processo indispensabile, non solo per capire quali risultati si ottengono, ma soprattutto per migliorare ciò che si sta facendo. Poi la legge 45 del febbraio '99 che ha giustamente interessato gli operatori dei SERT per l'articolo 2, che stabilisce una sanatoria per chi da anni lavora senza garanzia di continuità e di tranquillità. Articolo tra l'altro ampiamente disatteso e non applicato. All'articolo 1, questa legge istituzionalizza un fondo specifico aggiuntivo, e fatto più importante, continuativo, per il settore, lo regionalizza per ancorarlo alla programmazione, ai bisogni territoriali e quindi renderlo più incisivo e meno dispersivo. E sempre all'articolo 1 si insiste molto sul ruolo e la funzione fondamentale dei Comuni, sia nel campo della prevenzione, sia in quello dell'assistenza. Insisto sul ruolo dei Comuni, perché secondo me è fondamentale da questo punto da vista. La 229 non è una legge specifica di settore, ma è quella del riordino del sistema sanitario nazionale. In essa si stabilisce la necessità, per chi vuole operare in campo sanitario, sia esso servizio pubblico o privato, di essere preventivamente autorizzato al funzionamento e quindi accreditato per garantire ai cittadini omogeneità di trattamento e qualità di intervento.
Questa legge pone di fatto sullo stesso piano e dà concretamente pari dignità a tutti i soggetti che operano in campo sanitario e inserisce il settore delle dipendenze a pieno titolo e alla pari fra gli altri servizi che tradizionalmente, da più lungo tempo, operano nel campo della tutela della salute. Fatto di grande rilevanza, non solo in termini di riconoscimento di importanza, ma anche di grandissima potenzialità, gli interventi sulle dipendenze sono inseriti fra quelli ad altra integrazione socio - sanitaria, come diceva prima il dottor OLEARI. Infine la 229, definendo la necessità dell'autorizzazione e dell'accreditamento, sia per i servizi pubblici che per quelli privati, garantisce finalmente una terzietà di controllo, altra questione spinosa che a Napoli era stata denunciata con forza non solo dai rappresentanti del privato, ma anche dai rappresentanti del pubblico. L'atto di intesa Stato -Regioni dell'ottobre dello scorso anno è il risultato di un lavoro congiunto, per certi versi esaltante, fatto dai ministeri, dalle Regioni e dal privato sociale, che dimostra come, nelle rispettive competenze, è possibile operare e produrre insieme. Ormai l'atto di intesa non è più un fatto solo voluto, ma oltre che richiesto, è dovuto in base alla legge 45. Esso segna il riconoscimento pieno delle abilità, della pluralità di esperienza, delle attività e dei servizi attivati dal privato in questi anni. Quindi non più solo la gestione delle comunità terapeutiche, ma l'operatività, previa autorizzazione e accreditamento, in tutti i settori delle dipendenze. Va detto che dall'ottobre, da quando è stato pubblicato, dallo scorso anno, sinora da nessuna parte è stato formalmente recepito e soprattutto applicato. Ma quello che mi sembra più importante, il privato, dopo averlo tanto richiesto, tace e non fa alcuna pressione per la sua applicazione, nonostante questo significhi di fatto anche un notevole danno economico. A me il privato sembra del tutto disorientato e timoroso su questo. A mio avviso la maggior parte di esso non ne ha colto le potenzialità e gli enormi vantaggi in termini di riconoscimento, di professionali-

tà, ma anche di economicità. Sembra che non sappia cosa richiedere ed abbia paura di ciò che significa autorizzazione, che di fatto già ha, e di ciò che significa accreditamento. Va anche detto che ancora una volta, così come per il precedente atto, c'è un privato che ha tutto l'interesse a che non vengano introdotte regole nel settore, che tutto resti nella confusione e, perché no, nel conflitto, penalizzando quanto di buono e positivo, che è certamente il più, c'è nel privato stesso. L'atto di intesa è un accordo quadro che, per essere applicato ed avere reale valore, ha bisogno di provvedimenti attuativi che le Regioni sono chiamate a emanare.

Il primo atto è certamente la programmazione almeno triennale del settore. Definire cioè da che parte si vuole andare, cosa manca, cosa potenziare, cosa attivare. La programmazione è un dovere da parte delle Regioni e un diritto per i privati che rischiano di proprio e quindi devono sapere dove e in che cosa investire. Ed è un diritto anche per i servizi pubblici, che non avendo obiettivamente la possibilità di fare tutto, devono a loro volta fare delle scelte ponderate e complementari per la copertura, possibilmente globale, dei bisogni. Attraverso la programmazione c'è finalmente la possibilità di specializzare i servizi, con un riconoscimento specifico delle proprie abilità, di ottimizzare le risorse e di razionalizzare gli interventi. L'atto di intesa fissa i criteri per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento del privato nel settore.

Ci sono alcuni problemi ineludibili, particolarmente delicati, che è bene avere presenti. Si accreditano tutti i servizi e tutte le attività di cui viene fatta richiesta o solo quelli rispondenti al fabbisogno regionale indicato nella programmazione? Nell'ultimo caso viene da dire che chi prima arriva bene alloggia e che, probabilmente, già da subito, alcune strutture devono chiudere perché eccedenti. Anche se sembra assurdo, non è così scontato e la legge 229 sembrerebbe privilegiare il primo caso. Come si definisce dove comperare i servizi, le attività e/o le prestazioni? Quali criteri verranno adottati da chi è chiamato ad acquistare? Tutti quanti potete immaginare come sia delicato questo aspetto. Quale ruolo viene assegnato al privato? Venditore di prestazioni, attività, servizi o collaboratore sinergico delle attività territoriali? Dove si definisce chi fa cosa? Questi mi sembrano tutti problemi non di poco conto e soprattutto non mi sembrano problemi in grado di andare naturalmente a posto senza essere governati. Il cosiddetto nuovo 444, che si sperava potesse essere emanato prima di questa conferenza, che già è al passo finale del complesso iter di approvazione, cioè al parere della Commissione Affari Sociali della Camera, come previsto dalla legge 45, dopo essere stato approvato dalla conferenza Stato - Regioni, fissa i criteri per l'autorizzazione al funzionamento dei servizi pubblici. Voglio sottolineare che fissa i criteri minimi, sotto i quali non è possibile andare, previa la chiusura del servizio. E a giudicare i criteri, non sarà certamente il direttore generale dell'azienda USL, ma un soggetto terzo. Il nuovo 444, per molti versi, è fortemente innovativo. Vorrei invitare gli operatori non tanto a soffermarsi sul numero della dotazione organica, quanto sul complesso del dispositivo e in particolare sul comma 5 dell'articolo 6, laddove si definisce che la dotazione organica è rivalutata sulla base dei carichi di lavoro calcolato tra l'altro in relazione al volume totale delle prestazioni erogate nelle aree di prevenzione, cura, riabilitazione, ricerca, sviluppo, supporto e coordinamento, e all'attuazione di specifiche attività, prestazioni, funzioni o progetti assegnati al servizio dai programmi regionali o aziendali. Il giudizio del servizio smette così finalmente di essere in relazione al numero di utenti in carico, che in tanti anni ha provocato, secondo me, guasti di tutti i tipi, in particolare culturali, oltre che di immagine e d'apprezzamento reale, per riguardare tutto il complesso delle cose che il servizio, per compiti di istituto, è chiamato a fare. In ciascuno di questi provvedimenti che ho citato, davvero tutti, si evidenzia come non possa esserci un servizio esaustivo di tutti i bisogni, un servizio in grado di rispondere da solo a tutte le necessità; nello stesso tempo, in tutti questi documenti si insiste sulla indispensabilità di un sistema di servizi ciascuno dei quali, per la propria parte, dia risposte congruenti, e su un rapporto diverso tra i soggetti che intervengono nel settore e che chiaramente non sono più individuati solo nei servizi classici,

SERT e comunità. Si evidenzia sempre di più il ruolo dei Comuni, dei NOT, dei CIC e si parla di aperture culturali che amplifichino e allarghino l'attenzione sinora concentrata alle problematiche connesse all'eroina. La centralità della responsabilità, della corretta applicazione di questi provvedimenti, è ormai delle Regioni: ad esse bisogna rivolgersi e su di esse bisogna fare pressioni perché siano attuati. Di esse sarà eventualmente la responsabilità dei ritardi e delle omissioni. Non credo che oggi ci sia alcuna regione con una normativa propria o con un'organizzazione tale in grado di recepire tout court ciascuna di queste normative, senza costruire un più complessivo progetto regionale che comprenda tutti questi aspetti. È questa una grande occasione che non bisogna assolutamente perdere e che deve vedere protagonisti tutti i soggetti presenti e attivi nel settore. Su questo vorrei invitarvi a seguire con attenzione il laboratorio attivato dalla regione Basilicata, che da qualche mese sta costruendo un grande progetto comprensivo di tutto quanto detto sinora, davvero con il concorso di tutti, dimostrando che è possibile cooperare e costruire senza necessariamente essere in conflitto e quindi distruggere.
Quando si parla di servizi o di forze che contrastano la domanda di droga, si fa naturalmente riferimento ai SERT e alle comunità terapeutiche. Vi faccio vedere in questo lucido quali e quanti sono in realtà coloro che in Italia, per compiti di istituto o per versatilità o per solidarietà o per altro, intervengono o concorrono nel settore. Per brevità non li elenco, ma come si può vedere, sono un esercito che non ha pari in tutto il mondo, almeno per quantità. Di questi va detto che chi nell'anno vede più persone implicate nell'uso o nel possesso di sostanze psicoattive non sono i servizi pubblici o le comunità, bensì i NOT, i Nuclei Operativi Tossicodipendenze presso le prefetture. Che a mio avviso svolgono, o potrebbero svolgere, un ruolo fondamentale, se solo entrassero in relazione con gli altri servizi. Ma questo non dipende certamente solo dalla loro volontà. Sempre tra questi, un ruolo fondamentale e indispensabile potrebbero, dovrebbero, cominciano a svolgerlo i Comuni che nel settore hanno compiti decisivi come la responsabilità della prevenzione primaria intesa come promozione della salute. Come l'assistenza sociale per il soddisfacimento dei bisogni primari delle persone in stato di indigenza, come titolari indiscussi della politica del territorio rivolta alla salute dei cittadini e come organismo di garanzia di terzietà per le verifiche e i controlli finalizzati all'autorizzazione al funzionamento. Credo che bisogna far sì che i Comuni si occupino sempre di più di questo problema, non solo per le cose che possono concorrere nei trattamenti, ma soprattutto per impostare e coordinare piani territoriali di salute che rappresentano l'unica vera carta vincente per non ammalarsi, per non incorrere in difficoltà da cui poi è difficile uscire e su cui i servizi possono poco o arrivano tardi, per un'attenzione globale alla persona. Ma quali sono le caratteristiche principali di questo esercito di servizi? Tre parole soltanto: autoreferenzialità, onnipotenza, conflittualità. Ognuno di essi è convinto di essere esaustivo, di bastare da solo, di essere risolutore dei problemi della persona, spesso del mondo. Ognuno di essi ha la verità e si ritrova ad essere nemico dell'altro, anzi sembra che proprio nell'individuazione del nemico trovi la propria identità. E si potrebbe continuare a lungo. Ed è chiaro che in questo modo, quello che potrebbe essere un esercito formidabile, e incidere davvero, perda del tutto le proprie potenzialità, diventi inefficace e, a volte, patogeno. Sulla "Repubblica" di venerdì ho letto che MUCCIOLI, che francamente mi sembra in piena campagna elettorale, a proposito della conferenza dichiarava di aspettarsi il solito circo, la solita parata propagandistica, il solito continuare a lanciare nell'opinione pubblica fumo negli occhi, dicendo che tutto va bene e che c'è piena collaborazione tra pubblico e privato. MUCCIOLI, secondo me, ha ragione in particolare sull'ultimo punto. Tra pubblico e privato, ma anche tra pubblico e, forse soprattutto, tra pubblico e pubblico, e privato e privato, non c'è collaborazione, non c'è integrazione. Semplicemente non c'è. È inutile che la vogliamo tanto raccontare. Ci sarà qualche amicizia, ma poi concretamente una collaborazione non c'è. E difficilmente ci sarà finché si continuerà a demonizzare strutture che da anni ospitano da mille a duemila persone al giorno, a considerarle alla stregua di spacciatori professionisti che hanno in cura

centocinquantamila persone all'anno, a ritenersi componenti della Trinità, a pensare che chi opera e pensa in modo diverso non valga nulla, anzi operi male. Anche qui si potrebbe continuare a lungo. Basterebbe leggere qualche libro, osservare solo distrattamente la realtà, per rendersi conto dell'assurdità di certe posizioni. In un dibattito televisivo fra Lucien ENGEIMAIR, il fondatore de "Le patriage", e Claude Olive STAIN, il direttore de il "Marmottan", il primo dice al secondo: "Le mie comunità sono piene dei vostri insuccessi". E l'altro, senza scomporsi risponde: "Come i nostri servizi sono pieni dei vostri successi".
Il problema che abbiamo davanti è come cambiare questa situazione, come invertire la tendenza, come dispiegare realmente le potenzialità di questo esercito. Da anni si parla di rete, di integrazione e altre cose di questo genere. Se ne parla. Ora dobbiamo cercare di fare. Abbiamo visto che normativamente sono stati emanati tutti i provvedimenti necessari ed organizzativamente la grande opportunità che è data dai dipartimenti, se solo si smette di dibattere su quale forma essi devono assumere e ci si concentra sul significato e sui contenuti che devono avere. Il dipartimento, di cui nulla dirò per brevità, sui compiti e le funzioni di cui però ho scritto a volte, può essere davvero il centro motore del sistema tecnico, il centro di coordinamento di tutti i soggetti che operano nel settore. Il luogo dove si cerca di capirsi e definire gli ambiti di cui occuparsi secondo le proprie abilità e capacità. Vorrei spezzare una lancia contro il concetto di integrazione tra soggetti diversi. Per me integrazione è confusione, è perdita di identità, è rischio continuo di conflitto. È anche limite. Penso che sia sbagliato parlare e perseguire un'integrazione tra i servizi e in particolare tra i servizi pubblici e i servizi privati. Penso invece che l'obiettivo debba essere quello della complementarità, cioè di soggetti che ciascuno per la propria parte, ciascuno per quel che sa fare meglio, definiscono un ambito preciso, più o meno limitato, un pezzo di lavoro e quello svolgono come concorso, come parte di una complessità.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Adesso, dopo questo intervento, chiamerò proprio in risposta Riccardo DE FACCI. Poi lancio una sfida ai presenti. Che sappiano dare alcune stimoli, alcune dinamicità a tutto il percorso che abbiamo ancora da fare. Prego il dottor GIANNOTI di venire alla chiusura.»

Dott. Franco Celeste GIANNOTTI:- «Parlavo della complementarietà come parte di una complessità così vasta che nessuno può pensare di affrontarla da solo esaustivamente. Si tratta di specializzarsi, di fare quello che più si sa fare, di essere davvero la maglia di una rete e quindi di collaborare. E se proprio non si riesce a far questo, di concorrere al risultato atteso. Specializzarsi per fare meglio e per non essere concorrenziali, ma concorrenti. Il dipartimento, se non inteso come centro di potere, può essere senz'altro il luogo in cui si definiscono la complementarietà e i compiti e in cui, a livello tecnico, si elaborano e si attuano i piani di intervento. Ma il dipartimento è un'organizzazione tecnica di coordinamento e per questo ha la competenza di indicare, ma non può avere alcuna competenza di definizione delle priorità territoriali e degli indirizzi programmatici, né altresì può definire l'obbligo di partecipazione e collaborazione a servizi che rispondono gerarchicamente e funzionalmente a soggetti differenti e autonomi tra loro e con compiti istituzionali diversi e definiti. Questo pone la necessità di chiarire due aspetti fondamentali: chi definisce le priorità, la programmazione e gli indirizzi ai quali i servizi operativi e gestionali devono attenersi e come si realizza il coinvolgimento dei diversi soggetti titolari di funzione nel settore delle tossicodipendenze. La responsabilità di definizione degli indirizzi e dei programmi che impegnano congiuntamente i Comuni e le Asl a livello territoriale, nella normativa vigente è assegnata alla conferenza sanitaria. L'esecutivo della conferenza sanitaria, composto normalmente dai sindaci capi distretto e dal direttore generale della Asl, integrato dalla Provincia, dal Provveditorato agli studi, o chi per lui ora, dalla Prefettura e dall'autorità militare, è l'organismo che meglio può

assumere le funzioni di elaborazione dei piani territoriali, garantisce l'impegno di ciascun soggetto e la partecipazione coordinata dei rispettivi servizi tecnici. Il dipartimento in questo modo, pienamente investito, viene ad avere la responsabilità e l'autorità della traduzione operativa degli indirizzi programmatici. È evidente che un organismo con compiti di programmazione di questo tipo può essere promosso e attivato solo con un preciso impegno delle Regioni.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Sentiamo allora Riccardo DE FACCI che ci farà entrare in questa complessità, anche cercando di, non dico rispondere, ma proprio di inserirsi sugli stimoli, sui richiami, sulla critica anche che c'è stata.»

Dott. Riccardo DE FACCI:- «Credo che alcune cose dette prima siano vere, per una serie di elementi, di dichiarazioni; qui vi darò alcuni dati, abbiamo fatto una ricerca come CNCA. Sono il referente per il CNCA nella consulta. E sono all'interno di uno dei coordinamenti regionali del privato sociale. Sono sicuramente molto diverse le applicazioni, gli sviluppi e gli spazi dove tutto questo si può fare. Non c'è quasi nulla di quello che in questi anni abbiamo preparato. Per cui iniziamo subito dal fatto, se vogliamo oggi cominciare a ragionare, che in questi tre anni sono stati fatti, dichiarati, scritti e emanati una serie di indirizzi, atti d'intesa, che riorganizzano completamente il sistema d'intervento, ma in quasi nessuna delle Regioni, realmente, questo tipo di atti è stato applicato. E non per cattiva volontà, mi dispiace Franco, del privato sociale. Il privato sociale in questi anni ha dovuto riorganizzarsi addirittura costruendo dei coordinamenti regionali perché non aveva e non ha altri spazi per poter interloquire in maniera diretta con gli enti pubblici a livello locale, ma non per cattiva volontà dei servizi pubblici. Ma perché non esistono i famosi luoghi della progettazione e del coordinamento territoriale. Non esistono i luoghi della progettazione regionale. Non esistono i piani obiettivo, se non in pochissime regioni. Ci sono i piani obiettivo di dieci anni fa, quando va bene. Non esistono assolutamente, e questo ce lo dobbiamo dire in maniera forte, se non in pochissime regioni, le applicazioni stesse degli atti di intesa che le Regioni hanno firmato. Diciamoci in maniera chiara che i dipartimenti, dove sono stati erogati, dove sono stati costruiti sono stati soprattutto e non per cattiva volontà del servizio pubblico, un'applicazione legata alle dirigenze e in nessuna parte d'Italia, se non in pochissime situazioni, esistono coordinamenti di pari titolarità, pubblico e privato, che diano corpo a quel dipartimento. I dipartimenti in quanto tali non esistono in Italia. Per cui questa pari titolarità, questi luoghi della progettazione, i piani territoriali, ci sono in due regioni soltanto in Italia. Il problema è che in questo momento molte delle cose che qui posso anche affermare, le condividiamo tutti. Esiste una serie di esperienze eccellenti, conosco molte delle realtà presenti, giro per il CNCA. Però il problema è che non esistono i luoghi della co - partecipazione, non esistono gli osservatori regionali. In quante regioni esistono veramente punti di osservatorio locale, regionale, ma non solo sui dati dovuti da parte delle comunità e dei servizi pubblici, ma che facciano monitoraggio, che facciano lettura dei fenomeni, che diano alle strutture del pubblico e del privato gli strumenti per ripensarsi. Lo dico come privato sociale: molte realtà del privato sociale stanno pensando a come ripensare ai loro interventi, a come rivederli, a come adeguarli ai fenomeni. Non esistono luoghi della progettazione in cui indicare come non diventare competitivi in maniera esclusiva l'uno all'altro, con il pubblico e tra privato.
Riprendo alcuni elementi di legge, ma proprio velocissimi, che sono già stati citati. Però il problema è che è tutto da fare. La grande operazione sarà come noi, e lo dico come operatori, al di là dei giochi che sugli operatori vengono fatti, e come operatori pubblici e privati, recupereremo un protagonismo reale per l'applicazione di leggi che sono state costruite con la rappresentanza degli operatori pubblici e privati. Ma che non hanno poi sui territori gli spazi della reale rappresentanza. E lo dico per gli operatori dei servizi pubblici e per quelli del privato sociale.

Parto da tre presupposti, anche rispetto a questo. Credo che ci sia un primo elemento. La partecipazione a Genova credo sia un dato. La presa d'atto di una grande difficoltà del nostro sistema rispetto agli interrogativi, alle domande, alle facce delle persone e ai loro problemi. Noi siamo in grande difficoltà, pubblici e privati. Non voglio dare giudizi. Anche come privato sociale. Siamo in grossa difficoltà perché, a parte le trasformazioni di tutti i fenomeni, dalla dipendenza all'uso aggregativo, i nostri sistemi non si sanno adeguare. Faccio un esempio mio personale, lo condivido con voi. Al di là di tutta una serie di cose dette dal Ministro della Sanità su cui non entro, credo che non a caso gli operatori hanno un po' reagito quando egli ha letto quei dati di un'utenza ad alta età, e ha parlato del non consumo di una determinata sostanza da parte dei giovani. Ho apprezzato tutta una serie di cose dette. Probabilmente non accedono ai nostri servizi, che è una cosa diversa. È assolutamente diversa. Credo che gli operatori l'abbiamo un po' fatto capire ieri e che il ministro stesso abbia capito che forse quell'affermazione era quanto meno inadeguata. Ma lasciamo stare. Quindi c'è sicuramente una presa d'atto comune. E allora di questa presa d'atto iniziamo a farne un piano di lavoro comune nell'adeguamento. Lo dico come privato sociale. Il privato sociale, come molti dei servizi pubblici, non vede l'ora di trovare i luoghi dove poter definire insieme dove lo facciamo, come lo facciamo, con quali servizi.

Un secondo elemento altrettanto importante. Credo che le comunità - e lo affermo come comunità, credo che sia assolutamente importante e condiviso con molte delle realtà del CNCA e del resto del privato sociale qui presente - sono un po' stanche di essere le discariche sociali. Anche i SERT per certi aspetti. Uso una parola forte, mi sembra quasi un dato oggettivo. Guardando la fascia di età che arriva da noi, le domande che ci pongono vedo che il nostro lavoro, ormai riguarda, per buona parte, nelle strutture più classiche, una marginalità dei fenomeni. Siamo ancora purtroppo incastrati in un triangolo che chiamo un triangolo maledetto. Che è quello che è nato e nasce e continua sull'allarme e l'emergenza. Che ci chiede, ci dà una finta delega onnipotente. E per portare via da quei luoghi, per allontanare da quel disagio, per poi farci fare controllo sociale e mettere in campo tutta la relazione, il nostro amore, la nostra capacità. Scusate, io di amore e di relazioni ogni tanto sono un po' stanco. Vorrei avere strumenti, capacità e una possibilità di progettazione reale rispetto a questo. Vorrei rompere questo triangolo in cui mi sento qualche volta, davvero, non quello che col cucchiaino vuota le barche. Ma forse ancora meno. Perché veramente mi sento lontano, mi sento inadeguato, e non credo per capacità e professionalità. Terzo elemento, altrettanto importante. Credo che il riconoscimento reciproco di competenza ormai ci sia. Sicuramente il servizio pubblico è cresciuto molto, in una logica di integrazione. Sicuramente il privato sociale è cresciuto molto in una logica di professionalità e capacità. E poi vi do anche due dati. L'elemento in cui credo è quello di una sussidiarietà che non è né succube, né onnipotente. È una sussidiarietà che vuole essere e pretende di essere un sistema misto di programmazione e di intervento. Riprendo due elementi. Ad esempio l'accordo Stato - Regioni: è fortemente per la riorganizzazione dei servizi pubblici e del dipartimento. È fortemente raccomandato che i servizi si occupino di tutte le sostanze di abuso, incluse quelle legali. È inopportuno che essi siano centrati esclusivamente sull'eroina e nemmeno sulle problematiche specifiche della dipendenza, ma devono poter rispondere anche a più generali aspetti connessi all'abuso di sostanze, con una pari titolarità dei servizi del privato sociale. Andiamo a vedere i dati dei servizi, credo che ci sia molto da fare. Atto d'intesa, servizio del privato sociale, riorganizzazione. Bisogna voler sviluppare i principi di cooperazione tra Stato, enti ed associazioni che svolgono un'attività di prevenzione, cura, riabilitazione nei confronti di persone con problemi d'uso. Nel corso di questi anni ci sono stati una serie di cambiamenti in questo campo, l'ampliamento degli obiettivi da raggiungere per il superamento della dipendenza, la salvaguardia della salute, il miglioramento della qualità della vita delle persone tossicodipendenti, la prevenzione e l'emarginazione.

Natura sociale, natura sanitaria.. Credo che dai dati degli operatori, forniti da GIANNOTI, nel privato sociale a me risulta che gli addetti sono almeno diecimila, però sono ancora di più. Il privato in questi anni è cresciuto molto, anche in tutti i servizi intermedi. Si parlava di cento unità mobili sulla riduzione del danno: sono almeno settanta, ottanta. Sono almeno trenta o quaranta quelle sui nuovi stili di consumo. Esistono tutta una serie di elementi legati di drop in, alle basse soglie, ai servizi di prima accoglienza, ai servizi per il reinserimento, agli appartamenti. Tutti gli interventi ai progetti di prevenzione al lavoro di strada non riusciamo a contarli, da quanti sono. Tutto il lavoro sulla promozione di comunità, la comunità territoriale, la formazione, la rete di ascolto, il counceling. Il problema però è che tutti questi interventi quasi mai fanno parte di un sistema realmente condiviso. Il problema che pongo è che, dove trovo riduzione del danno non trovo altri servizi. Faccio degli esempi concreti. Milano ha tre unità mobili, ma non ha un drop in. Palermo ha due o tre unità mobili, adesso non ricordo, ha dei drop in, però manca qualche altro servizio. Il problema è: ma siamo sicuri che questo sia il modo davvero corretto? Abbiamo buchi, ma neanche della rete, del percorso. Abbiamo buchi tra l'unità mobile e la bassa soglia, tra la bassa soglia e l'accesso alla prima accoglienza. Non esiste, se non in pochissime situazioni, un sistema minimamente omogeneo. Perché il problema qual è? Qui non sappiamo garantire i diritti della persona. Non sappiamo garantire i diritti della persona, che ha diritto a progetti sulla riduzione del danno, ma ha diritto a una prima accoglienza, ha diritto a fare scelte il più possibile congruenti con il servizio, ha diritto di rinunciare a un servizio. Credo che sicuramente, ad esempio, un nodo che io colgo come privato sociale è quello che, ed è un primo input, noi facciamo i conti sempre di più, invece che con le sostanze, con degli stili di consumo. E il nostro sistema di intervento è organizzato soprattutto sulle sostanze. Lì c'è uno iato in questo momento assolutamente inconciliabile, se non ripensiamo al sistema. Perché se il nostro approccio è sull'allarme ecstasy, l'allarme eroina, l'allarme cocaina, non riusciamo a capire che cosa sta succedendo. Credo che come minimo dobbiamo iniziare a ragionare sui sistemi che tengono conto di tre stili diversi sui quali impattiamo. Il primo è quello della dipendenza classica, è già stata detta, verrà detta anche dopo. Che io credo però sia completamente diversa. Noi abbiamo ormai una dipendenza che è fortemente agganciata anche al servizio, oppure ha scelto di non farsi agganciare al servizio. Abbiamo una dipendenza che non arriva al servizio soltanto perché il servizio non è adeguato, ma perché ha scelto di fare percorsi che al servizio non accedono. E allora che cosa facciamo per questi percorsi? Cosa facciamo con il rischio, che io dico in maniera molto chiara, della cronicizzazione che i servizi di riduzione del danno possono portare? Perché è importante quando riusciamo a stabilizzare, ma qualche volta cronicizziamo. Perché non abbiamo altri sistemi che integrano. Che costruiscono scala. E qui aggiungo il tema rispetto alla dipendenza compatibile, a tutto il discorso dell'eroina, ma anche ormai di tutte le sostanze che capitano in piazza. Non esiste più il consumatore classico. Certo che la dipendenza da eroina è prioritaria, chi lavora nei SERT lo sa bene, ma la somministrazione del metadone fa i conti anche con l'uso di tutta una serie di altre sostanze, con il rischio che una rigidità di interpretazione diventi rottura del patto terapeutico o della somministrazione.

La tossicodipendenza, in molte situazioni ormai, è esclusione sociale. Noi sempre di più dobbiamo iniziare a ragionare, lo dico in maniera provocatoria, che l'eroina è l'ultimo dei problemi. Chi fa unità mobile in alcune situazioni, prima di ragionare sulla sostanza, usa la siringa per l'aggancio, ma deve ragionare sui minimi vitali delle persone. Non può non esistere un drop in una città come Milano, di fronte alla stazione centrale. Non può non esistere, perché altrimenti l'unità mobile, non a caso, come succede, dà trecento siringhe in tre ore. Sicuramente non può esserci relazione. E rimangono fuori tutti gli altri problemi, di esclusione, tutti i problemi di difficoltà, di un carcere dentro e fuori. Legato a questo, un altro elemento importante sull'integrazione, verrà citato da altre parti. È assolutamente grave che il NOT in Pretura, previsto in base a una norma del 309

del '90, e che dovrebbe costruire programmi alternativi, che precedono il carcere, l'elemento della sanzione, esista in una sola città italiana. Questo è assolutamente non applicare le leggi. Secondo elemento rispetto allo stile. Lo stile del divertimento e della trasgressione. Sono stufo dell'allarme ecstasy. Voglio poter ragionare con elementi che sono diversi dal disagio della persona, che sono legati alle sue scelte. Forse che non condivido, ma che hanno dentro un elemento di consapevolezza, un elemento di ricerca del piacere, che forse può avere aspetti di difficoltà, ma non posso partire dalla lettura del disagio per comprendere invece atteggiamenti, consumi, modalità, che fanno parte ormai del contesto giovanile. Occorre capacità di contestualizzare l'intervento. Terzo aspetto: lo stile legato all'aggregativo e al quotidiano. Gli educatori che lavorano normalmente con i giovani sono in una continua schizofrenia tra il consumo di sostanze, per certi aspetti illegale rispetto alla legge, e la gestione educativa. Fatti le canne, ma fuori dal centro di aggregazione. Non portarti il fumo in macchina. Scusate, dobbiamo iniziare a ragionare insieme, perché altrimenti il nodo che noi abbiamo come servizi è quello di una schizofrenia nel messaggio. Molti dei progetti di strada sono pagati sulla legge 45, ma abbiamo poche possibilità per lavorare sui consumi legati a questo tipo di sostanze, abbiamo pochi elementi per ragionare sulle segnalazioni alle prefetture. Quanti progetti realmente esistono in Italia sulla cocaina? È la sostanza più usata, di quelle pesanti, dopo l'eroina. Ormai è un dato che sappiamo tutti. I sequestri sono tre volte quelli dell'eroina. Il problema quindi è un approccio legato agli stili di consumo che sappia fare percorsi della vicinanza, della presa in carico, dove è necessario, dell'accoglienza, del percorso terapeutico. Ma che devono essere congruenti tra loro. Però non abbiamo assolutamente in nessuna parte un'applicazione reale del dipartimento ed è il luogo dove dovremmo fare progettazione. Non esistono quasi da nessuna parte gli osservatori. Stanno partendo su pressione del privato sociale e sulla disponibilità di alcune Regioni i tavoli di preparazione dei criteri per i servizi del privato sociale. In alcune regioni, però, in altre ancora non c'è nulla. E l'altro discorso, altrettanto importante forse, è anche quello di pensare a un sistema che insieme abbia, in maniera costitutiva, tre livelli di lavoro, proprio come progetto, come modalità. Il primo è un sistema della sperimentazione innovativa. Una grande parte delle nostre risorse deve essere continuamente investita nella capacità di leggere quello che accade e di costruire vicinanza. È la rilettura della riduzione del danno, della riduzione dei rischi, le prime accoglienze, le basse soglie. Non stanno nel resto del sistema. Un secondo livello sono i progetti del sistema. I Comuni, se non pochissimi grandi Comuni, non hanno risorse. Il metodo è provare a portare queste innovazioni, queste progettazioni, nel sistema di intervento. La bassa soglia non può rimanere per sette anni sulla legge 45. Il drop in non può rimanere per sette anni sulla legge 45. Con precarietà. Le unità mobili, non possono rimanere in una continua evoluzione: ci sono per sei mesi, poi chiudono per tre, riaprono per quattro, lo facciamo col volontariato. O crediamo al sistema, oppure stiamo a casa.

Sul secondo elemento, i progetti di sistema devono avere luoghi di verifica e di progettazione insieme. Rinvio al Ministero della Sanità il fatto che noi ci eravamo impegnati, dopo aver preparato l'atto di intesa per il privato sociale, a rivederci, almeno dopo un anno, perché avevamo detto: "Guardate che non sarà applicato". Invochiamo il Ministero della Sanità perché questo tavolo si riapra.

La terza cosa, sul sistema dei servizi accreditati. Il privato sociale è pronto ad accreditarsi, il privato sociale è aumentato in professionalità, in competenze. Esistono ancora della fasce su cui ragionare, esiste qualcuno che non lo vuole fare, ma voglio ricordare a tutti che quell'atto di intesa è stato votato da tutti i coordinamenti del privato sociale regionali, dalle più grosse organizzazioni del privato sociale, con due uniche differenze. Da un lato e dall'altro. Dal gruppo Abele, perché lo riteneva troppo elastico e dalla comunità Incontro. Il gruppo Abele sta lavorando per l'applicazione. La Comunità Incontro lo riteneva troppo rigido e, non a caso, ha scelto di non essere presente ai tavoli di questa progettazione.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «La dottoressa Bianca COSTA.»

Dott.ssa Bianca COSTA:- «Ero stata invitata a portare la mia esperienza, che ho fatto più che altro a livello nazionale, per un po' di anni, ma credo che riporterò, se volete, un po' il discorso più sull'umano. Perché fa parte della mia esperienza che tiene conto anche delle difficoltà che in questo momento ognuno di noi porta avanti e ha anche denunciato. La mia vuole essere, in qualche modo, una risposta alle provocazioni ricevute stamattina, in modo particolare da Franco GIANNOTI, e da altri che tutti sommato mi trovano in linea e mi trovano anche dall'altra parte. Credo che nella mia storia, nella nostra storia, il problema della droga sicuramente ci ha evoluto. Siamo passati, rispetto ai primi anni, a dare una risposta molto più professionale, ma anche molto più integrata, per lo meno nei servizi pubblici. Credo che in questo momento quello che ci preoccupa di più, non soltanto come centro di Genova, ma del privato sociale, anche della nostra federazione e delle altre realtà che lavorano in questo campo, sia il problema dei giovani. Credo che la forza valoriale esistente nei nostri servizi, che non escludo sia anche del privato, del pubblico chiaramente, ma che ci ha identificato e ci ha permesso anni fa di affrontare con serenità, nonostante i grossi problemi, le risposte e anticiparle, sia sempre una cosa valida. Anche in questo momento in cui il fenomeno è sicuramente molto diversificato, lo vediamo dai nostri servizi. Ai nostri servizi si avvicinano persone di ogni tipo e di ogni esigenza. E noi siamo obbligati, come principio di fondo alle nostre scelte, ad adeguare e affrontare i problemi che questa persona ci pone. Credo che lo specifico del nostro essere, lasciatemelo dire, è quello di avere questa capacità, proprio perché non siamo legati né da un orario, né da uno schema preciso che dobbiamo seguire, ma dalla nostra attenzione alla persona, che è lo specifico del nostro affrontare i problemi, che ci fa vedere la persona con tutti i suoi problemi e non soltanto col problema della tossicodipendenza. Chi mi ha preceduto, sia stamattina sia ieri, parlava in modo particolare di questa complessità, di questo pianeta, di questi problemi che sono intorno alla persona. Credo che nell'evoluzione dei servizi, anche dei nostri servizi del privato sociale, non parlo soltanto per la nostra federazione, ma anche per altri, sia fondamentale questa capacità, lasciatemi dire, di affrontare i problemi dove si trovano, quindi di uscire dal nostro steccato, come dice sempre Don CIOTTI. Uscire, significa perdere un attimo il proprio modo di pensare per adeguarsi al modo di pensare della persona. Credo, questo lo posso dire, che mi è costata molto fatica, perché un certo tipo di impostazione mi aveva portato ad affrontare il problema secondo certi metodi. Il metodo, la filosofia, è sempre la stessa, ma c'è stato un grossissimo adeguamento. Perché, tutto sommato, è necessario che ci sia questa attenzione, questa risoluzione diversa. Credo che i cambiamenti sono stati enormi. Enormi in quando c'è stato, chiaramente, da affrontare il problema unico della persona che si rivolgeva a noi; adesso ci sono i problemi gravissimi che troviamo nella nostra città. Credo che uno dei problemi gravi, e l'ho accennato all'inizio, è il discorso dei giovani, ed è per questo che la capacità di cogliere certe esigenze, ha permesso di studiare e concretizzare un tipo di servizio, che è stato poi riconosciuto da una legge, da un contributo, attraverso la legge 309, che in questo caso, rispondo a Franco GIANNOTI, ha portato a una collaborazione fra due enti: privato sociale, in questo caso il Centro di Genova, con il servizio della USL 3. Questo ha permesso di scendere dai nostri piedistalli proprio alla base e accogliere e avvicinare in modo particolare i giovani, i quali sicuramente si sono adeguati al linguaggio loro ed è stato impossibile perciò affrontare concretamente il problema che hanno questi giovani. Non è soltanto il problema dei consumatori di ecstasy, è il problema dei giovani. In questo momento, nella nostra società, lo vediamo, i giovani non sono ascoltati. Non vado certamente io che sono nonna, ma ci vanno i nostri giovani, perché credo che indubbiamente, anche in questo, bisogna avere la capacità di capire che si è fatta la propria storia, il proprio tempo, ma saper anche scegliere delle persone che continuino il nostro pensiero, la nostra strategia. Credo che perciò tutti i nostri programmi riabilitativi si sono

trasformati e si sono adeguati all'esigenza di creare, per esempio sulla bassa soglia, dei servizi nuovi. E anche qui c'è stata un'integrazione, una collaborazione, che mi piace più del termine integrazione, fra le due parti, il privato sociale e il pubblico. Dando così la possibilità di accedere a un servizio, accolti così, tout court, a persone che sicuramente non sarebbero state avvicinate. Credo che è importante che ci sia questa flessibilità, questa attenzione al cambiamento, che è anche degli operatori. Il privato sociale ha fatto dei grossi cambiamenti credo anche nelle risposte. E il cambiamento comporta una variazione, lasciatemi dire, di prestazione, quindi è necessaria una professionalità. Ho sempre preteso dai mie collaboratori, e lo sanno, anche a livello nazionale, che fossero formati. Formati perché è necessario dare una risposta precisa, professionale. Ma tutto è basato su una base valoriale che ti ha permesso di nasconderti, per lo meno in quel momento, nascondere la tua professionalità, per poter dare la risposta più precisa e più giusta al bisogno delle persone che battono alla porta. Ci sono due punti che voglio di nuovo ricordare. Uno è il discorso della famiglia. E il problema della scuola. Tutto è legato al discorso generale della rete, per cui il mio intervento volevo fissarlo in questo punto. La rete famosa, che è stata faticosissima, è tuttora faticosa. A Genova forse è un po' più semplice, perché è basata molto sul rapporto personale che abbiamo, sulla conoscenza reciproca di quello che fai tu, di quello che faccio io, senza pensare di essere il Padreterno, colui che sa tutto. E questo è importante, lo dico per le persone un po' più anziane come posso essere io. Anche se si è raggiunto un certo risultato, una certa conoscenza dell'insieme, bisogna cercare di dimenticarci la nostra esperienza ed essere in grado quindi di accogliere anche di spogliarci, lasciatemi dire, un po' da questa nostra formula, e adattarci all'esigenza che sorge. Il discorso di rete sicuramente c'è, deve essere sviluppato, funzionare meglio e integrarsi maggiormente, ma credo che sia fondamentale una pari dignità fra gli operatori del servizio pubblico e del privato sociale. Credo che ormai le nostre professionalità possono essere competitive, se così vogliamo dire come termine, fra gli operatori del pubblico e del privato sociale. Ritengo invece che sia estremamente utile, per dare una risposta completa alla persona che è davanti, che chiede, una complementarietà di intervento. Consideriamo rete la soluzione fra il pubblico, cioè i servizi riguardanti la tossicodipendenza, e il privato sociale, cioè le risposte delle comunità e dei centri di accoglienza. Noi dimentichiamo due grosse agenzie, che sono la famiglia e la scuola. L'altro giorno, in riunione, in un incontro regionale alla conferenza che abbiamo avuto venerdì, ho proprio precisato che mancava il Provveditore agli studi, l'ex provveditore, perché adesso si chiama direttore generale. Il parlare di tossicodipendenza, di disagio dei giovani mentre non c'era la persona che rappresenta l'insieme dove veramente può sorgere il problema, a me è sembrata una cosa tremenda. Ed è per questo, credo, che la rete deve essere completata da una partecipazione della scuola. Non voglio generalizzare. Sicuramente in molte scuole dove c'è un preside attento si è in grado di essere chiamati e di fare insieme un progetto. Ma anche la famiglia ha un ruolo importantissimo. Perché la famiglia, in fin dei conti, è il nucleo di base dove questi giovani desiderano ancora crescere. A proposito dei giovani, proprio perché sono anziana posso avvicinarmi poco ai giovani, credo che l'esigenza che hanno i giovani è un'esigenza di spiritualità. Di valori profondi, di valori veri. Dobbiamo riuscire a far capire a questi giovani, ascoltandoli, come possono vivere questa loro esigenza di vita, che forse avevo io quando ero ragazzina, quando avevamo una possibilità di sviluppare le nostre scelte. Avevamo una società diversa, che sicuramente forse non ha maturato e ha prodotto questi giovani. Quindi faccio anche un'accusa agli adulti. Come adulti quanto siamo stati attenti a queste esigenze dei giovani? E allora nel discorso di rete, e chiudo, credo che sia fondamentale che ci sia la presenza dei giovani perché nel discorso che li interessa non devono essere degli oggetti, ma dei soggetti attivi, dove veramente possono trovare la possibilità di crescere, di sviluppare le loro esigenze e quei valori profondi che esistono in tutti, anche in tantissimi giovani.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Quindi vorremmo sentire don Antonio CANATÀ, presi-

dente CEAS, Coordinamento Enti Ausiliari Regione Sicilia.»

Antonio CANATÀ:- «Dirò brevemente un'impressione su questo convegno. Penso che resterà alla storia un po' per la gaffe del Ministro VERONESI, perché credo che sarà un bravo oncologo, avrà esperienza in questo settore, ma nel campo della tossicodipendenza mi sembra che abbia veramente poca esperienza. E poi c'è questa affermazione del dottor GIANNOTTI, che conosco e stimo, e ha detto delle cose interessanti. Ma che addirittura la responsabilità delle inadempienze di tutti questi decreti che sono usciti in questo ultimo periodo sia dovuta agli enti del privato sociale, mi è sembrata davvero una cosa scorretta. La nostra esperienza in Sicilia è questa. Non si riesce, nonostante i nostri sforzi, a far sì che tutto quello che si decide a livello nazionale poi passi su un piano concreto nel territorio regionale. Mi riferisco al Fondo Nazionale di Lotta alla Droga. Ancora non è iniziato l'esame dei progetti '97, '98 e '99. Non si è fatto nulla nel campo della formazione degli operatori. Sapete che la legge 45 prevede che siano fatti dei corsi, soprattutto per gli operatori del privato sociale che hanno avuto difficoltà in passato ad avere dei titoli. Non si è fatto nulla. Per non parlare dei dipartimenti, che sono rimasti lettera morta. Per non parlare dell'acquisizione dei requisiti per il funzionamento delle strutture riabilitative. Quindi su questo campo siamo in enorme difficoltà e non so che cosa dobbiamo fare. Volevo chiedere al dottor OLEARI se era possibile fare ricorso ai poteri sostitutivi dello Stato. Perché, a mio avviso, quando si fanno questi atti d'intesa, bisognerebbe mettere un limite temporale entro il quale dovrebbe arrivare un commissario da parte del governo. Perché altrimenti restiamo nel campo della opzionalità, della discrezione. Poi la regione siciliana è anche a statuto speciale. Se tu gli dici qualcosa, dicono che sono come in uno stato straniero. Quindi quando la legge definisce dei requisiti indispensabili, che debbono essere sul territorio nazionale, è una pura ipocrisia. Quindi se non ci sono dei correttivi seri in questo campo, credo che resteremo nell'ambito delle buone affermazioni, dei buoni principi, ma poi non c'è un riscontro effettivo. E poi entro nei problemi concreti, di ogni giorno, che abbiamo nel rapporto con le aziende sanitarie. Voi pensate che in Sicilia hanno ridotto la durata delle convenzioni da tre anni a un anno. La nostra convenzione finisce il 31 dicembre, di quest'anno, e probabilmente, se ci va bene, sarà rinnovata a giugno o luglio dell'anno prossimo, quando noi, a settembre, dovremo fare le pratiche per il rinnovo della prossima convenzione. Quindi siamo tenuti in uno stato di estrema precarietà, dove andiamo ad anticipare le spese di gestione di sei, sette mesi, con tutto quello che comporta, senza avere nessuna sicurezza. Ora credo che il discorso della pari dignità, di una terza autorità che sia in grado di avere un controllo, un monitoraggio sia dei servizi pubblici che del privato sociale debba diventare realtà. Altrimenti ecco, tutte queste belle affermazioni, tutte quelle cose che hanno detto gli assessori regionali ieri pomeriggio, veramente sono nel campo della filosofia teoretica. Questo è un altro convegno, qua parliamo di cose concrete.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Mi sembra che, proprio partendo dalla Sicilia, questa unità nazionale ci sia, perché dico che si può ancora lottare. Allora abbiamo la regione Umbria, con la dottoressa GIGLIONI.»

Dott.ssa GIGLIONI:- «Spero di essere abbastanza rapida, aiutandomi con i lucidi e tra l'altro una parte del mio intervento già il dottor OLEARI l'ha in qualche modo anticipata, quindi posso tentare di essere molto sintetica. L'intervento sarà sull'integrazione socio - sanitaria come elemento qualificante dei piani sociali di zona, dando quindi per scontato la legislazione nazionale, i livelli di programmazione nazionale, perché sono stati ampiamente discussi già in questa sede, andando a vedere come vengono definiti nelle singole zone o negli ambiti territoriali, a seconda delle diverse realtà, i differenti livelli di integrazione più strettamente sanitari, più strettamente sociali, e se possono trovare dei momenti di integrazione e di programmazione unica. Il dipartimento per le dipendenze

è il primo livello di coordinamento e di programmazione. E' stato istituito appunto dall'accordo Stato - Regioni. Tralascio, anche in questo caso, tutte le polemiche rispetto a dove è stato attuato e a dove non è stato attuato, perché credo che siano delle problematiche rispetto alla tossicodipendenza che investono un po' tutto: l'applicazione della legge 45, della sanatoria, dell'accordo Stato - Regioni. C'è una disparità anche enorme tra le diverse Regioni. Quindi tutte le attività di tutela e di promozione della salute, di prevenzione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale, relative a situazioni di uso, abuso, dipendenza di sostanze psicoattive legali ed illegali, sono di competenza dell'azienda sanitaria locale, quindi di competenza della programmazione sanitaria. L'azienda sanitaria locale le attua attraverso l'istituzione del dipartimento delle dipendenze, che quindi si qualifica e si giustifica in quanto elemento di integrazione funzionale e di coordinamento organizzativo tra tutte le diverse unità operative e i servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda: quindi i distretti, gli ospedali, tutti gli altri servizi anche pubblici e privati, che a vario titolo e con varia responsabilità operano sul territorio dell'ottica essenzialmente dell'integrazione del comparto sanitario, tra questo e il comparto sociale dei vari servizi tra loro. Quindi diciamo che il dipartimento si gioca su due livelli: quello di garantire la connessione tra le linee di programmazione aziendale e le politiche del territorio, ma anche quello di coordinare l'insieme degli interventi e prevedere le ricadute che questi hanno sui servizi stessi. Faccio un esempio abbastanza banale, ma se all'interno di un dipartimento si prevede la progettazione di attività di unità mobili, per esempio, che dovrebbero avere il compito di cercare di agganciare utenti e portarli ai diversi servizi, è chiaro che in fase di programmazione va anche individuato come poi la presenza di questi utenti ricade sulle attività del servizio stesso. Il dipartimento per le dipendenze è collocato all'interno del distretto socio - sanitario che, così come descritto dalla legge di riforma 229, assicura i servizi di assistenza primaria relativi all'attività sanitaria e socio - sanitaria, il coordinamento delle attività dei servizi con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, compresi quelli ospedalieri, all'interno delle attività territoriali, il raggiungimento degli obiettivi di salute, tramite le risorse che sono state assegnate al dipartimento, al distretto stesso per raggiungere questi obiettivi; gode di autonomia tecnico - gestionale ed economico - finanziaria e quindi ha una contabilità separata nel bilancio dell'azienda. Il programma delle attività territoriali, all'interno delle quali sono ricomprese tutte le attività di programmazione sanitaria anche nell'ambito delle tossicodipendenze, si fonda innanzitutto sul principio della interterritorialità degli interventi. Prevede la localizzazione dei servizi a gestione indiretta all'interno dei servizi, determina le risorse per l'integrazione socio - sanitaria e le quote a carico delle aziende sanitarie locali e dei Comuni; viene proposto sulla base delle risorse assegnate e previo parere del comitato dei sindaci e del direttore di distretto, approvato dal direttore generale dell'azienda d'intesa con i sindaci per quanto attiene le prestazioni socio - sanitarie. Ora questo, lo diceva prima anche il dottor GIANNOTTI, serviva a sottolineare il ruolo che gli enti locali, dalla legge 229, assumono nell'organizzazione della sanità in Italia, nel senso che il comitato dei sindaci e i distretti concorrono alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti nel programma delle attività territoriali. Essi attraverso la conferenza dei sindaci e il comitato dei sindaci di distretto hanno competenze, sia per quanto riguarda la programmazione dei servizi, sul luogo di competenza, sia per quanto riguarda la verifica del raggiungimento degli obiettivi che si sono dati. Sull'accordo Stato - regioni è stato detto molto, volevo soltanto sottolineare due aspetti. Uno è la partecipazione a un altro livello di programmazione regionale, o regionale o di azienda, a seconda di come le regioni decideranno di organizzare questi organismi, quindi all'interno di organismi misti, e come questa partecipazione alla programmazione degli interventi passi attraverso l'accettazione di partecipazione a programmi regionali per la valutazione e il controllo di qualità.

Che cos'è invece il piano sociale di zona? E' una cosa che stiamo sperimentando un po' tutti per la prima volta in questi giorni; praticamente si devono costituire i luoghi privile-

giati di ricomposizione dell'insieme delle politiche di sviluppo di un territorio, attraverso connessioni tra politiche di settore, politiche sanitarie e sociali. E deve rappresentare anche una sponda per quanto riguarda tutta la programmazione specifica di settore, così come è previsto ad esempio dalla legge 45. Questo, lo abbiamo visto anche ieri, perché si andrà probabilmente ad una programmazione della legge per 45 o per distretto, o per zona, o per ambito territoriale. Come si costruisce un piano di zona, detto in maniera molto schematica. Innanzitutto è necessaria una fase propedeutica del conoscere, il conoscere i bisogni, al fine di progettare, conoscere il contesto sociale di riferimento, sia come fonte di problemi e di bisogni, ma anche di risorse che sono già attivate o attivabili. La messa a punto dei contenuti del piano sociale di zona e la stipula dell'accordo di programma: vedremo poi come l'accordo di programma sia proprio lo strumento con cui potremmo agire in una fase di programmazione congiunta. E poi c'è la fase sperimentale e operativa, nel senso che dovrà essere uno strumento che andrà nel tempo molto aggiustato, è molto flessibile. L'accordo di programma è lo strumento di regia pubblica per la piena applicazione dei principi dell'integrazione socio - sanitaria, che è prevista dalla legislazione nazionale regionale, dalla legge 229, dal piano sanitario nazionale e dai diversi piani sanitari regionali o sociali. Inoltre costituisce la base generale per la ridefinizione delle politiche di integrazione socio - sanitaria delle aziende sanitarie locali e degli ambiti territoriali finalizzate all'ottimizzazione del sistema integrato di funzioni e di interventi e alla promozione della programmazione congiunta. Esso assicura innanzitutto l'integrazione socio - sanitaria tra le funzioni sanitarie delle aziende locali e le funzioni sociali dell'ambito territoriale. Prevede uno stretto rapporto tra i tre momenti dell'intervento terapeutico, cioè tra la prevenzione, la cura e la riabilitazione, la continuità assistenziale tra ospedale e territorio, una maggiore qualificazione dei rapporti integrati tra soggetti pubblici e privati, e in particolare con il terzo settore non profit e la promozione dell'integrazione delle risorse di comunità e della qualità della vita dei cittadini. L'accordo di programma viene stipulato tra ambito territoriale e azienda sanitaria locale, ai sensi della legge di riforma sanitaria, del decreto legislativo 229 e del piano sanitario nazionale, che prevedono come priorità la strategia per il cambiamento e il miglioramento della sanità pubblica quello dell'integrazione socio - sanitaria, anche in relazione al decreto legislativo 59 del '97 che, sul principio della sussidiarietà, conferisce agli enti locali proprio compiti di cura e funzioni di sviluppo per la promozione delle rispettive comunità. L'integrazione socio - sanitaria è un aspetto contenuto all'interno del piano sanitario nazionale e della legge 229. Che cosa sono, che cos'è l'integrazione socio - sanitaria, che cosa sono le prestazioni socio - sanitarie? Sono tutte quelle attività volte a soddisfare, mediante dei percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona insieme a richieste di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale e che sono in grado di garantire anche nel lungo periodo la continuità tra le azioni di cura e quelle della riabilitazione. La classificazione dell'integrazione e delle prestazioni le abbiamo viste prima dal dottor OLEARI, quindi penso che possiamo anche andare oltre. La dipendenza da droga, alcool e farmaci, le patologie legate all'HIV, rientrano all'interno delle prestazioni socio - sanitarie ad altra integrazione sociale e sanitaria, e quindi sono anche finanziate all'interno del fondo sanitario stesso. Il soggetto dell'integrazione è la persona, non le istituzioni, perché la persona è la destinataria e protagonista di azioni progettuali che toccano tutte le realtà assistenziali. Quindi la salute, la formazione, il lavoro, la sicurezza, l'ambiente. L'integrazione opera sotto tre dimensioni. Innanzitutto sotto il profilo scientifico culturale, quando andiamo a rilevare, a leggere, a interpretare i problemi e i contesti. Poi sotto il profilo organizzativo, quando vediamo come i bisogni multipli chiamano in causa delle responsabilità istituzionali multiple, poi sotto il profilo tecnico operativo, dove la totalità della persona richiede delle competenze differenziate e integrate. Questo può voler dire integrazione e una diversa organizzazione nelle amministrazioni locali, proprio per costruire collegamenti fra aree che hanno senso, fra l'area educativa, fra il sociale, fra la formazione e anche connettere

politiche sociali e di accompagnamento con politiche abitative, dell'istruzione e della sanità, quindi con una intersettorialità progettuale e operativa, operare insieme in équipe interprofessionali, che possono essere di territorio o di progetto, ad esempio, a seconda di come si decide di operare. Quindi come concretamente diversi servizi sanitari e sociali, per esempio, del privato sociale possono operare attivamente? Innanzitutto con una presa in carico congiunta, con una valutazione dei percorsi assistenziali appropriati e realizzando dei protocolli operativi tra servizi pubblici e privati che cerchino di garantire sempre la qualità delle risposte. L'integrazione socio - sanitaria, lo sappiamo tutti, è un elemento ormai consolidato di qualificazione del sistema di offerte e di efficacia terapeutica. Però sappiamo tutti come oggi non possa garantire, non possa esaurire le esigenze di integrazione che vengono sollecitate da una politica di sviluppo umano, che è l'unica modalità efficace per affrontare proprio l'intreccio tra patologia sociale e patologia umana che è un po' anche il compito di questa conferenza.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Domani mattina volevamo raccogliere delle proposte nuove, delle verifiche, delle segnalazioni su dove c'è una non applicazione. Ormai mi sembra che la descrizione iniziale sia stata fatta, sono state messe le basi. Vorrei invitare adesso il professor Giulio SALIVOTI, assessore alle politiche giovanili comunitarie e al decentramento amministrativo della città di Biella.»

Prof. Giulio SALIVOTI:- «Mi sembra che questi ragionamenti che stanno ruotando attorno al problema delle tossicodipendenze ci portino sempre più ad una sanitarizzazione e a una medicalizzazione del problema. Adesso non starò a raccontare cosa abbiamo fatto a Biella, con grande fatica: abbiamo creato un'agenzia per i giovani, dei Comuni biellesi, data in gestione al privato sociale. Sono trentanove associazioni che hanno costituto un'associazione apposta per gestire un servizio di progettazione e valutazione. Il problema è stato quello di capire quali siano gli attori in campo, rispetto alla lotta alla droga, perché il Comune ha una tradizione grandissima, la legge 309 ha dieci anni, sarebbe interessante valutare i risultati, perché in dieci anni e duemila miliardi spesi, perché siamo a questo livello di spesa, la situazione è quella che noi sappiamo, quindi il discorso della valutazione è una cosa molto interessante. Che cosa è stata prevenzione, che cosa è stato reinserimento, che cosa riduzione del danno. Sicuramente non c'è solamente la riduzione del danno. Credo che la riduzione del danno sia una cosa molto importante, ma attiene ad un'azione che la società deve fare a difesa dei più deboli, è un'azione caritatevole, è un'azione che attiene alla dignità della persona, al suo diritto d'accesso alla salute. E poi ovviamente, come primo passo verso un percorso di recupero, e qui ci sarebbe molto da dire. Ma ciò che mi sembra che qui occorra incominciare a dire, così come si fa in tutta Europa, è che bisogna iniziare a separare la spesa sanitaria da quella sociale. Ed è una cosa importantissima. Perché, qualcuno ha detto: passiamo dai progetti ai servizi. Ma non si può finanziare un progetto per anni sulla legge 45. Se diventa un progetto continuativo diventa un servizio. Se diventa un servizio va finanziato in sede locale. E allora anche le Asl, le Regioni, devono decidere se le unità mobili devono essere finanziate, far parte dei programmi socio - sanitari. Così come i Comuni devono iniziare a decidere ciò che fa parte di un programma sociale o socio - educativo. E allora dico che bisogna iniziare a discutere quali siano le competenze rispetto alla legge 45, perché rispetto ad essa tutti fanno tutto. La prevenzione la fanno tutti. E nessuno si parla. Educazione alla salute o promozione del benessere, adesso non voglio entrare nel merito di cosa sia prevenzione, per carità, sarebbe un discorso lunghissimo. Quindi una delle indicazioni che vorrei che si iniziassero a discutere è quella delle competenze.
Da giovane amministratore, perché sono vent'anni che sono in consiglio comunale, la Usl mi ha chiamato a dirigere un'esperienza che doveva essere innovativa, creare una comunità di recupero in un piccolo territorio destinato solo a utenti di quel territorio in colla-

borazione col SERT. Questa esperienza è fallita, adesso la comunità è in pieno vigore, ma avrà un paio di utenti di Biella e tutti gli altri fuori Biella. Perché non si riesce a dialogare all'interno del territorio, nemmeno sulla fase di recupero. Non è colpa del SERT, ho dei grandissimi amici, da lunga data, si lavora molto bene. Il problema è che si lavora con pezzi di SERT, con pezzi di pubblico, di privato sociale, di amministratori o dirigenti comunali. Il tentativo dell'agenzia è stato questo: porre all'interno di un contesto che era al di fuori del pubblico, al di fuori del privato, in un tavolo separato, cercare di capire qual era la possibilità di decidere. L'abbiamo dato al privato sociale perché i cittadini, i volontari, il privato sociale, le cooperative devono avere il potere di decidere assieme ai Comuni le politiche territoriali. Perché non si può chiedere al privato sociale di venire, lavorare: non è la foglia di fico. Allora il discorso è: per prima cosa iniziamo a separare le competenze, stabilendo cosa fa la Usl, cosa fa il sanitario, cosa fa il sociale. Due, che potere ha il privato sociale nelle decisioni concrete? Perché collaborare è poco. Perché i cittadini, che pagano le tasse, e con le tasse si pagano i progetti, hanno diritto a coprogettare e a covalutare, perché quando si covalutano i progetti, già lì si ripensano i progetti futuri. Questa agenzia che in questo momento è in crisi perché ha fatto questo, perché ha fatto quell'altro, si è scontrata contro la inadeguatezza del privato sociale ad affrontare alcuni argomenti, delle cooperative sociali, per intenderci, ma anche contro il muro della burocrazia. Il prossimo anno riprenderà, perché la Regione Piemonte ha rifinanziato questo tavolo, con grande coraggio direi, con un progetto di valutazione interno anche dei progetti, per cui ne faremo nel 2001. Il messaggio che vorrei lanciare, dal punto di vista dei Comuni, è che non si può sanitarizzare tutto. Ho sentito molti discorsi. Sul campo abbiamo tanti attori. La lotta alla droga dobbiamo decidere se è prevalentemente sanitaria o prevalentemente un fatto sociale ed educativo. E di conseguenza occorre che le competenze vengano messe in campo. La prevenzione so che è un grande tema, è contraddittorio. Dopo tanti anni, sono tentato di pensare che la prevenzione non serva a niente, perché mi sembra che viviamo in una società drogastica, però a volte, mi dico, se non facessimo nemmeno questo sarebbe un disastro. Non so dove andremo a finire. Però la prevenzione, che è un grande tema, va fatta dai Comuni, dalle associazioni, dalle scuole. Il reinserimento, che è un fatto prevalentemente sociale, perché è inutile dare un lavoro a una persona se non è integrata nel contesto sociale, è un fatto che attiene prevalentemente alle attività programmatorie dei Comuni. Ho molto paura, e voglio molto bene ai SERT, perché sono in trincea. Non lavorerei mai al SERT, lo dico sinceramente. E voglio molto bene alle persone che lavorano nei SERT, però ho molto paura che tutto questo si riduca a una politica socio - sanitaria.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Ritorniamo a Torino, con Donatella GIUNTI, entriamo un po' nel segreto di una Prefettura; non abbiamo ancora sentito parlare un operatore di questa.»

Donatella GIUNTI:-«Sono un'assistente sociale della prefettura di Torino, dei famosi NOT, che prima venivano nominati. Noi vediamo una marea di consumatori di droga. Ultimamente, almeno negli ultimi due anni, i cosiddetti tossicodipendenti cronici non arrivano in Prefettura: non ce ne sono più così tanti, perché sono molto seguiti dai SERT o dalle comunità. Invece assistiamo al nuovo fenomeno sia delle nuove droghe, prevalentemente ecstasy e cocaina, e alla grossissima fetta di consumatori di hascisc, che spesso e volentieri vengono dimenticati. La legge li considera comunque consumatori di sostanze stupefacenti, è un illecito. Che facciano uso viene dimenticato e spesso e volentieri si fa finta che non esistano. Però questi, prima o poi, a un SERT arrivano. Perché o si prendono la sanzione, è una legge comunque repressiva, ma c'è, o dovrebbero andare al SERT, per fare una sorta di programma. E qui è il problema di fondo e vale per loro, vale per i consumatori occasionali di cocaina o di ecstasy, non si considerano tossicodipendenti, i SERT hanno una connotazione per tossicodipendenti e per adesso non è cam-

biata. Non ci sono dei servizi intermedi, se non quelli gestiti in parte dal privato sociale, ma a cui non possono comunque accedere i ragazzi. L'esigenza che era già venuta fuori due anni fa nell'altra conferenza era quella di creare dei punti di aggregazione in cui i ragazzi che utilizzano sostanze da sballo possano comunque rivolgersi quanto meno per avere delle informazioni, ragionare sul rischio e sul pericolo che c'è nell'assunzione di droga e poi ognuno si prende le proprie responsabilità, compresi i ragazzi, perché dobbiamo anche abituarli ad essere responsabili. Questa fetta comunque manca e continua a mancare, per cui abbiamo o tutti incasellati come tossicodipendenti, indipendentemente dall'uso di sostanza e indipendentemente dal tipo e dalla modalità del consumo. Oppure vengono tutti sanzionati. Ti tolgo la patente, la carta d'identità valida per l'espatrio, il passaporto, il porto d'armi se ce l'hai, nessuno ce l'ha, te li tolgo per due, tre, quattro mesi. E poi tanto ci rivediamo fra quattro, sei mesi, un anno, magari dopo dieci anni, perché non c'è una prescrizione. L'aspetto che comunque, secondo me è un grosso limite dei SERT in questo ultimo periodo, soprattutto per quello che riguarda la mia realtà che è Torino, è che non stanno più uscendo fuori dalle mura dell'ambulatorio. Si erano fatte delle esperienze interessanti e notevoli prima, lasciamo perdere l'unità di strada, parlo di questa fetta di ragazzi che fanno uso di sostanze e non sono tossicodipendenti. Non si esce fuori, cioè tutto ritorna dentro l'ambulatorio. E quello che diceva prima l'assessore di Biella, della medicalizzazione, è proprio così. Cioè chi faceva progetti, non per incensare la mia categoria o quella degli educatori, erano comunque gli assistenti sociali e gli educatori. Adesso il loro potere di progettazione per altri tipi di intervento è comunque molto sfumato. Chi decide e chi fa è il medico: mi piacerebbe, giusto come nota polemica, sapere quanti operatori dei SERT che sono presenti a questa conferenza sono medici, quanti sono educatori, quanti assistenti sociali. Perché da quello che ho un po' captato rispetto alle persone che conosco, che sono qua, di Torino, in prevalenza sono i medici. Gli operatori, che sono quelli che lavorano con le famiglie, col disagio, a volte un po' al di fuori, non ci sono. Ultimissima considerazione, credo che sia importante ragionare su questi consumatori di sostanze: si può anche modificare la legge, ma credo che in questo periodo sia un po' difficile, per le diatribe ideologiche che ci stanno dietro. Per di più sono consumatori di sostanze in un certo periodo della loro vita, perché ormai, potrò sbagliarmi, ma chi consuma in modo anche massiccio hascisc, ecstasy e cocaina, perché l'aumento della cocaina c'è come sostanza da sballo, non come tossicodipendenza di qualche anno fa, non sono tossicodipendenti, lo fanno per un periodo limitato della loro vita; viene fuori dai colloqui che noi facciamo con i ragazzi. Nel senso che dicono: poi tanto trovo la ragazza, trovo un lavoro e mi calmo. Allora è un periodo di trasgressione che però può essere pericoloso per loro, perché comunque induce anche dei comportamenti a rischio sul piano sessuale, sul piano relazionale, sul piano magari di alcune abitudini, tipo guidare sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e alcool. E questo è l'altro problema. Molti dei ragazzi affermano e ammettono un uso combinato di hascisc e alcool, di cocaina e alcool, di ecstasy e alcool. Allora il mix di tutte queste cose può avere dei risultati anche pericolosi. Credo che dovremmo inventare o ritornare ad alcune proposte fatte anche anni fa di luoghi adatti a loro. I SERT, per loro, così come sono strutturati adesso, non servono. Loro scappano. O ci vanno per un'adesione formale: ti faccio un po' di pipì per il test e così non mi rompi più l'anima, né tu SERT, né tanto meno tu Prefettura. Però altri progetti che il ministero dell'interno ha provato a fare, con tutti i limiti burocratici del mio ministero e delle prefetture, a volte, un po' spesso, trovano opposizione da parte degli operatori del pubblico.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Mi sembra che a questo punto, dovremmo sentire, se c'è, il rappresentante del CORA, che è Giulio MANFREDI».

Giulio MANFREDI:- «Faccio parte del CORA che è un movimento radicale antiproibizionista. Volevo sottoporre alla vostra attenzione il decreto di regionalizzazione dei SERT,

che è a buon punto, la conferenza Stato - Regioni ha dato l'okay. Questo decreto non ci convince sull'articolo 5 quando, riferendosi agli orari di apertura dei SERT, parla di almeno cinque giorni alla settimana e otto ore giornaliere, garantendo l'accesso al pubblico per lo meno di cinque ore. Un oratore precedente diceva giustamente che questi sono i requisiti minimi. L'esperienza di questi dieci anni ci porta, e mi porta a dire, che questi saranno i requisiti massimi. Perché se noi fissiamo già agli orari di apertura minimi, riducendoli ulteriormente, da Roma alla Regione saranno ridotti ancora e dalla regione alla Asl ancora di più. Per cui noi poniamo questo problema. Un problema legislativo, secondo noi il decreto contrasta con la legge nazionale antidroga, articolo 118, che parla di un servizio svolto dal SERT nell'arco delle ventiquattro ore, per cui in sede giudiziaria cercheremo di farlo decadere se verrà emanato in questo modo. Su un problema operativo per gli operatori, mi domando, per esempio, se parlare di cinque giorni alla settimana significherà che la maggioranza dei SERT lavoreranno dal lunedì al venerdì e non lavoreranno né il sabato e né la domenica. Il ministro TURCO vuole lanciare una grande campagna sulle nuove droghe. Mi domando quali operatori sanitari andranno il sabato sera o la domenica sera a fare informazione e prevenzione. Aggiungo che qui c'è un altro problema. C'è il problema dell'analisi chimica e dei test. Conosco per esempio una bellissima delibera della giunta regionale dell'Emilia Romagna, il progetto "Nuove droghe" del '97, che dice: gli operatori devono andare a fare i test. Mi risulta che sia inattuata perché gli operatori giustamente vogliono essere tutelati e non vogliono essere accusati dal GASPARRI di turno, da un magistrato di turno, di istigazione all'uso di droghe o agevolazione all'uso di droghe. Quindi il ministro TURCO che ieri su questo si è pronunciata, ma con un vago giro di parole, dovrebbe, e può farlo, c'è ancora tempo prima della fine legislatura, emanare un decreto, di concerto col Ministro di Grazia e Giustizia, che appunto garantisca gli operatori sanitari da problemi giudiziari. I test si possono fare; ci sono voluti i centri sociali, purtroppo, con grande ritardo, per far vedere agli italiani che esistono questi test. In Olanda gli operatori sanitari lo fanno da cinque o sei anni, è ora di farlo anche in Italia e di farlo subito. Un'ultima cosa, sulla situazione delle carceri, che è terribile. Anche qui purtroppo abbiamo delle leggi fatte molto bene, molto precise. Naturalmente c'è la legge Jervolino - Vassalli del '90 che prevedeva già convenzioni tra SERT e carceri. Purtroppo inattuata, ce lo ha detto ieri VERONESI: su 208 carceri i SERT hanno accesso solo al quaranta per cento delle stesse e il metadone è dato al cinque per cento dei detenuti tossicodipendenti, mentre nel resto d'Italia, nei SERT, ci avviciniamo al cinquanta per cento. Esiste la legge di riforma della medicina penitenziaria, il decreto legislativo numero 230 del '99, che intende garantire livelli di prestazione ai detenuti tossicodipendenti analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi. Dal 1° gennaio del 2000 tutto il settore della cura e prevenzione delle tossicodipendenze in carcere doveva passare ai SERT, purtroppo è ancora una legge inattuata. E credo che da questa sessione, e dagli operatori presenti, debba venire un invito pressante al governo ad applicare le sue leggi. C'è lo stand del CORA, per chi volesse approfondire l'argomento.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Mi sembra importante, tra l'altro, che si evidenzi il pianeta carcere. Ieri i centri sociali hanno organizzato proprio un incontro, era interessante, ho visto il tema. Qualcuno dice: era il gruppo che è nel carcere. E tra l'altro, ci sono stato un'oretta, hanno approfondito molto la legislazione, l'attenzione e siccome mi sembra, mi permetto di dirlo, che tutta la rete dei servizi si deve radicare sul territorio, mi sembra che il carcere effettivamente dovrebbe far parte del territorio. Quindi passiamo subito ai miei cari amici del SERT di Trieste.»

Voce Femminile:-«Colgo l'invito di Don GALLO ad essere più pragmatici, quindi cercherò di parlare di quello che siamo riusciti a fare, ponendo alcuni quesiti e alcuni problemi. Allora il primo di tutti, rispetto alla regionalizzazione delle competenze: noi diciamo che una regionalizzazione di competenze così complesse suscita anche qualche preoc-

cupazione. Perché il problema delle dipendenze non ha, nel bene o nel male, una teoria di riferimento univoca, che stabilisce cosa è giusto fare. E quindi le scelte strategiche, così come le pratiche, possono essere influenzate da assunti ideologici pregiudiziali. Il cittadino, a seconda della sua residenza, potrebbe ricevere risposte molto diverse da regione a regione, proprio perché diversi potrebbero essere gli assetti organizzativi realizzati. E rispetto a questo devo dire che il quadro che ci hanno offerto le regioni ieri non ci conforta, nel senso che è talmente disomogeneo che ci fa temere che possa accadere esattamente questo. Sottolineiamo quindi l'importanza di linee guida centrali, non di tipo generico, ma chiarificatrici delle politiche di intervento statuali da attuare. Vuoi sulla riduzione del danno, le priorità generali, gli standard minimi di risposte da garantire in tutto il territorio nazionale. E quindi anche il conseguente monitoraggio per seguire la reale concretizzazione dei servizi come altri prima di me hanno detto. Rispetto alle Asl e ai dipartimenti delle dipendenze, la nostra Regione è stata tra le prime a deliberare l'istituzione del dipartimento delle dipendenze e l'ha fatto all'interno delle Asl. L'importanza e il significato di ciò scaturisce dall'essere un modello organizzativo forte, provvisto di budget e di potere di comando, con funzioni di coordinamento. Proprio per queste ragioni, e a maggior titolo rispetto ad altri modelli organizzativi, può garantire l'erogazione di tutte le risorse necessarie a quei soggetti che deboli, in quanto tossicodipendenti, nei luoghi della medicina di tutti, convivrebbero con grande difficoltà. I distretti sanitari non sono ancora in grado di accogliere qualunque tipologia di domanda e di attivare le necessarie risposte, si troverebbero costretti ad espellere tutto quanto è atipico, diverso e disturbi l'organizzazione data, pur di garantire gli standard prestazionali ordinari. In una futura strutturazione della sanità territoriale più forte, più ricca di risorse, di cultura, il distretto potrebbe essere l'unico motore che produce e coordina tutte le risposte di salute, per tutti i cittadini di un determinato territorio e dunque anche per i tossicodipendenti. I servizi per le tossicodipendenze debbono in questo senso attivarsi per sviluppare questi percorsi di normalizzazione e di inclusione sociale, per iniziare a individuare delle possibili deleghe di competenza e di sapere tecnico ad altri soggetti istituzionali, senza paura di essere messi in crisi nelle proprie competenze e saperi. Chiarisco che si tratta di un obiettivo a lunghissimo termine. Nell'attesa, il dipartimento delle dipendenze resta, a nostro avviso, il modello organizzativo più consono alle problematiche specifiche. Però il processo di distrettualizzazione, secondo noi va nella direzione opposta rispetto al proliferare di continui specialismi di settore, di risposte separate e parziali al problema. Che con l'obiettivo di curare la dipendenza, spesso, non accompagnano né la persona, né il contesto sociale, a riconoscere la possibilità di condividere medesimi luoghi e referenti terapeutici. Ma la trattengono all'interno di un circuito, scusate, separato, ed a volte parallelo, col rischio di favorire la cronicità e anche questo è stato già detto. Ravvisiamo una tendenza alla proliferazione diagnostica, sia nel pubblico che nel privato. Che sottrae attenzione e risorse ad altre operatività meno medicalizzanti e meno pericolosamente riduttive del problema. A Trieste le unità operative territoriali del dipartimento delle dipendenze, sono, in questo momento, cinque. Hanno ormai ottenuto un proprio spazio logistico e funzionale all'interno dei distretti sanitari e partecipano settimanalmente alla riunione di programmazione di tutte le strutture operative del distretto. Nel distretto lavoriamo in modo integrato, con l'équipe dei minori, sono già stati approvati protocolli operativi congiunti. Con gli operatori della salute mentale, per la presa in carico di soggetti tossicodipendenti con compresente disagio psichico. Con i medici di medicina generale, cinque, associati tra loro per ogni distretto, si cogestiscono ambulatori per il metadone, con personale infermieristico del distretto medesimo. Ognuno dei quattro ambulatori distrettuali può prendere in carico un massimo di venti utenti. La collaborazione con i medici di medicina generale da noi è partita dopo i referendum del '93 e permette ora di seguire con sessanta medici circa duecento, duecentocinquanta tossicodipendenti, tra distretti ed ambulatori privati. Chiaramente questo in più rispetto a quelli che seguiamo all'interno del SERT. È un progetto finanziato col fondo droga, incentivato dall'azienda

sanitaria locale, che prevede protocolli di intesa sulla modalità di trattamento e di valutazione. È in ipotesi anche la riorganizzazione del servizio sociale territoriale al fine di predisporre momenti comuni di apertura al pubblico presso il distretto. Cioè assistenti sociali del Comune, del dipartimento e del distretto che lavorano insieme in orari di apertura. Le risorse finanziarie sono chiaramente autonome e divise, ma l'obiettivo è di integrare fortemente le pratiche, superare le differenze formative di base, raccordare le politiche più generali sulle fasce deboli. Si parla di interventi sanitari a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. L'intervento sociale, è inutile che lo ripetiamo, viene inteso come sostanziale, perché per noi dà senso e ragion d'essere allo stesso programma di cura, non importa che questo sia volto alla condizione drug free o che sia finalizzato alla stabilizzazione della persona ancora in trattamento sostitutivo. Per quanto riguarda il rapporto col privato sociale, a Trieste c'è una pratica ormai più che decennale iniziata dall'esperienza psichiatrica. Da noi l'integrazione c'è, funziona, da parecchio tempo. Probabilmente il privato sociale che è a Trieste è un privato per certi versi anomalo, nel senso che è una sorta di filiazione dell'esperienza psichiatrica basagliana, che c'è stata, e quindi è un privato che confligge poco, nel senso che è nato sulla stessa lunghezza d'onda del servizio pubblico che quella volta governava l'esperienza. Per cui l'integrazione funzionale con alcune cooperative e comunità si declina in modalità di intervento che oggi vanno dall'équipe mista pubblico - privato che gestisce servizi a bassa e media soglia, quindi le unità di strada, i centri diurni, i gruppi di disintossicazione, sono cogestiti con queste équipe miste, alle più tradizionali collaborazioni per interventi di tipo residenziale, preventivo e riabilitativo. Secondo noi il gruppo misto permette l'interscambio continuo e la massima sinergia rispetto alla presa in carico e alla reciproca formazione, favorisce una contaminazione culturale e metodologica che costringe a confrontarsi sul merito delle questioni da gestire fianco a fianco. Rispetto al Comune, non posso che ribadire tutto quello che è già stato detto per cui non mi attardo. Il sistema sanitario che poggia su servizi pubblici e privati accreditati si deve porre il problema dell'armonia dei diversi territori in relazione alla quantità, qualità e differenziazione dei servizi. Essere coattori al tavolo regionale permetterà di partire correttamente dalla lettura e analisi dei bisogni di quel territorio, permetterà di evitare, come abbiamo detto, la mancanza di risposte in aree fondamentali di intervento, la presenza di risposte sovrabbondanti per tipologia operativa. Però la nostra preoccupazione è chi governa il nuovo e complesso assetto organizzativo e funzionale, cioè chi raccoglie la domanda dell'utente? Chi orienta questi all'interno delle maglie della rete di risposte terapeutiche? Chi lo accompagna e tiene le file dell'intero percorso riabilitativo? Chi connette tra loro i diversi referenti istituzionali implicati nell'intervento? Il privato, pur se qualificato, specializzato, non ha la responsabilità, istituzionale dell'insieme, del complessivo del trattamento. Il pubblico deve avere funzioni di coordinamento nelle politiche socio - sanitarie di un territorio e di orientamento nell'utilizzo della rete dei servizi. Non è questa una di quelle funzioni che il pubblico può alienare. Crediamo anzi che questa pratica dell'attenzione globale, dell'accompagnamento dell'utente, della funzione della difesa dei soggetti deboli come mandato istituzionale forte, della messa in discussione continua di fenomeni di ghettizzazione ed esclusione sociale, debba di dovere essere costantemente riattribuita al pubblico, come garanzia per l'intera collettività. Cioè, se a valle i servizi possono essere gestiti dal pubblico, dal privato indifferentemente, a monte la responsabilità di tutelare la salute dei cittadini permane al pubblico e la differenza non riguarda certo la pari dignità tra i due settori. Sia il pubblico che il privato affrontano in questo caso questioni di interesse pubblico. Il privato va a completare l'offerta proponendo interventi, prestazioni o servizi anche di tipo specialistico, che il pubblico compra, tramite convenzione, al fine di assicurare una maggiore qualità all'utenza e di ottimizzare l'utilizzo di risorse a disposizione.

Mi associo a Don GALLO rispetto alla questione carcere. Riteniamo che il carcere sia un punto nodale della rete territoriale e vogliamo esprimere la nostra preoccupazione rispet-

to alle dichiarazioni del Ministro FASSINO. Vorrei che anche in questa sessione si dicesse che siamo fortemente in disaccordo con lui rispetto all'analisi che ha fatto delle misure alternative alla detenzione; ritengo che sia penalizzante, inaccettabile da parte delle comunità un ruolo di controllore sociale, di contenitore come quello che lui ha prospettato, ritengo che sia inaccettabile per i servizi pubblici non essere neppure nominati nella costruzione dei programmi destinati all'affidamento in prova, perché vuol dire negare un'esperienza diffusa nel territorio e, tra l'altro, indispensabile per variegare la risposta terapeutica.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Ma secondo me il ministro si è dimenticato, perché è una prassi normale del 47 bis.»

Voce femminile:- «Sì, o si è dimenticato o non ha letto l'articolo.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Visto che ancora siamo tutti qui, c'è il nostro chiarissimo relatore, che per il pomeriggio ha una proposta. Vorrei che la sentiste, così vediamo se siamo d'accordo.»

Dott. Mario PETRELLA:-«Pensavo di proporvi di lavorare in questo modo nel pomeriggio. Visto che abbiamo due ore a disposizione, dalle due e mezza alle cinque, quindi sono due ore e mezza. Tenendo presente però che, e questa è una informazione che è bene sappiate tutti quanti, tranne se non sarà confermata: ci sarà un unico speaker, quindi un portavoce per tutte e tredici le commissioni, domani mattina. Potremmo ragionare così: nel pomeriggio, diamo spazio a tutta una serie di interventi, però con la raccomandazione che ha fatto Don GALLO.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Che siano costruttivi.»

Dott. Mario PETRELLA:-«Costruttivi. Dovranno ricordare un attimo ancora la criticità, ma immediatamente con la raccomandazione e la proposta. Poi dopo, all'ultima ora, dobbiamo ragionare sul documento finale, che non dovrà essere di più di due cartelle. Per cui con l'aiuto e l'integrazione di qualcun altro, vi proporrò una lettura del percorso e dei punti più salienti, ma proprio all'inizio dell'ultima ora, ci saranno degli interventi molto veloci e brevi per ricordare all'interno di questi punti quali sono le omissioni, quali sono le articolazioni. Finiamo però, se siete d'accordo a nominare, andando a scegliere molto velocemente, ve lo proporrò io stesso caso mai, quattro o cinque persone che mi aiutano poi dopo nella stesura finale del documento. Se ci sarà voglia insomma e volontà da parte di qualcun altro. In modo tale da garantire che il lavoro che abbiamo fatto sia rappresentato fedelmente in una situazione quale è quella di domani che, a parer mio, rischia di essere una passerella che tenga poco presente i lavori duri di una delle commissioni di oggi che sono anche la conseguenza del lavoro di tre anni degli operatori che hanno affiancato la consulta e delle esperienze che sono state rappresentate.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Allora, siamo d'accordo a maggioranza. Chiudiamo questa mattinata, con un ultimo intervento del presidente delle comunità pubblica, Michele LANZI.»

Michele LANZI:-«Volevo partire dall'affermazione che faceva Bianca COSTA, mi dispiace di non vederla, quando diceva che fra il rimbalzo tra pubblico e privato ci troviamo sempre in mezzo a dover dare ragione ad entrambi o a dispiacerci di qualche cosa. Io sono esattamente in questa situazione. E poi è stata più volta ricordata la pari dignità. Per anni ho combattuto per ottenere la pari dignità. E vi faccio un esempio. Quando tre anni fa il Ministro BINDI, allora ministro della sanità, fece un'assemblea nazionale per

costituire una commissione di lavoro per il rinnovo dell'atto di intesa Stato - regioni, per le comunità, a Lungo Tevere Ripa c'erano un centinaio di persone in rappresentanza di tutte le sigle del variegato mondo delle comunità private, associate, di vario tipo e di varia natura. Di tutto l'apparato pubblico, comunità, SERT e aziende sanitarie. In mezzo a cento e più persone, ce n'erano due soli: il dottor CONSOLI e io. Mi sono battuto per la pari dignità, perché il pubblico abbia la voce giusta. Perché non sempre, in tutti gli organismi, il pubblico è parimenti rappresentato. Non me ne vogliate, ci sono testimoni oculari. E lo stesso per quanto riguarda alcune lungaggini. Non devo difendere l'apparato pubblico, non è mio compito, anche se un po' di parrocchia la faccio anch'io. Il discorso dell'atto di intesa. Riccardo DE FACCI dice: è colpa del privato, colpa del pubblico. No. Ci sono alcuni passaggi alle volte che non sono colpa né dell'uno né dell'altro. Quando abbiamo elaborato l'atto di intesa, dico abbiamo perché poi alla fine, in qualche modo il pubblico è riuscito ad avere un pezzettino di rappresentatività all'interno della commissione, abbiamo voluto, a norma di garanzia di tutti, che l'atto di intesa non arrivasse così nel dettaglio da poter diventare un atto che veniva imposto in tutte le sue parti e tutelare la specificità della potestà regionale normativa. Per offrire la possibilità di dare degli sviluppi di interazione a livello regionale e a livello locale, una serie di norme sono dichiarate e rinviate alla determinazione regionale locale. È il discorso della coprogrammazione di cui stiamo parlando, quindi che non riesce a decollare. L'atto di intesa è stato pubblicato a ottobre. Non è passato un anno. Si dice che non sono tempi ragionevoli. Ma la settimana scorsa abbiamo abrogato la legge Crispi del 1890. Con un po' di pazienza ci arriviamo. Che cosa volevo dire? Che quando si valutano questi tempi è facile fare demagogia da parte di chiunque. Allora dovete sapere, non credo di svelare nessun mistero, ma l'atto di intesa predeterminato, pronto per essere pubblicato, è stato fermo sei mesi nella sede ministeriale perché un Don Ciccillo di turno ha avuto il documento, non riconosceva nella specificità, nel ventaglio di tutte le articolazioni, che avete visto. Due anni e mezzo per fare una stesura. Se adesso le Regioni si pigliano qualche mese in più per fare il regolamento di attuazione, invito tutti alla tolleranza.

Rappresento, Don Andrea, le comunità pubbliche, e da un certo punto di vista anche un po' l'azienda pubblica che è sempre assente ai vari tavoli. C'è il ministero, c'è la Regione, ci sono le comunità. Poi quelli che hanno i soldi, quelli che devono decidere il dettaglio, quelli che in qualche modo devono lavorare insieme stranamente non ci sono. Anche questa è un'anomalia che in qualche modo andrebbe sistemata. Allora qualcuno si domanda: le comunità pubbliche che senso hanno? Vanno un po' contestualizzate, sono circa una cinquantina in Italia. Noi ne abbiamo già verificate circa trentadue, quindi siamo in grado nei prossimi giorni di darvi un prontuario, proprio di fornire una specie di manuale con le destinazioni, le tipologie degli interventi, le prestazioni e quant'altro. Sono nate non in contrapposizione, salvo qualche caso, ma in ragione delle rigidità del sistema; quindici o vent'anni fa l'offerta di comunità pubblica era a tal punto, per certi versi, rigida, ingessata o ideologicamente, o nei programmi, o nelle fasi, che non sempre era facile prendere i ragazzi con i loro problemi e metterceli dentro. Allora è nata da parte di qualcuno la necessità di cominciare quel percorso che oggi ci vede felicemente, e tutti molto più avanzati, a dire: costruiamo sul bisogno, e non sulle tipologie. Questa è stata la ragione per cui in molte parti d'Italia sono nate delle comunità pubbliche che non volevano contrapporsi al privato. Avevano l'esigenza di dare risposte a quelle nicchie di bisogni e di problemi che non trovavano soddisfazione. Per anni, non me ne vogliano i cattolici, lo sono anche io, avveniva la selezione dell'utente. Non ci scordiamo le cose. Per cui in alcune comunità non si entrava se non c'era un pedigree, una professione, una famiglia. Come servizio pubblico avevamo il dovere di dare risposta anche a questa gente. Quindi è nata questa rete. È indubbio che oggi la situazione si è notevolmente evoluta. E io, ripeto, sono d'accordo con la Bianca COSTA quando dice che nonostante i punti di criticità del nostro rapporto, perché siamo un sistema complesso, di passi avanti ne abbiamo fatti onestamente tanti. Dal punto di vista culturale,

organizzativo, degli strumenti normativi. Avete visto, sia pure con la nota celerità di applicazione, che abbiamo un po' più di strumenti. Oggi c'è una situazione particolarmente interessante: la possibilità di riattribuzione di compiti e di tipologie di interventi. Cioè se quel discorso della concertazione, che poi diventa coprogrammazione, viene, con un minimo di buon senso, attivato sui tavoli, forse, per la prima volta, siamo in grado di metterci al tavolo fra pubblico e privato e dire: chi fa che cosa. E insieme vedere quello che manca. E questa non è fantasia. E' negli strumenti giuridici e amministrativi che ci sono dati, anche se manca qualche dettaglio. Allora il problema diventa, per noi, la costruzione della rete. Ma non di tante catenelle, come quelle che abbiamo in qualche modo ora. Per cui c'è la rete delle comunità di Tizio, la rete delle comunità di Caio e poi il pubblico che interagisce per spezzoni di attività. Forse dobbiamo fare un passo avanti per andare verso la costituzione del complesso del sistema, dell'offerta e quindi poi ripartire dal discorso del percorso assistenziale e dei bisogni individuali per far coincidere questa domanda con questa offerta. Allora, visto che il tempo è stringato, evito tutta una serie di altre osservazioni e ripropongo il problema delle comunità pubbliche.
Noi riteniamo di avere ancora un senso, perché la domanda a questo punto potrebbe essere: ma se, a questo punto, la rete in qualche modo si è diffusa, i servizi vanno meglio, ha ancora oggi un senso mantenere delle strutture a gestione diretta delle aziende? Secondo noi sì, se facciamo un qualche distinguo. Se qualcuno pensa di mantenere in piedi la rete delle strutture pubbliche solo per la gestione della routine o per sterili ulteriori contrapposizione territoriali, sbaglia tutto. Dal nostro punto di vista e quindi dell'associazione che rappresentiamo riteniamo che, con un minimo di intelligenza, si possa invece rivalutare tutta la positività del percorso che abbiamo fatto. Allora in questo ambito, noi per primi, e quindi noi come associazione, ci sentiamo, dicevi di fare delle proposte, di proporre alle nostre aziende e alle nostre strutture comunitarie di recuperare una dimensione di ricerca e di sperimentazione. Cioè di valorizzare tutta la risorsa che siamo, e non è poco, perché? Perché come struttura pubblica abbiamo una pluralità di professionalità e di mezzi; abbiamo dei costi che già vengono sopportati e quindi non si tratta di andare a cercare risorse aggiuntive, ma di spostare il limite del nostro intervento. Le nostre strutture sono abbastanza piccole, la media di ricettività delle nostre strutture è attorno a sedici, diciassette, diciotto persone, il che ne dà una dimensione interessantissima. Se insieme, ripeto, cominciamo ad immaginare questa piccola rete come una rete di servizio a disposizione. Perché noi pensiamo di poter essere utili in una differenziazione di offerta sui nuovi bisogni, come la comorbilità, tutte le dipendenze ai vari livelli, tutte le patologie associate. Cioè tutti i problemi che richiedono strutture complesse alle spalle, che spesso il privato nonostante la sua buona volontà non è in grado di dare come risposta complessiva. Noi possiamo beneficiare di quello che siamo, per entrare nella rete, ma non per litigare. Per essere quella parte, è stato ricordato stamattina, di complementarietà, di ricerca avanzata, di struttura che può dare delle risposte. Tra le varie patologie, lo vediamo, c'è l'alcool, ma oserei dire, perché è un problema anche per noi, il gioco d'azzardo. Cioè tutta quella gamma di dipendenza, come è stato ricordato, che comincia a rappresentare per noi delle nuove frontiere di bisogni, perché non c'è solo l'eroina, e lo sappiamo tutti. Ormai il complesso della situazione sta evolvendo in una maniera tale per cui abbiamo necessità di prepararci a dare risposte. Ebbene, noi diciamo: siamo una parte delle risorse del territorio, non vogliamo essere né di più né di meno degli altri. Forse possiamo diventare una risorsa complementare, se si va tutti nella stessa direzione. Quindi non le comunità pubbliche per la gestione delle routine, non le comunità pubbliche per le contrapposizioni vuote e sterili, ma come risorsa di rete per poter costruire questo sistema. Quindi la complementarietà che noi offriamo, partendo dalla programmazione, quindi dall'utilizzo dei nuovi strumenti, perché veramente si possa andare ragionevolmente, cristianamente questa volta Don GALLO, verso un sistema veramente integrato senza stupide e antistoriche contrapposizioni.»
Chairman Don Andrea GALLO:- «Molto bene. Allora, un ringraziamento a tutti coloro che

stamani sono intervenuti, abbiamo fatto passi da gigante, qui c'è una fedeltà.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Don Andrea GALLO:- «Dopo tutta la panoramica di questa mattina, penso che gli interventi dovranno essere molto sintetici e soprattutto riuscire a portare qualche contributo, perché sento in giro ancora, a volte, dello scoraggiamento, sia dai rappresentanti che lavorano in Prefettura, sia dagli assistenti sociali, nei vari enti. Qui si parla di reti. E ho sentito molto pessimismo, molta stanchezza di tutti gli operatori che lavorano nei vari servizi. Non so, forse c'è solo un po' di trionfalismo, lo dico io che vengo dalla parte delle cosiddette comunità residenziali. Forse il trionfalismo rimane solo nelle comunità, mentre da tempo noi delle comunità dovremmo fare un esame di coscienza, come dicevano i miei vecchi, cioè un po' di verifica, un po' di attenzione. Sembra quasi che ad un certo momento, non so, parla un ministro, parla un professore, immediatamente si reagisce, si strappa le vesti. Chiunque porta delle sue linee è discutibile. Tuttavia mi dico: stiamo attenti. Parlo soprattutto per le nostre comunità. Tuttora aderisco al CNCA, ma li vedo assenti, vorrei che ci fosse qualcuno del CNCA. Ho sentito con molta attenzione l'operatore delle comunità pubbliche, ho sentito una maggiore apertura, una maggiore attesa, un maggior bisogno di chiarimento. Ma allora, l'unica o la vera ricetta per andare in questo fenomeno così complesso, chi ce l'ha? Ce l'avete solo voi? Direi di ritrovare la speranza. Oggi ho visto "Repubblica" che dice "il teatrino della conferenza". E il bello è che il titolo non corrisponde alla descrizione dell'articolo. E invece penso che non è un teatrino. È da martedì che tanta gente qui si sta impegnando, con difficoltà. Quindi non c'è nessun teatrino. Oltretutto la posta in gioco è talmente alta, che come fa ad essere un teatrino? Ad ogni modo ai tanti che hanno deciso di non partecipare, rispettando le loro scelte, dico che gli assenti hanno sempre torto. Veniamo, dibattiamo, facciamo un approfondimento, un confronto. Anche lacerante. Ma se veramente uno crede alla posta in gioco, cioè a questo binomio di vita e salute, che è una verità superiore, dico che bisogna ascoltarsi, bisogna dialogare, bisogna rapportarsi. Proprio in questo senso. Quindi iniziamo subito come è stato programmato da stamattina, e voi l'avete approvato a larga maggioranza, per non dire all'unanimità. Diamo un'oretta al nostro relatore, per fargli raccogliere ancora delle proposte, delle indicazioni costruttive, da poter dare il nostro contributo, modesto, semplice: l'abbiamo già ripetuto, siamo a fine legislatura. Mi chiedo se i drogati sono di sinistra o di destra, cioè quando c'è la vita. Quando si dice: ma tanto è fine legislatura, c'è la campagna elettorale, rispondo che il disagio dei giovani non va in ferie e non ha varie campagne. Quindi cerchiamo di raccogliere ancora qualche spunto, ce ne sono già stati tanti interessanti. A un certo momento sono state fatte delle denunce su alcune lacune; tuttavia ci sono state anche proposte. Sentiamo subito il Comune di Milano, col dottor Eleuterio REA.»

Dott. Eleuterio REA:- «Vi parlerò brevemente delle linee di intervento che la città di Milano si è data circa l'abuso e le dipendenze da sostanze stupefacenti per il prossimo triennio. Queste linee si inseriscono in uno scenario complesso, che si caratterizza per i rapidi cambiamenti della realtà sociale e una notevole variabilità nei rapporti tra i soggetti che operano nel campo della tossicodipendenza. Si è quindi sentita la necessità di compiere un lavoro di analisi e di elaborazione a più voci sugli aspetti citati. E quindi è stato altrettanto importante ripercorre la storia della presenza dell'amministrazione comunale e della città di Milano nel campo della tossicodipendenza, per identificare il ruolo specifico che il Comune deve assumere e i compiti che dovrà svolgere. Le linee hanno recepito tutti questi aspetti e nel tracciarle si è tenuto conto dello scenario in cui esse andavano a collocarsi. In primo luogo i cambiamenti intervenuti sia rispetto alle qualità delle

sostanze, sia alla tipologia dei consumatori e alle motivazioni e alle circostanze in cui si verificava l'uso. Ci riferiamo alle nuove droghe, all'abbassamento dell'età, alla funzione di stimolo e rinforzo che ad esse viene attribuita dai consumatori. Come anche alla nuova realtà dell'immigrazione. Si è poi conservata l'attenzione verso altre esigenze che permangono più o meno costanti nel tempo, quali il reinserimento sociale, gli intervento di riduzione del danno e quelli di sostegno. Che però richiedono, come tutti sapete, una costante verifica e revisione. Si è infine tenuto conto del fatto che il fenomeno della tossicodipendenza è plurideterminato. Su di esso, come è a voi noto, incidono fattori che attengono all'area sociale e sanitaria, culturale, psicologica ed economica. Il che richiede interventi a tutto campo e una gamma molto articolata di progetti e servizi. Tutti gli interlocutori che sono presenti nell'ambito delle tossicodipendenze, quindi l'amministrazione comunale, l'Asl e il terzo settore, hanno compreso che è necessario creare modalità di interazione e collaborazione. Il primo passo è stato definire i rispettivi ruoli, tenendo conto dei mandati istituzionali. Questa operazione ha prodotto una programmazione che intende dare risposta ai bisogni dei cittadini e impostare le strategie e le azioni all'interno di cornici che evitano dispersioni, improvvisazioni e qualche volta anche conflitti tra i diversi enti. Le linee sono state costruite tenendo conto del protocollo di intesa tra Asl e Comune di Milano. E tenendo anche conto del contributo del privato sociale e della consultazione periodica e costante della Asl della città di Milano.»

Voce femminile:- «Questo lucido che vorrei farvi vedere rappresenta appunto il rapporto tra i soggetti, che in questo momento è in atto. La Asl e il comune di Milano sono collegati tra di loro dal protocollo di intesa, che è un atto formale. E sono comunque in relazione di partnership con il terzo settore. Vorrei sottolineare che c'è una circolarità di relazioni, ma che ciascuno dei due enti, la Asl e il Comune di Milano, ha anche autonomia di rapporto con il terzo settore. L'altro aspetto che mi sembra molto importante da un punto di vista non solo operativo ma anche istituzionale, è il fatto che i due enti sono legati da un atto formale, che, anche se non è stato completamente declinato, comunque fissa dei criteri di rapporto. Mentre con il terzo settore il rapporto si basa su una partnership che va costruita al di là di atti formali, e quindi sulla base di condivisione di strategie e di filosofie di intervento.»

Dott. Eleuterio REA:- «Istituiamo quindi un coordinamento interistituzionale, che vedrà la partecipazione, e questo andava proprio nel senso che il moderatore illustrava prima, del privato sociale, del volontariato, oltre che degli enti istituzionali Asl e comune di Milano.»

Voce femminile:- «Questi sono i soggetti che fanno parte del coordinamento istituzionale, che prevede appunto la presenza di due esponenti del progetto tossicodipendenze del Comune, di due esponenti del servizio alcool, tossicodipendenze, patologie correlate della Asl della città di Milano, di due esponenti del privato sociale cittadino e un esponente del volontariato cittadino.»

Dott. Eleuterio REA:- «Quindi, al termine del triennio, che è la durata del nostro compito, il coordinamento elaborerà il progetto "Obiettivo cittadino sulle tossicodipendenze". Il principio guida che regola i rapporti tra gli enti pubblici è quello di garantire la specifica competenza e al tempo stesso di prevedere anche margini di flessibilità. La stessa logica regola i nostri rapporti con il terzo settore, che ha un'esperienza storicamente molto importante e anche differenziata nel campo. Parliamo quindi di un principio di sussidiarietà orizzontale, che è il principio informatore del rapporto fra i tre soggetti che lavoreranno in modo integrato, ma senza rinunciare ciascuno alla propria identità. Questa impostazione si realizza attraverso la costituzione di tavoli di lavoro, su temi trasversali, quali, ad esempio, quello che si sta occupando della valutazione degli interventi. Vi sono inoltre contatti tra i responsabili di progetti e i partner operativi per valutare di volta in volta il

ruolo che ciascuno intende svolgere. Il Comune, in particolare, svolge il proprio compito assumendo una mera funzione di progettazione, spesso in collaborazione con la Asl e affidando la realizzazione operativa dei progetti a partner del privato sociale. Tutto questo è declinato nelle linee che quindi abbiamo articolato in quattro grandi aree: prevenzione primaria, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e trattamento.»

Voce femminile:- «Vorrei riprendere un attimo le fila del discorso. Coordinamento interistituzionale Asl, Comune, privato sociale, volontariato, che sta giocandosi su una scommessa di grandissima importanza, e cioè quella di arrivare, nel triennio, ad un "Progetto obiettivo cittadino" sulle dipendenze. E possibilmente anche a un dipartimento che lavori sulle dipendenze. Quindi è veramente una scommessa, perché i soggetti che sono implicati, come voi sapete, hanno differenti competenze, ma soprattutto anche differenti punti di vista rispetto a come affrontare il problema della tossicodipendenza. Arrivare a un progetto del genere sicuramente potrebbe essere una grossa e importantissima esperienza, perché sarebbe effettivamente una possibilità di realizzare l'integrazione a partire da un progetto ben declinato e ben delineato. Quindi non da linee che sono proprie del privato sociale, piuttosto che del Comune, piuttosto che della Asl, che prevedono sì l'integrazione, ma comunque sono specifiche dell'ente, ma da linee che sono di tutti. L'interazione su singole progettazioni la vorrei specificare, nel senso che la progettazione su singoli progetti non significa che è preordinato o precostituito chi deve lavorare con chi, ma che si tiene conto della specificità delle competente e anche delle esperienze. Per cui se si progettano interventi di prevenzione, i partner saranno quelli che più hanno esperienza in questo campo, quindi non è, questo per fare un esempio, qualcosa che viene scelto in maniera casuale. Queste sono le quattro aree di intervento su cui si muove il Comune di Milano. Che sono la prevenzione primaria, il reinserimento sociale e lavorativo, la prevenzione dei rischi di deriva sociale e sanitaria, la riduzione del danno e il trattamento. Le quattro aree si declinano poi, molto rapidamente, spero che ci sia il tempo, in obiettivi, strategie e azioni. È da tenere conto che per ciascuna di queste aree esiste, già decisa, l'integrazione con gli altri soggetti. La Asl o il privato sociale a seconda dei progetti che si fanno. Nell'area della prevenzione primaria credo che non abbiamo il tempo di leggere tutta questa roba. L'obiettivo ovviamente è quello di realizzare iniziative in ambito istituzionale, il territorio. La linea di indirizzo del Comune è quella di spostarsi dagli ambiti istituzionali classici che sono le scuole, soprattutto sul territorio. Quindi vogliamo cercare di incontrare giovani e adulti in luoghi di aggregazione, nell'ambiente di vita. Per quello che riguarda le strategie e le azioni, credo che, tutto sommato, ci si possa facilmente riconoscere e immaginare quello che si vuole fare. Quest'anno abbiamo fatto una prima manifestazione abbastanza significativa e di cui vi faremo un accenno, una giornata europea mondiale di studio sulle tossicodipendenze. E vorremmo continuare su questa strada, ripetendo il 26 giugno, non delle manifestazioni un po' celebrative, al contrario, ma delle manifestazioni utili. Per quanto riguarda il reinserimento sociale e lavorativo, anche qui si tratta naturalmente di sostenere chi sta uscendo dal percorso della tossicodipendenza, questa è una delle aree esistenti da potenziare, e viene realizzata, realizzando progetti prevalentemente in partnership con il privato sociale. Per quanto riguarda poi la delicatissima area della prevenzione dei rischi di deriva sociale e di riduzione del danno ci stiamo muovendo: potete immaginare quali siano gli obiettivi, quello della tutela della salute fisica ma anche, e soprattutto, la diminuzione della marginalità sociale e dell'isolamento. Di interessante e di nuovo abbiamo questo centro di accoglienza a bassa soglia che è stato avviato alla stazione centrale con il privato sociale e tutta una serie di servizi, come questi servizi ponte, che sono tutti a bassa soglia. Per quanto riguarda in particolare la riduzione del danno in termini molto tecnici, abbiamo questa rete di macchine scambiasiringhe, che è già in via di ampliamento e che dovrebbe arrivare a predisporre sull'area milanese un numero sufficiente di queste attrezzature. L'ultima nostra area di lavoro è quella del trattamento. Dobbiamo intenderci: il Comune di Milano non

ha competenze cliniche nel senso del trattamento terapeutico in senso stretto. Quindi, per quanto ci riguarda, facciamo un lavoro di sostegno. Insieme al privato sociale, anche in questo caso. Le sigle SERT e CPS sono ovviamente quelle della Asl e hanno un taglio un po' più terapeutico e sanitario. Il Comune fa un lavoro di sostegno attraverso gruppi di sostegno, auto aiuto e counceling, che vengono poi realizzati su progetti concordati e pensati insieme dal privato sociale.»

Dott. Eleuterio REA:- «Il comune dispone anche di alcuni servizi propri che sono i servizi di accoglienza telefonica, "Lineaverde droga" e "Pronto giovani", si è dotato di un centro documentazione, insieme all'Università degli studi di Milano, che è a carattere psico - sociale e a carattere scientifico, e ha istituito un osservatorio cittadino sul fenomeno delle dipendenze che produce annualmente il rapporto sulla tossicodipendenza a Milano. Per concludere, vorremmo dire che noi, nel nostro piccolo, diamo grande importanza sia alla continuità che all'innovazione. Nell'ambito dell'innovazione individuiamo le strategie di comunicazione e riteniamo che esse costituiscano un elemento significativo, che dovrebbe essere trasversale a tutta la progettualità. Il tema della comunicazione passa anche attraverso i progetti rivolti ai giovani, nell'ambito del progetto "Milano fa prevenzione". E un primo e importante impegno in questo senso è stato compiuto, come si faceva cenno prima, nella giornata del 26 giugno, quando per il convegno europeo organizzato in occasione della giornata mondiale per la lotta alla droga, si è scelto il tema "Comunicare e prevenire". La forma abituale di convegno quindi è stata trasformata in un laboratorio sperimentale sulla comunicazione. Infatti abbiamo proiettato tutti gli spot girati nelle varie nazioni europee, per quanto riguardava il modo e i mezzi con cui tutte le nazioni affrontavano il tema della prevenzione. E abbiamo, per la verità, registrato un forte interesse e una forte affluenza di pubblico. Questa prima esperienza ha dato risultati così interessanti da indurci a continuare su questa strada, che porterà all'istituzione di un centro per la comunicazione sociale che lavorerà avvalendosi di un comitato scientifico. Per concludere dirò che da tutto questo appare chiaro come le linee dalle quali è partito il nostro discorso rappresentino il filo conduttore della presenza e dell'attività del Comune di Milano nel campo della tossicodipendenza. Senza che per altro esse costituiscano un limite all'impegno nella ricerca di sempre nuovi strumenti e all'ascolto di tutte le voci che si levano in questo settore.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Molto bene. Milan l'è un gran milan. Sembra un modello anche da esportare per le grandi città. Ad ogni modo, facciamo un po' i conti. Siamo lieti di vedere ancora tanta gente. Dopo gli interventi faremo un documento finale, che diventerà almeno una proposta concreta ai responsabili politici, dei Parlamenti, delle Asl. Adesso c'è il dottor Andrea Sergio FANTOMA, medico consulente, che è segnalato dal ministero stesso.»

Dott. Andrea Sergio FANTOMA:- «Cercherò di essere il più breve possibile. Dico anche però che sono una persona, un medico, un operatore che lavora in particolare sulla bassa soglie e centri di accoglienza. E in particolare col gruppo "Magliano 80" a Roma e nella regione Lazio. Mi era stato chiesto di porre l'accento e proporre qualcosa su alcuni problemi riguardanti i rapporti che tutti noi operatori viviamo quotidianamente, sui rapporti che abbiamo con la burocrazia della Regione, degli enti erogatori in sostanza, da un lato, e con la necessità di essere, come operatori del privato sociale, flessibili rispetto a una domanda e a bisogni che sono in continua mutazione. Un esempio lampante che le cose purtroppo in un certo modo possono continuare a peggiorare, a non funzionare bene, è stato dato recentemente in una serie di ispezioni, di interventi che sono stati fatti nell'ambito della regione Lazio e durante i quali addirittura dei funzionari sono venuti a chiedere delle cose abbastanza risibili. Tipo che un'unità mobile, un'unità di strada che fa anche pronto intervento per le overdosi, debba segnalare alla Asl e aspettare una

risposta da questa per potersi spostare come luogo di partenza. Vi lascio immaginare di fronte a quali situazioni, penso anche in alcune regioni, ci stiamo cominciando a trovare. Accolgo l'invito fatto fin dalla mattinata di segnalare alcuni problemi. Il problema è: burocrazia da un lato e flessibilità, come cercare di fare andare meglio le cose. E' l'eterno problema. Assieme ad altri colleghi, abbiamo provato a ipotizzare qualche cosa che forse non è neanche nuovissimo, ma proviamo a proporlo anche qui. Ovvero il discorso eterno dei rapporti tra il committente, tra l'erogatore dei fondi, e avere poi da parte delle persone, degli enti che vanno a svolgere i servizi, una qualità del servizio stesso. In sostanza la Regione ovviamente si fa carico, parlo di quella, ma questo discorso potrebbe valere anche per altri enti, della domanda sociale di intervento di prevenzione della dipendenza e abuso di sostanze. Abbiamo un mandato sociale che richiede alle Regioni di recepire la domanda, di analizzarla e di porsi come committenti verso alcuni interlocutori che possano organizzare una risposta competente. La Regione quindi, in sostanza, diventa l'ente committente di una serie di interventi e servizi che devono dare delle risposte, e che quindi mettono in atto dei processi trasformativi e forniscono poi quell'output che deve essere verificato dalla Regione stessa in termini di risultato utile per rispondere al mandato sociale. Ora, i criteri della verifica, in una procedura competente, è evidente che vanno decisi a monte in maniera congiunta, tra committente e chi eroga il servizio. Quindi, per esempio, tra la Regione e gli entri del privato sociale, per esempio. Nella configurazione attuale, le regioni, all'interno della logica di analisi delle organizzazioni, rischiano di costituirsi come committenti, passatemi il gioco di parole, incompetenti, visto che l'organizzazione della committenza coincide poi con quella dei servizi, ovvero della risposta alla committenza stessa. E quindi nel classico triangolo, committente, utente, consulente, che si usa comunemente nelle metodologie di analisi delle strutture organizzative, è come, in sostanza, se gli assessorati alla sanità delle Regioni occupassero due lati del triangolo. Quello del committente e quello del consulente, diventando, in sostanza, contemporaneamente, colui che organizza la domanda sociale, analizza il mandato, si costituisce come committente, eroga i servizi, verifica, paga e anche colui che assolve il servizio spesso. E come se, poniamo, in una partita di calcio, il portiere di una delle due squadre facesse anche l'arbitro. E questa centralizzazione delle funzioni spesso fa soffrire di gigantismo e diventa difficile proprio l'operatività stessa dei servizi. Dato che molti livelli logici vengono anche a confondersi poi. Non parliamo del caso in cui ci siano delle difficoltà tra assessorati all'interno della stessa regione: tralasciamo questo, perché fa parte ovviamente di un altro tipo di valutazione. Cosa che succede spesso e volentieri, per altro, e noi che lavoriamo in questo campo lo sappiamo. L'assessorato che istituzionalmente eroga servizi non può essere lo stesso che istituzionalmente organizza una committenza in maniera competente e verifica poi la rispondenza della domanda ai servizi che sono stati investiti dalla committenza. Quindi credo che bisognerebbe cominciare a ragionare seriamente su una cosa. Cioè sul fatto che in una logica naturale, di sana competizione, le Asl e gli enti del privato sociale dovrebbero essere entrambi competitori per acquisire una committenza da parte della Regione, ma in realtà il recente accordo Stato - Regioni attribuisce ancora al privato sociale una funzione ancillare, appunto di ente ausiliario, proponendo che le Asl poi acquistino i servizi degli organismi accreditati del privato sociale, rinunciando totalmente, per esempio, altra cosa che non ha molto senso forse, almeno in assoluto, a che le Regioni possano autonomamente porsi come committenti, in una logica quindi di competitività sana tra pubblico e privato. Questo costituisce un tema di evidente disparità che bisognerà affrontare prima o poi. E naturalmente la competitività nel proporre servizi più produttivi non va confusa con la mancanza di accordo e di sinergia tra pubblico e privato. Non vorrei che si interpretasse in questo senso. Laddove uno dei più evidenti criteri di valutazione da parte del committente è costituito dalla capacità dei servizi di costruire delle alleanze in una logica di intervento a rete, indispensabile nel campo delle tossicodipendenze. Quindi, secondo una logica organizzativa, potremmo dire che dovranno

essere finanziati solo quei servizi che riescono ad accreditarsi, pubblici o privati che siano, non ha importanza, magari dopo aver fatto un percorso di certificazione di qualità e dopo che la verifica costante sulla qualità dei loro servizi e sulla rispondenza delle domande posta dalla committenza, li ponga in condizione di trasparenza e competitività. A parte questa enunciazione vediamo poi quali sono i problemi concreti e reali, altrimenti rimane un'enunciazione di principio sulla quale tutti ci troviamo d'accordo, ma poi, all'atto pratico, sorgono tremila problemi. Questo, innanzitutto, deve essere attuabile sia per i servizi pubblici, sia per quelli privati. Cioè senza dare nulla per scontato. Perché altrimenti, si continuerebbe lo sperpero di denaro pubblico. Sicuramente bisogna badare alla qualità dei servizi, sia pubblici che privati. Faccio una domanda provocatoria, lo capisco. Ma se andassimo a fare una verifica, per esempio, sulla base della legge 626 sulla sicurezza nei luoghi di lavori, nei servizi pubblici, ditemi un po', troveremmo tutti in regola? E allora perché nello stesso tempo si viene a chiedere, si viene a fare la stessa cosa nell'ambito del privato sociale, in alcuni casi con estrema pervicacia e attenzione? Ci fa piacere, ma vorremmo che la stessa attenzione si avesse anche per quanto riguarda gli aspetti del pubblico. Tali verifiche quindi, che sono sicuramente sacrosante e dovute, rischiano però di divenire anche minacciose a volte, solo per gli entri del privato sociale strangolati da normative che sono iperburocratizzate, poco snelle e che spesso sono anche contrastanti fra loro. È quindi indispensabile per portare pubblico e privato sociale su un piano di parità che i finanziamenti regionali per esempio riconoscano ufficialmente ai servizi del privato sociale una quota necessaria di lavoro back office, del quale non si parla. Il fondo nazionale lotta droghe e anche altri tipi di fondi a disposizione prevedono solo in minima parte il cosiddetto back office. Cioè che è indispensabile per garantire la qualità dei servizi.

Al momento attuale vengono riconosciute finanziariamente quasi esclusivamente le funzioni front line, cioè a fronte utenza, senza tenere conto che i processi produttivi nei servizi comprendono livelli di complessità ben maggiori. Facciamo un esempio brevissimo. Riunioni di lavoro per definire le metodologie, le supervisioni, le verifiche, la gestione delle procedure previste dal manuale di qualità, l'implementazione e la messa in opera del sistema informativo, di qualità, di messa in rete dei propri servizi con quelli degli altri servizi nel territorio. Tutto questo ha un costo. Soprattutto queste sono tutte cose molto importanti per garantire una qualità del servizio, ma questi costi devono essere riconosciuti al privato sociale, devono essere assolutamente presi alcuni provvedimenti. Alcune idee ci possono essere. Nei corridoi oggi e nei giorni scorsi se ne è parlato tanto. Molte persone dicono: ma possibile che sul fondo nazionale lotta alla droga debba pesare ancora il discorso del metadone dato con le unità mobili, per esempio, in terapia sostitutiva, o non sarebbe più logico, essendo dei servizi che hanno ormai una continuità nel tempo, ed è giusto che ce l'abbiano, che vengano ad avere un carico sul bilancio di un'azienda sanitaria locale? Perché devono pesare anche questi sul fondo nazionale lotta alla droga? Questa è una delle cose che si sono sentite di più nei corridoi, ma ce ne sarebbero sicuramente almeno un'altra decina.

Diventa però importante analizzare un attimo, se lo permettete, una proposta, che non è nuovissima. La proposta è che all'interno delle Regioni venga costituita un'agenzia del sociale, con rappresentanti degli assessorati coinvolti, dei servizi pubblici, del privato sociale, che istituzionalmente organizzi una committenza in maniere competente e ne verifichi poi i risultati e la risposta ai servizi. Ci deve essere un'agenzia che diventi responsabile di investire risorse e quindi di porsi come committente per rispondere alle domande, ma anche di investire poi le risorse per la crescita qualitativa dei fornitori dei servizi, siano essi appartenenti al pubblico, organizzati dall'assessorato alla sanità, siano essi appartenenti al privato sociale. Quindi i punti fondamentali su cui agire sono la crescita, i necessari investimenti sulla qualità dei servizi e sulla competenza della committenza, e servizi pubblici e privati sullo stesso piano, come erogatori di servizi con pari opportunità e doveri di fronte alla committenza. Andando a chiudere, è altrettanto evidente che la

costituente agenzia non può ovviamente gestire il processo di analisi del mandato sociale di costituzione della committenza competente; invece si deve prendere la responsabilità di governare, quindi di orientare in qualità di committente competente la risposta dei servizi su temi che individua come prioritari. Anche qui, bisogna tornare a dare un ruolo al privato sociale su un ruolo storico. Negli anni Settanta e Ottanta il privato sociale ha dettato le risposte ai bisogni nascenti e crescenti. Facciamo anche un minimo di autocritica. Credo che sia una sana autocritica, molti la fanno, noi del privato sociale dobbiamo anche ragionare su una cosa. Ci stiamo appiattendo, in alcuni casi, in alcune situazioni, perché viviamo purtroppo soltanto dei fondi che ci vengono erogati dagli enti pubblici. Questo è sbagliatissimo. Perché dobbiamo assolutamente sviluppare una rete che ci dia maggiore indipendenza. Vado veramente a chiudere e dico soltanto questo: che la committenza competente dovrà iniziare a valutare i servizi non solo in base al costo limitato, quindi non facendo il gioco al ribasso sui bandi, oppure al controllo di legittimità, ma in base alla capacità di orientarsi scientificamente, di produrre delle metodologie di valutazione, modalità di intervento e metodologie innovative. E quindi di saper divulgare in maniera adeguata i propri risultati e anche di negoziare e concordare coi committenti gli indicatori e le metodologie di verifica. Ed è chiaro che tutto ciò ha un costo. Che il solo controllo di legittimità è in fondo il più facilmente eludibile. E che il gioco al ribasso non può essere effettuato sulla pelle di nessuno degli operatori, ma soprattutto su quella degli utenti.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Diamo la parola a Salvatore ESPOSITO, del comune di Napoli.»

Salvatore ESPOSITO:- «Vi farò un solo lucido sulla presentazione di una esperienza integrata interistituzionale Asl Napoli 1 - Comune di Napoli. Stamattina, nella prima parte della giornata si è molto parlato del dover essere, del dover fare, in riferimento alla 229, alla legge quadro sull'assistenza. Questa è una esperienza di accordo di programma siglato tra Comune e Asl Napoli 1. A monte di questo accordo di programma, per la parte Asl c'è la realizzazione del coordinamento socio - sanitario, del dipartimento socio - sanitario. Da parte del Comune l'approvazione di un piano regolatore del sociale, di un piano dei servizi e degli interventi sociali sull'intera città. Nessun artificio interistituzionale. Si è trattato di mettere insieme i riferimenti centrali e periferici dei due ambiti istituzionali e di recepire dentro l'accordo socio - sanitario il protocollo di intesa sulle dipendenze. Per cui questo diventava un ragionamento sui livelli omogenei di assistenza possibili per le persone dipendenti, per i tossicodipendenti, però dentro il ragionamento quadro socio - sanitario. I punti di forza di questo accordo: la commissione territoriale integrata. Il livello del distretto e il livello delle circoscrizioni. Qui i servizi sociali territoriali e i distretti sanitari costituiscono con i loro referenti la commissione integrata territoriale, contribuiscono alla elaborazione del piano socio - sanitario cittadino. Perché questa è la costruzione dal basso della possibile integrazione. Tra i punti di criticità su cui dobbiamo lavorare ancora c'è la formazione integrata degli operatori. Terzo settore, operatori pubblici, del Comune e della Asl: stiamo mettendo mano a una formazione integrata. Sia per progetti obiettivo, sia per attività interistituzionali.
Per gli immigrati tossicodipendenti il Comune di Napoli ha deliberato un atto quadro per il quale riconosciamo all'immigrato, con o senza permesso di soggiorno, la dimora sociale nel nostro territorio. E da qui ne riconosciamo i diritti socio - sanitari esigibili. Con la Asl seguiamo questo tipo di intervento oltre il codice STP che la Regione ancora ci non emana in modo congruo. Un'ultima considerazione è questa: dentro l'accordo di programma socio - sanitario sono previste le aree omogenee per l'integrazione socio - sanitaria e appunto il materno infantile, la riabilitazione e l'handicap, gli anziani, la salute mentale, l'immigrazione e, appunto, le dipendenze. Questo documento lo lascio alla presidenza.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Dottor Ignazio MARCOZZI del comune di Roma.»

Dott. Ignazio MARCOZZI:- «Vi parlerò dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze del comune di Roma, che noi pensiamo essere uno strumento innovativo per affrontare il fenomeno delle tossicodipendenze. Una significativa unanimità di giudizio tra le forze politiche presenti nel consiglio comunale ha portato alla costituzione dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze, nel novembre del '98, e alla sua operatività nel febbraio del 1999. Il consiglio di amministrazione dell'agenzia comunale per le tossicodipendenze è costituito da cinque consiglieri e da un direttore. Tutti con una lunga esperienza specifica nel campo delle tossicodipendenze, provenienti sia dai servizi pubblici, sia da quelli del privato sociale. Sono stati scelti come espressioni tecnico - politiche di diverse aree culturali. L'esperienza di ognuno e la provenienza da aree di pensiero diverse si sono coniugate in un'esperienza pragmatico - realizzativa che ha consentito l'avvio e il funzionamento di questa istituzione innovativa. Infatti dal suo insediamento, dal gennaio '99, si sono tenute 68 sedute di consiglio, sono state adottate 41 deliberazioni, tutte con voti unanimi. Rare sono state le occasioni di voto contrapposte. L'agenzia è un organo strumentale dell'amministrazione capitolina. In quando istituzione è figura innovativa nell'ordinamento amministrativo italiano. Essa è dotata di autonomia amministrativa, gestionale e finanziaria, che le dà la possibilità, la capacità di rapido intervento in relazione al pensare, adeguare e istituire servizi a prevalente carattere socio - assistenziale. L'agenzia, tramite il piano programma, opera d'intesa con il consiglio comunale, con la giunta, l'assessore alle politiche per la promozione della salute, la commissione consiliare permanente. Ha rapporti istituzionali con la regione Lazio, con la conferenza socio - sanitaria cittadina, cioè circoscrizioni e aziende sanitarie locali, ha altresì rapporti con le istituzioni quali le forze dell'ordine, gli istituti penitenziari, il provveditorato agli studi, le università, il privato sociale e le consulte cittadine. La dotazione finanziaria dell'agenzia è parte integrante del bilancio comunale ed è stata di circa sette miliardi nell'anno in corso, dei quali il 14% viene utilizzato nelle risorse umane di gestione della struttura, includendovi organi, personale e consulenze. Il rimanente è impiegato per il finanziamento dei progetti sperimentali e dei servizi. I servizi, i cui gestori sono individuati mediante bando pubblico, sono finanziati su base triennale. I progetti sperimentali vengono invece realizzati per far fronte a bisogni emergenti sul territorio. A seguito della valutazione dei risultati conseguiti, possono divenire servizi triennali. Innovativa a tal proposito è la costituzione, promossa dall'agenzia, delle associazioni temporanee tra imprese, che consente ad organismi del privato sociale un terreno operativo di incontro, confronto ed arricchimento delle diversità professionali e culturali di provenienza. L'agenzia si è inoltre dotata di un sistema di valutazione dei servizi, articolati in valutazione quantitativa, costi/benefici, e in valutazione qualitativa relativa alla soddisfazione utenti/operatori, affidate ad istituti delle università di Roma. Tale sistema di valutazione consente all'agenzia di attuare una pianificazione dei servizi e delle risorse, scegliendo il principio della sussidiarietà, cioè avvalendosi in un contesto di rete, del ruolo di progettualità e controllo, suo proprio, delegando quello gestionale al privato sociale. A due anni dalla costituzione della ACT giudichiamo conclusa la fase della fondazione e siamo in una fase di riflessione su tematiche interne ed esterne che costituiscono difficoltà da superare. Per quanto concerne il modello nazionale dell'intervento sulle tossicodipendenze, che vede un'assai articolata differenziazione tra l'area degli interventi di carattere sanitario e quelli a carattere socio - assistenziale; non si può non registrare una sovrapposizione generante difficoltà nell'istituzione di servizi che necessariamente prevedono prestazioni miste. L'opera di coordinamento è difficoltosa per i tempi lunghi, la complessità amministrativa, l'ambiguità dei confini. Auspicabile è pertanto un'approfondita riflessione sulla possibilità, su base regionale, di una unificazione delle competenze in materia di tossicodipendenze presso un organismo unico. Afferente a questo organismo unico pensiamo sia utile una rete di agenzie comu-

nali, per le grandi città, e agenzie territoriali per piccoli comuni consorziati, dotate di propria autonomia gestionale. La dotazione finanziaria potrebbe e dovrebbe venire dal fondo nazionale per la lotta alla droga, interamente regionalizzato e dal bilancio dei comuni. Nella fase attuale si ritiene necessaria la presenza dell'istituzione agenzia comunale nella momento della programmazione del bando regionale per l'affidamento dei progetti gravanti sul fondo nazionale di lotta alla droga. Si ritiene altresì che l'agenzia possa essere considerata una sorta di authority nei lavori sul sistema di accreditamento e di autorizzazione dei servizi, potendo essere organo tecnico utile anche per la nomenclatura delle prestazioni. È necessario infatti che attraverso forme da individuare si doti il cittadino tossicodipendente, afferente ai servizi pubblici, di un proprio portafoglio, così come viene riconosciuto per gli utenti delle comunità residenziali convenzionate.
Le rette pro die, pro capite. La scarsa dote in ticket e i rimborsi a prestazione, il finanziamento a budget dei SERT e non ad utente in carico, unitamente alla difficoltà propria di questa utenza, sono tra le maggiori cause del carente impegno delle aziende sanitarie nell'erogazione dei servizi di loro competenza. Le carenze di personale, le sedi idonee, la mancanza di incentivi adeguati alla difficoltà del lavoro svolto nei servizi pubblici sono tra gli ostacoli da rimuovere per un'efficace azione di contrasto e cura delle tossicodipendenze. Adesso vi do un piccolo scenario sulla situazione romana. Noi abbiamo avuto, nel '98, 108 morti; abbiamo avuto 132 morti nella provincia, e nel '99, nel primo semestre, sono sessantadue i morti dei overdose a Roma. Secondo i dati dell'osservatorio epidemiologico della regione Lazio, i tossicodipendenti in cura nei diciassette SERT operanti nella città sono 6700. Gli enti privati ausiliari operanti in città sono ventitré. Centri di operatività con caratteristiche molto diverse fra loro. Il numero totale di utenti in cura presso il privato sociale è di 2994 persone. I problemi che abbiamo affrontato in maniera sperimentale sono quello delle nuove droghe, con un progetto che si chiama "Notte sicura" e che ha visto operare cinque unità mobili con settanta operatori e tre unità fisse per quattro mesi nelle notti nelle discoteche, per lo più dentro le discoteche o nei rave party o nei posti di aggregazione giovanile. Un altro tipo di intervento specifico è quello che abbiamo fatto, sperimentalmente, con i campi nomadi. Negli ultimi tre anni, l'eroina è entrata pesantemente nei campi nomadi, ci sono stati decessi e potete capire quanto il problema sia acuto. Abbiamo fatto un'associazione tra imprese del privato sociale che hanno dato vita al progetto "Gipsy". I nostri servizi sono costituiti, e ve li elenco soltanto, da una rete che funziona poi nella rete. E noi abbiamo una comunità di riabilitazione residenziale, due comunità di pronta accoglienza residenziali, il tutto per un totale di ottanta posti. Credo che siamo l'unico comune di Italia ad avere comunità residenziali. Abbiamo cinque centri diurni di pronta accoglienza a bassa soglia in città, tre centri notturni per tossicodipendenti senza fissa dimora, per un totale di trenta letti, un servizio di pronto intervento, con un numero di telefono e un pronto intervento di presa in carico nelle situazioni di crisi, un numero verde cittadini - operatori che serve per dare informazioni. Un centro di reinserimento residenziale. Sono in attivazione altri progetti che riguardano la doppia diagnosi, i minori e il carcere.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Bene. Venga il dottor SALSI. Dopo SALSI, abbiamo il nostro santo padre qui con la barba, che è un caro amico. Preparati.»

Dott. SALSI:- «Non farò vedere lucidi, non darò numeri, sto al tema di questa sessione, che è i rapporti pubblico privato e non ciò che facciamo, complessivamente inteso. Sono il responsabile dei servizi alle tossicodipendenze della regione Emilia Romagna. Vi illustro la nostra esperienza rispetto agli scenari che si vanno prefigurando. Noi cinque anni fa abbiamo preso una direttiva, che, fra le altre finalità, aveva quella di assicurare pari dignità fra pubblico e privato realizzando situazioni di programmazione, coordinamento e verifica integrata degli interventi. Abbiamo cioè inteso costruire un modello di sistema e come qualunque modello di sistema abbiamo avuto la necessità di costruire un

modello di regolazione del sistema stesso. Parlare di pari dignità, programmazione, cioè usare parole, scusatemi se sono un po' brusco, ma che ci stiamo raccontando da dieci anni, senza poi definire quali sono i luoghi in cui questo concretamente può avvenire, quali sono gli strumenti che concretamente possono assicurarlo, è continuare nell'equivoco. Siccome non era una legge di finalità, prevedeva due strumenti sostanziali: un gruppo tecnico consultivo regionale, con funzioni di supporto alla programmazione regionale, composto dai rappresentanti dei dipartimenti delle dipendenze patologiche, del privato, degli enti ausiliari, del volontariato, dei Comuni. E un altro strumento, il coordinamento tecnico territoriale, composto sostanzialmente con gli stessi criteri, con compiti di programmazione e coordinamento a livello locale. Dopo cinque anni il bilancio dell'esperienza è largamente positivo. Non ho intenzione di fare un intervento auto - celebrativo per cui metto prima il positivo per dopo arrivare ai punti critici. E' largamente positivo perché si sono ridotte in modo significativo le conflittualità, si collabora moltissimo, conteniamo i fondamentalismi. Noi abbiamo S. Patrignano e Giovanni XXIII nella nostra realtà, credo che questo non vada dimenticato. E entrambe queste comunità fanno parte del GCR e concorrono, pur in modo conflittuale a volte, alla programmazione regionale. Abbiamo costruito progressivamente linguaggi comuni e condivisi, vi è stato un reciproco riconoscimento fra pubblico e privato delle specificità delle differenze, si è costruito insieme uno sviluppo tecnico - scientifico e culturale molto elevato, tale per cui oggi abbiamo, non a caso, la possibilità, ormai l'abitudine, di chiamare enti ausiliari, non comunità terapeutiche, il privato sociale, perché gli enti ausiliari in Emilia Romagna lavorano col metadone, sono impegnati in progetti di riduzione del danno, non sono solo nelle comunità terapeutiche. E credo che questo sia un segnale e un indicatore forte. C'è un'osmosi reale fra operatori di base del pubblico e del privato, tale per cui nella conferenza regionale che abbiamo terminato all'inizio di novembre, era difficile distinguere, quando interveniva qualcuno, se era del pubblico o del privato. Le conflittualità sono più a livello di vertici che non nel sistema delle relazioni operative. Tutte le direttive che la regione Emilia Romagna ha assunto in questi anni su nuove droghe, tabagismo, alcolismo, sono state discusse e avallate da questo organismo consultivo, che vede presenti tutti i soggetti del sistema dei servizi. Secondo esempio, e poi vado ai limiti. La distribuzione dei finanziamenti della legge 45 avviene da parte della Regione sulla base di un'istruttoria che da anni viene fatta a livello di CTT e ogni singolo coordinamento territoriale indica alla Regione quali sono i progetti prioritari da finanziare. Quindi questo è un altissimo grado di integrazione reale. Quello che volevo dire non è autocelebrativo. Il grosso limite che abbiamo riscontrato è che abbiamo fatto un'esperienza di cinque anni, ma non abbiamo costruito e sperimentato e portato a termine un modello. Le cose hanno funzionato su base volontaristica. Laddove c'erano accordi e intese di massima, le cose hanno funzionato bene, laddove invece questi non c'erano hanno funzionato un po' meno bene. Vi do alcune possibili indicazioni. Se si vuole costruire un sistema, alcune indicazioni mi vengono dell'esperienza, scusate l'apparente immodestia, bisogna comunque costruire degli organismi. Allora questi organismi, soprattutto a livello territoriale, debbono essere assolutamente legittimati da quelli che sono i referenti politico - istituzionali responsabili della programmazione e della politica del territorio. Altrimenti il rischio sono l'autoreferenzialità o il prevalere dei poteri forti, che non necessariamente coincidono con i poteri istituzionali. Non deve essere un organismo che veda insieme una rappresentanza di tipo tecnico e una rappresentanza di tipo sindacale. I responsabili degli enti ausiliari sono in questi organismi, ma sono anche in questa doppia veste. Ed è un problema. Debbono avere la possibilità se non di potere gestire realmente le risorse finanziarie, di poter dire la loro. Perché questi organismi, da noi oggi governano solo i finanziamenti della 45 e sono totalmente esclusi da qualunque possibilità di intervenire nella costruzione dei budget aziendali. E soprattutto, ultimo problema su cui veramente concludo con due provocazioni e che deve essere assolutamente risolto, a livello di questi organismi, è quello della terzietà. Credo sia assolutamente illusorio ritenere che accre-

ditamento e terziarietà coincidano. Accreditamento significa requisiti standard contro la possibilità di un rapporto oneroso nei confronti del servizio sanitario nazionale. Questo significa certificare; noi seguiremo per altro la strada dell'agenzia sanitaria, che sta per diventare socio - sanitaria nazionale, quale agente accreditatore. Ma questo risolve solamente la definizione, la possibilità di essere accreditati, non risolve il problema della terzietà. Se si va nella direzione, comunque, di un sistema integrato, addirittura il nostro è un sistema quasi protezionistico, abbiamo la più alta percentuale di inserimenti in comunità terapeutica di tutta la media nazionale. Se si continua ad andare nella direzione di un sistema che si regge sulla collaborazione, allora bisogna risolvere il problema che dicevo prima, del terzo. E noi non lo abbiamo risolto, del terzo che garantisca che dopo essersi confrontati e aver discusso, comunque si decida, e che assicuri, in buona sostanza, il governo del sistema. Altrimenti, e io non ne ho mai sentito parlare qui, e invece ci sono dei segnali, l'alternativa a questo sistema di terzietà è la concorrenza e il mercato. E stiamo attenti, perché noi continuiamo a parlare di pubblico e privato, pensando che il privato sia il privato degli enti ausiliari. Stiamo attenti perché soprattutto con le tariffe specialistiche, che stanno lievitando, è possibile che si creino degli spazi di remunerativi tà da parte di altri non profit, le leghe per le cooperative si stanno già muovendo in questo modo, o addirittura del profit che potrebbe trovare remunerativo sommare la tariffa riconosciuta dal servizio sanitario nazionale con una tariffa aggiuntiva a carico degli utenti, che non sono tutti sempre poveri straccioni, e assicurare livelli qualitativi significativamente superiore a quelli che possiamo assicurare noi.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Molte grazie. Allora, come abbiamo promesso, diamo la parola a Ezio LASAGNA, che è la sintesi di pubblico e privato.»

Ezio LASAGNA:- «Sono un ex dipendente pubblico, mi sono licenziato nel '94 quando quella finanziaria, per decreto legge, sentenziò che non erano più esigibili le fatture che avevamo alla Usl. Grazie all'input del mio formatore Don GALLO, volevo dire questo. Mi sembra che ci sia una rimozione. Io avevo delle grosse aspettative su questa commissione, ma ho avuto la sensazione che si fa marketing; nel Comune di Milano vorrei le delibere, vorrei capire i dispositivi, i meccanismi, per cui il segretario poi nel mio Comune non blocchi una delibera. Una cosa molto banale. Vorrei chiedere a tutti quanti, e questo penso di farlo a nome di tutto il coordinamento delle comunità, quanto, tutti quelli che sono venuti fuori da Genova, hanno speso per mangiare e dormire a Genova in questi tre giorni. Perché allora mettiamo i paletti nel modo giusto. Lo stato dovrebbe darci mandato e legalizzare il lavoro nero, la ritenuta IRPEF, che è antieconomica per certi aspetti, perché frega i lavoratori. Il 20% è tanto, senza versare nulla, perché poi chi lavora a ritenuta IRPEF, il giovane soprattutto, non si fa l'assicurazione privata. Mi è piaciuto tantissimo l'intervento di CONSOLI. Ha parlato di management e di software. Allora, dei software che possano monitorare l'efficienza dei processi, come riusciamo a comprarceli con una retta pro - capite, che è da superare, di 72152 lire. Anche questo mi sembra che sia assurdo. Un software del genere costa, come minimo, venti milioni. Poi ci vuole un'altra persona, un informatico, perché se no ingrasso solo chi mi ha venduto il computer. "Perché u l'è sempre lì inceppou". Sia che abbia un PC o Macintosh. Hai sempre da chiamare. Settantamila lire all'ora per l'assistenza. Allora andiamo su un piano di realtà. Vorrei capire su queste cose.
I protocolli condivisi col servizio pubblico. Siamo d'accordo o non siamo d'accordo? Usciamo da questo, io voglio saperlo. Io sono perché il SERT sia il momento di continuità di tutta la storia biografica della tossicodipendenza. E allora vorrei discutere, ma veramente, anche di quante macchine ha un operatore. C'è da ridisegnare tutta la finanziaria, se pensiamo alla ricaduta pratica di quello che aleggiamo. Non me lo voglia il privato sociale. Il privato sociale offre sempre un alibi allo Stato, perché poi i servizi li inventa. Provengo dalla più piccola Usl delle regione Liguria, la Asl numero 4 chiavare-

se. Noi siamo in rete, c'è un coordinamento in Rete 2000. Quindi propongo, Don GALLO ci chiedeva di dire cose costruttive, che il prossimo convegno, duecento, trecento milioni, spendano per del role play, per tutti, per educarci al conflitto, così impariamo a dirci le cose. A me sembrava troppo buonista la cosa. Lavorare in rete è un'altra cosa: vuol dire spendere di più, non spendere di meno. Allora se vogliamo circolarità, valutazione, monitoraggio, voglio fare i conti della serva. Allora, se decido nel mio staff, lo decidiamo intorno a un tavolo, guardiamo il monitor, facciamo una fotocopia. Se lo diciamo nella rete, qualcuno deve fare la tiratura, ci deve essere una segreteria. Anche la carta ha un costo, anche la stampante ha un costo, mi dovete dire come arriviamo a rendere efficiente la rete. Perché tutto sta nell'inceppo della comunicazione. Nessuno sa che cosa fa l'altro. Nella nostra Asl ci stiamo provando, ma, voglio dire, siamo conflittuali in modo costruttivo. Ben venga una sana polemica costruttiva.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Mi sembra che l'intervento di Ezio ci abbia veramente stimolato a non parlare dietro le quinte. Normalmente si parla nei corridoi, come dicono a Roma, nel Transatlantico. Invece questa capacità di confronto, di conflittualità permanente, dovrebbe esserci sempre, bisogna vedere qual è l'obiettivo prioritario. Adesso la parola a Stefano MORENA, del centro calabrese di solidarietà, responsabile del centro studi.»

Voce maschile:- «Rappresento il segretariato nazionale INTERCER che tiene i collegamenti tra i coordinamenti regionali degli enti ausiliari. Cercherò di essere brevissimo, anche se purtroppo le cose da dire sarebbero tante, rischio di essere riduttivo e di fare dei torti; e di non dare bene l'idea di quello che voglio dire. Comunque, da quello che ho sentito in questi giorni, anche tante cose positive, mi rimangono tre idee. La prima: bisogna garantire prossimità nell'erogazione delle prestazioni a favore delle persone tossicodipendenti. La seconda: bisogna costruire la rete dei servizi. La terza: bisogna essere capaci di essere innovativi. Queste sono tre logiche essenziali, se vogliamo effettivamente realizzare un'integrazione, una complementarietà fra pubblico e privato, e soprattutto se vogliamo evitare un grosso rischio che avverto. Mi sembra che molte delle cose che stiamo dicendo oggi, al di là del fatto che ce le siamo già dette tantissime volte, se le avessimo messe in pratica cinque anni fa, forse adesso non saremmo così in ritardo rispetto a quello che sta succedendo nelle strade, nelle piazze, nelle case, nelle scuole. Se vogliamo evitarlo dobbiamo adottare questi tre criteri: prossimità, capacità di complementare i vari servizi, capacità di innovare i servizi. E di stare al passo con i tempi. Queste tre logiche, mi pare di capire, si riscontrano abbastanza quando ci troviamo fra operatori dei servizi per le tossicodipendenze. Purtroppo, devo dire che, nella costruzione di questa integrazione, entrano in gioco altri attori istituzionali. Mi chiedo se effettivamente queste logiche, questi tre principi, siano quelli che per esempio animano l'azione dei sindaci. Abbiamo sentito delle bellissime esperienze realizzate in alcuni Comuni. Purtroppo non succede in tutti i Comuni. E non succede che i sindaci, nella loro azione, nello svolgimento delle loro funzioni istituzionali, seguano questi tre criteri nello specifico dei problemi delle persone tossicodipendenti. Non mi pare neanche che questi tre principi vengano applicati, o vengano declinati adeguatamente, neanche dalle direzioni delle aziende sanitarie. Opero nel privato sociale, ma confrontandomi con gli operatori del pubblico sento dire di tutte le difficoltà che hanno, nel far capire al direttore generale quali sono le esigenze del loro servizio, della loro sede, del luogo dove sono ubicati o di dislocare sul territorio degli interventi strategici. Purtroppo, nella maggior parte dei casi, non trovano ascolto. E non trovano ascolto perché quelle logiche, ripeto, non sono le logiche che normalmente adottano i direttori generali delle Asl. E parliamo allora dei governatori delle Regioni, degli assessorati regionali alla sanità. E anche in questo caso, devo dire, ci sono delle lodevoli eccezioni, le abbiamo sentite anche ieri. Però devo anche dire che in alcune Regioni, faccio solo due nomi, la Puglia e la

Calabria, l'attenzione degli assessori è così alta che non esiste un funzionario per le tossicodipendenze in tutto l'apparato regionale. Non è che il funzionario non c'è qui a Genova, non c'è neanche negli uffici della Regione. Allora è chiaro che poi possiamo fare tutti i bei discorsi che vogliamo su quelli che dovranno essere i compiti delle Regioni. Ho apprezzato quello che diceva il presidente GHIGO. Però mi chiedo come fare queste cose in Puglia o in Sardegna. Passo rapidamente alle proposte e mi scuso appunto, se, nella celerità del discorso, forse sono stato un po' riduzionista.
La prima proposta che faccio è quella di far funzionare i poteri sostitutivi. Pensare che questi principi non sono come dire, degli optionals. Se si riescono a declinare bene, se non ci si riesce, non fa niente, andiamo avanti lo stesso, tanto gli operatori dei servizi, tanto quelli degli enti ausiliari ci metteranno comunque l'anima nell'affrontare i problemi. Bisogna anche iniziare a chiedere che il governo eserciti i propri poteri sostitutivi nei confronti delle regioni inadempienti, che le regioni facciano altrettanto nei confronti delle direzioni generali delle Asl e così via fino ai sindaci.
La seconda questione, secondo me, che rimane un po' fuori, è quella di creare un federalismo solidale. Delegare tutto alle Regioni, con queste disparità, rischia di portare a situazioni paradossali. Purtroppo, voglio dire, il tossicodipendente, sappiamo che molto spesso tende, soprattutto il cronico, ad essere un individuo senza fissa dimora. Allora sarà chiaro che in alcune Regioni troverà un ambiente ideale, si creeranno le condizioni ideali perché la tossicodipendenza sia diffusa, in altre regioni si troveranno delle condizioni ideali per attuare dei percorsi e delle reti, di prevenzione, recupero, reinserimento. Questo potrà provocare grossissime distorsioni e anche trasferimenti di popolazioni di tossicodipendenti in campo nazionale. Allora bisogna pensare che è compito del governo garantire anche un federalismo solidale.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Adesso, tutti insieme, ci affidiamo al relatore; forse sarà la parte più importante che siamo riusciti in queste ore di questa giornata a produrre. Queste conferenze sono punti di arrivo, ma penso siano anche punti di partenza. Io non l'ho mai persa. I miei ragazzi continuano a dire che il male grida forte, ma la speranza grida più forte. Ecco, io ogni mattina me lo ripeto, c'è un ragazzo che me lo ripete in continuazione. E quindi io passo la parola, do tutto in mano al nostro relatore PETRELLA, che, come avevamo già stabilito, vogliamo riuscire a fare un documento con qualche innovazione e qualche proposta.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Chiedo a tutti quanti noi un ultimo sforzo, visto che veramente la partecipazione e la pazienza da parte di tutti, e quindi la motivazione e le energie impiegate sono state tante, di concentrarci ancora con le residue energie in questa ultima ora per cercare di scrivere un documento che deve essere, questo è il mandato che ci è stato dato, racchiuso in due cartelle. E quindi, chiaramente, deve essere molto esemplificativo rispetto alla complessità di tutto ciò che è uscito. Fermo restando però che la segreteria ci ha ricordato che tutte le relazioni saranno messe agli atti e faranno parte appunto dei documenti del governo. Non sappiamo ancora con che modalità. È per questo che chiedo anche a tutte le persone che hanno fatto un intervento a braccio, se caso mai al Dipartimento degli Affari Sociali, se lo ritengono opportuno, entro due, tre giorni, facciano arrivare una relazione sintetica di ciò che è stato detto, in modo tale che poi dopo, al di là di quello che è l'evento della conferenza e di queste giornate, dobbiamo garantire che nelle politiche dei prossimi anni le indicazioni che sono emerse dal lavoro comune siano realizzate. Quindi in questo senso lavoriamo seriamente, ma non rendiamo troppo pesanti queste due paginette e non mi caricate di responsabilità eccessive. Vi leggerò alcuni punti sintetici. Subito dopo questa mia veloce rappresentazione, io direi, soprattutto a chi si sente, di poter esprimere qualche cosa rispetto alla complessità del documento, e quindi non tanto rispetto a un solo punto centrale rappresentato dal proprio intervento, di dare un contributo in termini di partecipazione al documento com-

plessivo. E quindi di ricordare l'articolazione, l'integrazione su due o tre punti.
Nella sessione è stata presente un'ampia rappresentanza, dei tre interlocutori operativi: Asl, Comune, privato sociale e delle autonomie locali, Comuni e Regioni, così come delle prefetture. E di altre variegate esperienze di associazioni del privato sociale. E di modelli e di esperienze di servizio diversificate. I vari interventi hanno confrontato le indicazioni dell'innovazione legislativa e di settore generali con i nuovi bisogni della persona utente schematizzati riduttivamente in tre tipologie e per le tre tipologie intendo un po' quello che avevo presentato io e anche quello che era stato detto da Riccardo DE FACCI. Con i modelli in rete di servizi misti. Di risposte plurime e dei sistemi di regolazione dei vari livelli istituzionali di concertazione in un'organizzazione federalistica e solidale delle Regioni e degli enti locali. Questa sarebbe la premessa.»

Voce maschile:- «Tutto ciò che stiamo dicendo, può darsi che serva per due o tre regioni d'Italia. Ma noi abbiamo due Italie: c'è un'Italia dove le leggi non vengono recepite. Magari perché si parla di decentramento o di federalismo, ma in fondo è solo perché certe leggi non vengono recepite. Ora, la 45, l'atto di intesa, la 229, in Sardegna, ma si è parlato di Puglia, di Sicilia, eccetera, non sono recepite. Noi chiediamo che ci sia una premessa cioè che la conferenza prenda atto di questa ingiustizia fondamentale. Chiediamo che ci sia questa denuncia. Qui si è parlato di settantaduemila lire, non si riesce a sopravvivere. In Sardegna siamo a sessantatremila lire. Ma non solo quello. Dobbiamo essere pagati dal novantasette. L'assessore che si rifiuta totalmente di prendere atto che esiste una 45, oppure che esiste un atto di intesa. Cioè siamo a delle cose che non ci permettono di lavorare.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Quello che dicevo era proprio questo, che anche questo contributo va bene nel momento in cui ho letto queste poche righe e vediamo che c'è una carenza e quindi lo integriamo. Allora, detta la premessa, il primo punto. L'atto di intesa sull'accreditamento, l'istituzione degli osservatori nazionali. Rispetto all'applicazione dei fondi regionalizzati e dei progetti obiettivo regionale sulle tossicodipendenze. Quindi è una prima denuncia da parte nostra. Alcuni esempi: anche là dove sono stati attuati i dipartimenti, all'interno delle Asl, ad esempio, raramente hanno previsto i comitati di partecipazione. Il dipartimento può essere uno dei centri motori. Rispetto alla denuncia è necessario allora che il governo eserciti i propri poteri sostitutivi nei confronti delle regioni e le regioni nei confronti delle Asl, rispetto a inadempienze che risalgono a lunghi periodi.
Una prima analisi critica, uno dei nodi problematici. Molte volte vi è stata un'applicazione di un'aziendalizzazione malintesa, che ha determinato anche rischi di sovrapposizione tra prodotti materiali ed immateriali. E il rischio di competizione tra vari soggetti e all'interno degli stessi soggetti. Come anche all'interno dello stesso privato sociale o dei servizi pubblici. Ricordando che per le problematiche riguardo agli interventi rivolti alle problematiche sociali, non è il risparmio, ma la qualità l'obiettivo principale. Sul versante degli operatori, pubblici, del privato sociale, vi sono tutta una serie di esperienze significative di un maggior riavvicinamento operativo. Vi è però necessità di una maggiore integrazione e professionalità. Di un sistema di regolazione in cui si definiscono le rispettive azioni. Qualcuno preferisce parlare di più di un sistema di complementarietà che di integrazione. Qua mi ero confuso un attimo, perché avevo scritto: sul versante degli operatori pubblici e del privato sociale, gli operatori pubblici hanno segnalato delle politiche e una volontà di maggiore integrazione con il privato sociale, così come il privato sociale ha recuperato in parte alcuni ritardi rispetto alla professionalità, poi vediamo come dirlo. Nella necessità però di un sistema di regolazione in cui si definiscono le rispettive azioni. Le caratteristiche devono essere di sperimentazione innovativa. Fondi regionalizzati che siano messi, ad esempio, a regime ordinario e quindi su bilanci ordinari, anche se con verifiche periodiche quando ne sia stata constatata l'utilità. I fondi

regionalizzati servono per la sperimentazione innovativa, però nel momento in cui vi è un'utilità che è dimostrata, devono passare nel bilancio normale delle aziende e delle Regioni, quindi nei vari livelli. In un sistema di servizi accreditati, sia del pubblico, sia del privato sociale. Quindi le norme di qualità e di accreditamento devono essere anche in questo: pari doveri, pari dignità. Laddove la rete degli interventi è ancora iniziale e incompleta, è ancora frammentaria, ancora troppo basata sulle singole sostanze e correlata alla portata dell'allarme sociale che si determina di volta in volta. Tra l'altro ancora rimosse sembrano alcune azioni promesse da tempo, quali per esempio quelle sull'alcolismo e sulla cocaina. È necessario allora organizzare il sistema delle risposte su bisogni dinamici e complessi, che si pongano senza deliri di onnipotenza e di risoluzione, ma come spinta continua e propositiva, rispetto anche ai rischi di cronicizzazione, alle nuove povertà, ai nuovi consumi, in contesti di ipernormalità, ai bisogni complessivi della persona. Su ciò le risposte nell'ambito nazionale del pubblico e del privato si sono andate modificando, ma sono ancora puntiformi. Vi è quindi la necessità di un sistema misto, compartecipato, di pari dignità e di luoghi e di modalità di regolazione a vari livelli. La necessità di un sistema in cui l'ente locale, i Comuni abbiano un ruolo grosso, per evitare la sanitarizzazione dei bisogni. Di bisogni complessi che richiedono anche politiche di inclusione sociale. Il sistema di regolazione dovrebbe avere vari livelli. Un primo livello, si ricorda appunto quello dei dipartimenti, con una propria autonomia budgetaria, con comitati di partecipazione come connessione tra le varie aree di intervento della Asl e tra servizi e privato sociale accreditato e convenzionato, cioè il primo sistema dell'azienda sanitaria locale. Abbiamo ricordato che ci sono tutta una serie di problematiche, come i bambini, che hanno a che fare col materno infantile; alcune che hanno a che fare con la salute mentale. In questo senso il dipartimento come connessione, oltre che come sistema di regolazione dei servizi per le tossicodipendenze all'interno dell'unità sanitaria locale, e dei servizi per le tossicodipendenze, intendendo chiaramente delle azioni diverse, ma intrecciate tra di loro, correlate, che sono quelle dei vari interlocutori. Quindi alcune sono date direttamente dal pubblico, altre date dal privato sociale. Un altro livello riguarda il Comune e i Comuni. Come massima autorità sanitaria locale, che regola l'integrazione socio - sanitaria, ma anche quella autorità locale che governa le politiche di integrazione socio - sanitaria, la connessione tra queste, e le politiche più generali di inclusione sociale e della città. Il coordinamento interistituzionale sembra il modello più funzionale. Vedi le attuazioni che si sono determinate anche in grossi comuni, quali Milano, Napoli e Roma. A Milano è chiamato coordinamento interistituzionale ed è stato fatto riguardo specificamente alle politiche sulle tossicodipendenze. A Roma è chiamata agenzia ed è fatta specificamente rispetto alle politiche sulle tossicodipendenze. A Napoli è un protocollo all'interno di un accordo di programma più generale sull'integrazione socio - sanitaria. Quindi abbiamo detto il livello delle Asl con i dipartimenti, il livello del Comune e dei Comuni. Poi il livello delle Regioni. Che determinino uffici comuni tra gli assessorati e un'agenzia regionale, che assolvano ai loro compiti sia riguardo alla legislazione specifica, sia all'interno della integrazione socio - sanitaria più generale, con linee guida applicative, e determinando gli osservatori regionali. Poi il livello del governo. Qua, noi ci ricordiamo che c'era stata una proposta, poi dopo non portata a termine, che è prevista, per lo meno: l'innovazione legislativa, cioè creare un ministero del welfare. Che metta insieme sanità, politiche sociali e politiche del lavoro. In ogni caso è importante che ci sia un'unificazione maggiore del livello delle politiche rispetto a queste tre azioni, a queste tre linee da parte del governo. Ma che nello stesso tempo il governo determini linee guida per le Regioni, in accordo con la conferenza Stato - Regioni, che individuano, tenendo conto della giovane età del federalismo e della complessità delle leggi di settore e più generali, quindi ricordandoci quelle sulla tossicodipendenza, la 229, la riforma dell'assistenza, delle linee guida di orientamento delle amministrazioni rispetto ai fondi, ai modelli di accreditamento, ai ruoli di coordinamento degli enti locali e delle aziende sanitarie locali. È vero che parecchi hanno ricordato

che l'autonomia regionale è una delle grosse basi del federalismo. Però è pur vero che, in una certa situazione bisogna evitare un' eccessiva eterogeneità soprattutto in un momento iniziale di organizzazione federale e di ruoli delle Regioni che si stanno andando definendo sempre di più, nel momento in cui poi sono uscite, in materia sanitaria e sociale, delle leggi così complesse e tutta una serie di leggi specifiche sulle tossicodipendenze, la cui attuazione integrata non è semplice, non è facile e i disorientamenti possono essere grossi. I fondi regionalizzati, quelli triennali, dovrebbero entrare in progetti zonali su base comunale per grossi Comuni o di più Comuni con un Comune capofila, come diceva qualcuno. I fondi sono previsti, per Asl, enti locali e privato sociale, se presentino però subprogetti all'interno di una progettazione generale, quindi su base zonale, preferenzialmente in partnership. Nel senso che è uscita un'esigenza da parte, mi sembra, della maggior parte delle persone di dire, ma ci sono dei casi in cui quel singolo, piccolo comune, o quell'isola di tre chilometri quadri, ha dei fondi, che non corrispondono, all'entità del territorio, al numero degli abitanti, degli utenti, e poi per azioni molte volte slegate tra di loro. E quindi, per quanto già i fondi regionalizzati prevedono la partnership e quindi anche nei criteri di valutazione, in una logica di federalismo solidale e localistico, ci si dovrebbe mettere d'accordo su progetti zonali in cui ci sono dei progetti zonali generali, con delle linee e delle azioni ben precise, e i singoli soggetti delle tre fasce dovrebbe occupare dei subprogetti e in partnership tra di loro. Così come è necessario risolvere il problema della terzietà rispetto all'accreditamento, però questo dovrebbe ritornare nel discorso delle agenzie regionali. L'ultimo concetto è sul territorio. Il territorio quindi deve essere il fulcro del coordinamento operativo negli ambiti distrettuali e in piani zonali condivisi con l'ente locale. E poi insomma, un altro punto di denuncia. Il carcere è un punto nodale del territorio e nel territorio è necessario che ritornino i tanti detenuti con problematiche di tossicodipendenze, cioè anche in azioni di recupero ma all'interno e in vicinanza della vita sociale del territorio, ricordando che il servizio pubblico anche su ciò deve continuare ad avere un ruolo determinante.
Ecco, queste sono delle linee molto approssimative rispetto a ciò che avete detto e che più o meno corrispondono anche alla cronologia degli interventi che si sono susseguiti. Per cui, se siete d'accordo, apriamo immediatamente con gli interventi.»

Ezio LASAGNA :- «Il fatto che abbiamo tante Italie, non ho capito se è vincolante; o se nelle autonomie, voglio dire, c'è la possibilità di scegliere, optare, a secondo dell'espressione del proprio territorio, per il dipartimento funzionale o strutturale. Mi sembra che è realistico pensare - e qua qualche regione fortunatamente ci può fare scuola - a una fase preparatoria, non a un perenne accreditamento provvisorio, a cui poi debba seguire un miracolo. Mi sembra che la regione Veneto abbia varie fasce, dove all'interno di pacchetti di prestazioni si va a ridisegnare quello che chiedono Stato e regioni a vari livelli, le cinque aree. Mi sembra che un periodo di transizione fatto in questo modo, vorrei che nel documento ci fosse, perché se dobbiamo fare tutto per decreto legge, siamo poco solidali.»

Dott. Mario PETRELLA:- «Se può rispecificare quest'ultimo concetto. Un periodo di transizione articolato come?»

Voce maschile:- «L'accordo Stato - Regioni prevede cinque aree, la comunità specialistica, una cosa e l'altra. Da anni ormai, ogni sei mesi si slitta nell'accreditamento provvisorio: tutto lo scenario delle prestazioni ha necessità di un periodo cuscinetto dove ci sia una sperequazione di pacchetti che vadano a disegnare il futuro delle cinque aree. Se qualcheduno lo riesce a spiegare meglio di me, voglio dire, ben volentieri, non mi offendo mica.»

Claudio FRESCHI:- «Sono del centro di accoglienza di Empoli. Apporterei al documento finale, anche se il relatore li ha già scritti fra le righe, questi passaggi con termini più pre-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INCLUSIONE SOCIALE POSSIBILE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

zazione del settore, evitare discontinuità nell'assistenza. L'obiettivo a regime è quello di assicurare livelli uniformi essenziali e appropriati di assistenza per le tossicodipendenze in ambito penitenziario.
La commissione ha proceduto attraverso l'esame delle principali aree di criticità, che si riferivano sostanzialmente al trasferimento funzionale del personale sanitario del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, addetto all'assistenza dei tossicodipendenti, al modello organizzativo dei servizi, alle funzioni e competenze integrate, al contesto e alla sicurezza.
Sono stati raccolti gli elementi informativi necessari a delineare il quadro organizzativo dei servizi che è derivato dal trasferimento, sono stati formulati e attivati anche i protocolli sanitari regionali di trattamento per le tossicodipendenze in carcere ed è stato recentemente inserito anche l'ultimo, quello relativo all'utilizzo della buprenorfina in ambito penitenziario. Qui sono elencati i protocolli che abbiamo concordato con i colleghi di Servitecnia.
E' importante ricordare anche l'intervento per l'area minorile, che ha riguardato prevalentemente esclusivamente il nostro dipartimento.
Per l'area minorile, è stato predisposto e attivato un protocollo operativo specifico fra il Dipartimento Dipendenze della nostra azienda di Firenze e la Direzione regionale dei centri di giustizia minorile. Vi ricordo che in questo settore tale direzione è competente territorialmente per le Regioni della Toscana e dell'Umbria.
Qui ci sono alcuni dati che danno un'idea del problema delle tossicodipendenze in ambito minorile.
Il centro di prima accoglienza di Firenze, come vedete, ha visto, nel 1999, 75 ingressi di persone che assumevano sostanze stupefacenti di cui 45 stranieri.
L'ufficio di servizio sociale per minorenni, 45 soggetti in carico, assuntori di sostanze stupefacenti, l'istituto penale per minorenni MEUCCI, su un totale di ingressi del primo semestre 2000, di 89 soggetti, ben 74 erano stranieri. Tra gli assuntori di sostanze stupefacenti, 65 erano stranieri e 12 italiani.
Il lavoro avviato dalla Commissione ha trovato un approfondimento ulteriore in quello che è stato sviluppato sul piano della formazione integrata in questo specifico settore.
Come raccomandato dal progetto obiettivo nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, è stato sviluppato dalla Regione Toscana un programma formativo articolato, finanziato sulla valenza regionale del Fondo nazionale antidroga, che ha visto due fasi. Nella prima, che si è già conclusa, si è iniziato un confronto tra operatori pubblici dell'amministrazione penitenziaria e del privato sociale su tematiche connesse all'evoluzione più recente del fenomeno delle dipendenze e della legislazione attinente, con una particolare attenzione all'accrescimento di competenze specifiche per la gestione degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in ambito penitenziario. La seconda fase è mirata invece alla verifica dei modelli organizzativi attuati dai servizi e il progetto, triennale, è in corso d'attuazione, si è concluso il primo anno. La finalità della fase formativa attuale è quella di favorire l'integrazione e la complementarietà del lavoro di rete tra i soggetti istituzionali pubblici e tra loro e il privato sociale, di analizzare e omogeneizzare i modelli organizzativi attuati nei percorsi assistenziali interni ed esterni al carcere, di delineare linee guida regionali sull'articolazione organizzativa e sui livelli di assistenza specifica per tale settore, finalizzate anche allo sviluppo di modalità di revisione e valutazione dell'assistenza erogata.
Questi diagrammi di flusso illustrano il lavoro del primo anno, che si è appena concluso, di questo secondo progetto di formazione integrata. Come vedete, tra i soggetti ci sono il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria, il coordinamento degli enti ausiliari della Regione Toscana, CEART e la rappresentanza delle aziende sanitaria.
Vi comunico che in occasione della Conferenza di Genova sono disponibili i dati preliminari del Report e sono disponibili allo stand della Regione Toscana o, eventualmente, se fossero terminati, volentieri ve li potremo inviare.

Riteniamo che ci sono aspetti che necessitano, in sede non solo regionale ma nazionale, di una ulteriore attenzione e approfondimento. Intanto, la necessità di verificare che i modelli organizzativi adottati e coordinati funzionalmente dalle aziende sanitarie, prevedano realmente livelli di prestazioni analoghi a quelli erogati sul territorio, in attuazione di quanto previsto dal decreto 230. Mentre a livello nazionale generalmente è sempre possibile, anche se talvolta con difficoltà, dare continuità o definire i percorsi socio - riabilitativi per i tossicodipendenti detenuti, eventualmente in istituti penitenziari di altre regioni, ancora oggi non è possibile garantire in tutti i carceri la continuità terapeutica o l'accesso ai trattamenti sanitari con farmaci sostitutivi.
A livello generale, i SERT toscani hanno adottato una articolazione organizzativa delle loro attività nei carceri, differenziata a seconda della tipologia e della dimensione dell'istituto penitenziario che ha avuto come principio di riferimento forte il mantenimento dell'appartenenza a una realtà territoriale per il detenuto tossicodipendente. Ne è conseguita una impostazione generale del modello organizzativo dei SERT in questo settore delineata quale proiezione operativa di SERT territoriali o di Dipartimenti Dipendenze all'interno dei carceri di competenza territoriale, non quindi servizi autonomi che svolgono una funzione di cerniera tra il carcere e il territorio.
Dovrebbe trovare una ulteriore valutazione e approfondimento specifico per il nostro settore relativo all'indirizzo applicativo per l'attuazione del decreto 394 e delle direttive contenute nella circolare 12 del Ministero della Sanità, per ciò che riguarda l'assistenza ai cittadini stranieri tossicodipendenti, tema emergente soprattutto nelle aree metropolitane.
Questo lucido mostra quello che è stato l'aumento crescente, sensibile nel periodo fra l'89 e il '96, e la provenienza geografica relativamente omogenea in quel periodo, dall'area del Magreb. Si consideri che per ciò che riguarda il nuovo complesso penitenziario di Sollicciano, i cittadini tossicodipendenti stranieri hanno rappresentato il 48% dei 2.515 utenti in carico al SERT penitenziario negli ultimi tre anni e in questo anno il 54,7 per cento dei 652 tossicodipendenti detenuti trattati. A livello regionale, nel '99, i detenuti tossicodipendenti stranieri, valutati e trattati dai colleghi dei SERT penitenziari toscani, sono stati 559. In merito all'area penitenziaria, per i detenuti tossicodipendenti stranieri è soprattutto da approfondire l'area di possibile attuazione delle misure alternative alla detenzione. In generale, su questo aspetto, le preliminari valutazioni effettuate sui percorsi assistenziali relativi all'applicazione delle misure alternative alla detenzione nei SERT toscani sono sostanzialmente positive, anche se resta da effettuare una più approfondita analisi delle singole realtà territoriali.
Un nodo critico e specifico è in particolare rappresentato dalle difficoltà diagnostiche, per la certificazione di tossicodipendenza soprattutto per la cocainomania, sicuramente risolvibili con una ulteriore integrazione, omogeneizzazione dei percorsi organizzativi dei servizi, che potrebbe incidere sensibilmente sul rischio attuale di invio ai SERT di soggetti che non necessariamente hanno bisogno di terapie specifiche per la tossicodipendenza, ma presentano sostanzialmente caratteristiche ascrivibili ai comportamenti antisociali.
Una finale considerazione va data, secondo noi, alla necessità di valutare le esperienze che sono state realizzate in questi anni presso le case circondariali a custodia attenuata, maschili e femminili, che sono presenti nella nostra Regione. Pensiamo all'esperienza iniziale di Sollicciano e alla più recente ma non meno significativa della custodia attenuata di Empoli (femminile), e sono ormai presenti e abbastanza diffuse anche a livello nazionale, dove i modelli organizzativi e l'integrazione degli interventi tra i SERT e gli istituti penitenziari risultano estremamente differenziati e non ancora qualitativamente verificati.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Elena DUCCI, Regione Liguria, parlerà delle "Marginalità dure, carcere e tossicodipendenza: riflessioni sulle esperienze in

Liguria".»

Dott.ssa Elena DUCCI:- «Sono Elena DUCCI, responsabile del SERT ambito 5, strutture penitenziarie della ASL 3 genovese.
Vi porterò un contributo che è stato elaborato in un gruppo di lavoro regionale, rispetto all'assistenza ai tossicodipendenti in carcere nella Regione Liguria. Mi avvalgo di lucidi, così cercherò di essere il più sintetica possibile e controllata nel tempo. Il problema della tossicodipendenza è importante, per quanto riguarda la propria complessità nel contesto carcerario, siamo di fronte a una media del 30 per cento dei detenuti tossicodipendenti in Italia e del 49 per cento delle carceri in Liguria. In Liguria, ci troviamo di fronte a sette istituti di pena, di cui due nella Asl 1, poi un istituto di pena a Savona, un altro chiavarese, un altro nella ASL 5; a La Spezia e nel territorio genovese abbiamo la presenza di due istituti, la casa circondariale di Marassi e quella di Pontedecimo.
Abbiamo rilevato, dalla nostra osservazione, una notevole complessità per quanto riguarda l'entità della gravità delle situazioni dei tossicodipendenti in carcere. Questa gravità noi la vogliamo riassumere in questi tre punti, cioè nei percorsi devianti caratterizzati dalle persone tossicodipendenti, le quali recidivano più volte nel comportamento, nei percorsi tossicomanici, persone che da anni hanno alle spalle un'esperienza di vita dipendente, attualmente noi stiamo osservando in carcere, tra i nuovi giunti, la percentuale del 46% di poli abusatori, intendendo consumatori di eroina, di alcool e soprattutto di cocaina, nonché abbiamo rilevato la presenza sia di patologie correlate allo stato di tossicodipendenza sia di aspetti psicopatologici nella percentuale del 12 per cento, per quanto riguarda la convenzione nosografica del DSM 4, con persone osservate in uno stato non di astinenza recente, ma di astinenza protratta.
Attualmente, a livello della casa circondariale di Marassi, è in atto una ricerca per la valutazione più completa dell'entità del fenomeno della tossicodipendenza e anche dei processi evolutivi delle persone inserite in sezioni a custodia attenuata.
I servizi in Liguria si sono organizzati in gruppi di lavoro multi professionali che collaborano all'interno degli istituti di pena con il personale del presidio; questo per quanto riguarda la maggior parte dei servizi e la situazione della ASL 3, vediamo che il servizio si è costituito con una entità stabile, presente costantemente nei feriali e nei festivi ed è stato strutturato dalla Asl attualmente come nucleo operativo dell'ambito 5 territoriale, ASL 3 genovese.
Sulla normativa di legge hanno detto precedentemente i relatori, per cui non mi soffermerei oltre. Vorrei dire che evidentemente nell'organizzazione del servizio è mirata l'erogazione delle prestazioni inerenti la prevenzione, la cura e la riabilitazione degli stati di tossicodipendenza. Diamo particolare attenzione all'immediata presa in carico del detenuto tossicodipendente e all'uso di tutti i presidi farmacologici che possiamo utilizzare, dal trattamento con agonisti sintomatici, anche a mantenimento, e questa è una situazione che è presente in tutti gli istituti di pena liguri; deve essere comunque un po' meglio affrontata per quanto riguarda l'istituto di pena di Savona, proprio per poter attuare completamente il punto 1, cioè quello sulla immediata presa in carico e sull'uso di tutti i presidi attualmente disponibili.
Un'altra attenzione, evidentemente, è data alle patologie secondarie correlate allo stato di tossicodipendenza, in coordinamento con i sanitari del Ministero della Giustizia e all'intervento psichiatrico, in quanto che noi abbiamo notato come il momento della carcerazione, sia particolarmente delicato per quanto riguarda l'organizzazione personologica del tossicodipendente ed, anche se latentizzante, di alcuni nuclei psicopatologici sottostanti. Un altro aspetto molto delicato sono anche le patologie correlate agli stranieri che presentano tante volte dei momenti di crisi, correlati allo shock immigratorio in quanto l'evento del carcere, è vissuto come un momento di crisi, di forte fallimento rispetto al loro percorso di integrazione in un nuovo ambiente sociale. Noi cerchiamo comunque di strutturare programmi terapeutici socio riabilitativi, dopo una diagnosi e valutazione delle

risorse e bisogni del soggetto, finalizzati al fine pena e soprattutto all'ottenimento delle misure alternative.
Vi ho portato uno spaccato di alcuni istituti. Questo è lo spaccato dal quale possiamo anche arrivare alla percentuale degli utenti stranieri e delle problematiche a essi connesse.
Questo è lo spaccato dei tossicodipendenti seguiti nella casa circondariale di Sanremo, Asl 1, di cui vediamo, nel 1999, 350 con 230 detenuti stranieri e 120 detenuti italiani.
Questo invece è uno spaccato sulle persone con problemi di tossicodipendenza nella casa circondariale di Genova Pontedecimo, è una casa circondariale che accoglie detenute donne, quindi abbiamo una percentuale inferiore di problematiche connesse alla tossicodipendenza. Vediamo anche che negli utenti stranieri, la percentuale è completamente inversa da quella presentata della casa circondariale di Sanremo e comunque, nel 2000, vediamo che nelle persone entrate in carcere troviamo un 50% che era già conosciuta ai servizi e 50 per cento che non aveva mai avuto un contatto precedentemente con i servizi.
Questi invece sono i dati inerenti la casa circondariale di Marassi, che sappiamo che è quella che ha maggiore capienza nel territorio ligure. Ci troviamo di fronte alla presenza in tutto di 600 detenuti nel 1999, di cui il 77% degli italiani avevano già avuto un solo contatto col servizio; abbiamo il 23 per cento di persone non conosciute e invece degli stranieri, solo il 5 per cento aveva già avuto un contatto con i servizi.
Volevo dire che il punto di riferimento dell'assistenza nelle carceri, per quanto ci riguarda, è quello di avere un contatto con le persone tossicodipendenti e soprattutto di iniziare a instaurare con loro una relazione terapeutica, che noi vorremmo che potesse servire da ponte per quanto riguarda dei programmi di inserimento all'esterno.
Vediamo che, per questo, risulta importante la costituzione e la presenza di équipe multi professionali e contemporaneamente il coordinamento con tutte le risorse che sono presenti negli istituti di pena, sia il personale del presidio, sia il personale del privato sociale e delle comunità terapeutiche che in Liguria afferiscono, con permesso, all'interno degli istituti di riferimento.
Direi che il coordinamento tra le varie istituzioni lo riteniamo come un punto fondamentale, al fine di potere definire dei programmi efficaci di cura soprattutto personalizzati sulle esigenze della persona.
Come coordinamento intendiamo dire non solo un coordinamento da un punto di vista clinico, ma anche un coordinamento da un punto di vista organizzativo con tutte le risorse che lavorano all'interno del carcere.
Nell'area di Genova, è stata costituita la Consulta carcere/città che vede la copresenza del Comune di Genova, del DAP, del privato sociale e del SERT; il compito di questo organismo è quello di portare all'esterno il carcere, sia per quanto riguarda gli aspetti più problematici, sia per quanto riguarda alcuni aspetti sui quali potere riflettere, come per esempio l'esperienza della sezioni a custodia attenuata, oppure la collaborazione, come nello sportello del cittadino, con il servizio sociale adulti, iniziativa del Ministero della Giustizia, alla quale però la Consulta ha dato il suo contributo.
Volevo soffermarmi sull'esperienza delle sezioni a custodia attenuata. Non a caso, ho portato i dati del carcere di Sanremo, perché le due sezioni a custodia attenuata nella Regione Liguria sono presenti a Sanremo e nella casa circondariale di Marassi.
Qual è l'obiettivo? Vediamo che sono attive dal 1998, le consideriamo attualmente come delle esperienze di tipo sperimentale, da dove potere trarre degli elementi di riflessione. Gli obiettivi sono: uno di osservazione diagnostica, l'altro, pensiamo, con una valenza preventiva, per quanto riguarda dare l'avvio a dei programmi di cura che consideriamo di poter avviare all'interno degli istituti e poi di poter proseguire all'esterno, sia con la collaborazione dei SERT territoriali, sia con la collaborazione del privato sociale.
Ci siamo chiesti tante volte: l'attenzione è al detenuto o è al tossicodipendente? Secondo noi l'attenzione è innanzitutto al cittadino con i propri diritti e i propri doveri. Uno dei

doveri è quello evidentemente della presa in considerazione della norma sociale vigente, dall'altra parte i diritti e sicuramente un diritto alla salute, che anche in ambito penitenziario deve essere, a nostro parere, tutelato.
Noi pensiamo che l'esperienza pedagogica riabilitativa della sezione a custodia attenuata, possa essere svolta con attenzione ai bisogni dell'individuo, con attenzione al lavoro di gruppo e soprattutto al lavoro di rete, in stretta correlazione con il territorio e comunque non può prescindere da un forte coordinamento interno tra il SERT e la Direzione dell'istituto; come coordinamento intendo anche la buona volontà e la buona motivazione a trovare delle risoluzioni, affinché queste persone possano progressivamente dal carcere poter dare avvio a una revisione critica del loro percorso.
Un ultimo problema che volevo appunto segnalare è il quello relativo ai detenuti stranieri che, come avete visto, rappresentano il 41% e nel carcere di Sanremo anche più del 50 per cento e che hanno diritto, per quanto riguarda la legge 230, all'assistenza all'interno delle strutture penitenziarie, ma ci pongono tuttora nella Regione Liguria dei problemi per quanto riguarda la continuità dell'assistenza sanitaria.
Come operatori dei SERT ci sentiamo nelle condizioni di dovere sollevare questo problema al fine di poter elaborare con tutti gli enti preposti, il Comune e la Regione, per potere appunto attuare la ricerca dei domicili di soccorso, e dare luogo a dei libretti sanitari temporanei, che, a nostro parere, anche per gli stranieri senza permesso di soggiorno, devono prendere atto che prestazioni essenziali sono quelle correlate alla cura della dipendenza, alla riabilitazione e alla cura delle patologie correlate.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Chiudiamo gli interventi, per così dire, istituzionali, nel senso di programmati nel piano di lavoro, sul versante generale e regionale più in particolare. Poi, ci saranno gli interventi volontari. Tenendo presente che l'obiettivo poi di questa giornata di lavoro è la stesura di un documento che verrà consegnato al dottor SCATASSA che, in base a quanto prestabilito, fedelmente lo leggerà in Assemblea, nella Plenaria di fronte al Presidente del Consiglio. Quindi, l'obiettivo è riuscire anche a poi fare sintesi di tutto quello che abbiamo detto ed essere d'accordo sulle conclusioni. Allora la parola al signor Giorgio INZANI del CORA.»

Giorgio INZANI:- «Sono un rappresentante del Coordinamento Radicale Antiproibizionista, che è qui presente a questa Conferenza con un opuscolo che non ha uno slogan in copertina, ma una definizione molto precisa, anche se a qualcuno può sembrare assiomatica: Il proibizionismo è un crimine. E' un crimine nella fattispecie di genocidio, è un crimine nella fattispecie di crimine contro l'umanità e cercherò di argomentare in cinque minuti, non di più perché ritengo che sia utile il più possibile confrontarci su queste cose, che cosa intendo dire.
In questa sessione si dovrebbe parlare di inclusione sociale. Ho sentito il lavoro anche ottimo che fanno queste persone che parlano di carcere. Come consigliere antiproibizionista, dal 1991 al 1995, le carceri della Lombardia le giravo in modo costante, mi rendevo conto che era un po' il gatto che si mangiava la coda; che senso aveva parlare di recupero o reinserimento sociale di gente che era automaticamente esclusa per lo stigma che la legge proibizionista gli aveva impresso? Non aveva nessun senso. Io, quelle persone nelle diciotto carceri della Lombardia, le trovavo, dal carcere di Lecco al carcere di Cremona.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Sandro LIBIANCHI, del SERT, istituto penitenziario di Rebibbia e membro della Consulta Tossicodipendenze e Affari Sociali.»

Dott. Sandro LIBIANCHI:- «Lavoro in un SERT a Rebibbia, dedicato esclusivamente al recupero dei tossicodipendenti detenuti; è l'unica esperienza ancora nazionale ed è auspicabile che essa venga allargata.

Quello a cui volevamo accennare oggi, sono gli obblighi che derivano dall'applicazione del decreto legislativo 230, in particolare della custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti, che è uno dei progetti principali dell'amministrazione penitenziaria a espressione o attualmente responsabilità delle Regioni e dei SERT, su cui ci vogliamo fermare, dicendo alcuni motivi per cui è importante riprendere questi argomenti e per cui è importante anche cercare di discuterne approfonditamente.

I principi su cui si basa la custodia attenuata sono le norme di sicurezza attenuate, un personale con una formazione specifica e fondamentalmente la collaborazione dei SERT. Quindi, già dal 1990, col DPR 309, era prevista un'ampia collaborazione dei SERT. I criteri di ammissione sono la motivazione al trattamento e la giovane età, compresa la territorialità; però di ognuno di questi indicatori il gruppo di studio che si è formato in questi giorni cercherà di dare un contributo alla definizione precisa di quali sono i caratteri dell'immissione a questo programma e vedere, in collaborazione con le figure istituzionali, sia da parte della Asl, sia da parte del carcere e in particolare dalla figura del magistrato di sorveglianza il quale è il detentore vero della misura alternativa a cui tendenzialmente dovrà andare il detenuto e che dovrebbe, a nostro avviso, addirittura entrare nell'équipe di selezione.

Numerose sono le attività; alcune sono state in alcune esperienze formate da poco tempo, ci sono dei gruppi famiglia/utente che vengono visti all'esterno dell'istituto, alcuni gruppi si fanno tra famiglie e operatori sempre all'esterno dell'istituto, ma sono ancora esperienze molto limitate di cui riferiremo quando avremo una base dati più ampia.

E' uniforme l'accezione che il percorso debba essere garantito da un'opportuna selezione a cui segue una fase di accoglienza in trattamento; noi oggi ancora non abbiamo chiaramente a disposizione dati che attraverso l'applicazione di indicatori di efficacia di trattamento ci diano la misura di quanto questo trattamento sia efficace nella riabilitazione della persona o non lo sia. Abbiamo soltanto delle indicazioni osservazionali che ci danno delle buone speranze. Abbiamo cercato, nel nostro gruppo di lavoro, di mettere insieme, è ancora in progress e quindi è in ampliamento, le sedi più importanti dove vengono espressi questi programmi, abbiamo fatto quindi un elenco di tutte le esperienze più significative. Stamattina ricordavano che erano addirittura 19, probabilmente uno dei caratteri più importanti è che sono essenzialmente due tipi di applicazione di questo programma. Uno, sono istituti di piccola e media dimensione, interamente dedicati a questo, dove logisticamente si ha una maggiore possibilità di applicare questi programmi e altri sono sezioni annesse ad istituti di media e grande dimensione.

A questo proposito, voglio ricordare che sul documento della Consulta nazionale per le tossicodipendenze, che è in distribuzione, credo che era proprio nella cartella, viene descritto con molta precisione la situazione della custodia attenuata e quelle che sono le proposte.

Alcuni vincoli. Sicuramente la fisicità dell'istituto, la struttura, sia essa sezione o istituto, condiziona fortemente quella che è l'espressione del programma. Sicuramente anche ancora l'équipe, che di volta in volta, viene formata nella relativa sede deve risentire di una formazione specifica e di un lavoro di gruppo espresso. Un'altra variabile importante sono tutte le risorse loco regionali e qui non sarà mai sufficiente ricordare quanto le Regioni devono prendere in carico questo problema prevedendo dei fondi specifici sul fondo nazionale di lotta alla droga, che siano riservati alla custodia attenuata, come già l'accordo del '94 diceva, e al trattamento dei tossicodipendenti in generale. Uno dei problemi più grossi è quello di creare una sorta di regolamento interno. Ci sono numerose bozze - sulla rivista del Ministero della Giustizia sono state pubblicate poco tempo fa a cura di alcuni direttori - delle proposte di regolamento interno. Sicuramente saranno, a mio avviso, da vedere anche nell'ottica non solo penitenziaria ma anche puramente di riabilitazione. Quindi, probabilmente, il lavoro che si dovrà fare è di integrare i due versanti.

Quali possono essere gli obiettivi che dobbiamo perseguire per riuscire a ottenere un pro-

getto unitario? Uno dei problemi più grossi è proprio quello della selezione. Noi ancora oggi vediamo che queste iniziative della custodia attenuata vedono al loro interno una popolazione di pazienti estremamente eterogenea, ognuno dei quali ha delle caratteristiche che talvolta mal si accordano con altre. Basta pensare a quanto può essere difficile accordare un programma terapeutico per cocaino - dipendenti con quello per eroino - dipendenti, ancorché in fase di non attività. Ancora vissuto l'invio in custodia attenuata viene vissuto come una certa premialità (se sei buono e ti comporti bene puoi avere la custodia attenuata) più che una scelta personale di percorso da intraprendere in visione di una misura alternativa.
Non disponiamo ancora di indicatori di efficacia, di qualità, indicatori di attività di servizio tali da poter, come dicevamo all'inizio, quantificare l'intervento che facciamo.
La verifica in itinere è uno dei problemi più grossi, l'esame delle urine in istituto penitenziario, quando è positivo, perché abbastanza frequentemente può succedere, in generale è un problema serio che va valutato in équipe, ma ci sono tanti altri discorsi: è un reato, è un possesso di droga e quant'altro.
Ancora una volta, devono essere stabiliti, a nostro avviso, dei requisiti minimi sia strutturali e organizzativi tali da poter incidere sui programmi e da poter attuare delle risorse che si hanno su quelle strutturali che si vanno a incontrare.
Un altro problema è quello degli indirizzi per la terapia psicofarmacologica. Uno dei punti cardini della custodia attenuata è che non si debbano prendere psicofarmaci, l'alcool è molto limitato o assolutamente bandito in qualche istituto. Noi riteniamo che sarebbero ancora da dare delle linee guida, bisognerebbe tentare una spiegazione più medicalizzata, se c'è bisogno della materia psicofarmacologica e quali ne sono i limiti e quali ne sono i tempi e i modi.
L'ultimo punto è questo: noi siamo di fronte a iniziative di cui le Regioni debbono farsi carico e farne fare carico alle Usl. Queste strutture diventano, secondo l'articolo 3 del decreto 230, dei veri e propri centri di costo, con dei centri di responsabilità, debbono avere quindi obiettivi aziendali e rientrare in quelli che sono gli interessi dell'azienda, probabilmente anche attraverso un sistema premiante e una valutazione di diagnosi per gruppi specifici.
Anche se non è ancora stata dimostrata alcuna efficacia trattamentale dimostrata o terapeutica diversa dalla detenzione in regime ordinario, la custodia attenuata rappresenta comunque una forma avanzata di trattamento penitenziario per tossicodipendenti detenuti.
Lo sviluppo di una progettazione unitaria implica lo specificare e realizzare delle attività trattamentali e terapeutiche che esiteranno in un cambiamento misurabile, il problema degli indicatori, della capacità di un sistema sanitario, in questo caso, nazionale, di migliorare lo stato di salute della popolazione tossicodipendente detenuta.
Una buona strategia operativa deve prendere l'avvio da una collaborazione diretta e strutturata tra operatori dei SERT delle strutture penitenziarie che attuano interventi in custodia attenuata con l'adozione di indicatori di esito, di qualità e di attività ed è quello che abbiamo fatto.»

Dott. Giovanni MOSCHINI:- «Sono Giovanni MOSCHINI, sono il fondatore di una comunità, GRUPPO VAL DI NIEVOLE, che ha sede a Montecatini Terme. Lascio comunque la parola a Ivan COLOMBO, che è responsabile della Associazione genitori comunità INCONTRO di Pistoia, che ci spiega un attimo un progetto simpatico, brillante, che potrebbe andare bene.»

Dott. Ivan COLOMBO:- «In questo clima di Conferenza, abbiamo sentito spesso parlare di delega alle autonomie locali di iniziative, di attività.
Il mio compito è quello di portare all'attenzione di tutti un documento realizzato, sottoscritto e pensato nella Provincia di Pistoia, dalle comunità terapeutiche. I promotori sono

appunto Giovanni MOSCHINI, del Gruppo Val di Nievole, LOTTA ALLA DROGA, il Centro di Solidarietà di Pistoia, con Suor Gertrude MAGNANI, e Franco MARCHESINI, per l'Associazione Genitori Comunità INCONTRO di Pistoia.
E' importante perché è stato sottoscritto da un ampio ventaglio di enti pubblici, ossia ve li leggo velocemente, dal Presidente della Provincia di Pistoia, da tutti i Sindaci dell'area pistoiese e dai Sindaci della Val di Nievole, dal Vescovo di Pescia, dal Vescovo di Pistoia, dall'onorevole Fabiano CRUCIANELLI, dall'onorevole Francesco BOSI, dai Consiglieri regionali Anna Maria CELESTI, Agostino FRAGAI, Fabio PACINI e dai responsabili dell'unità funzionale SERT, Claudio BARTOLINI, per la zona Val di Nievole e Emilio MAIONCHI per la zona di Pistoia. A livello personale ha aderito anche il Direttore dell'Asl di Pistoia, Walter DOMENICONI.
E' importante perché quindi rappresenta una trasversalità sia istituzionale, ma anche politica perché queste persone che hanno aderito coprono tutto l'arco costituzionale.
Il documento riguarda, ve lo leggo velocemente, il rapporto naturalmente tossicodipendenza e carcere e recita che il testo unico del 309 non opera una sostanziale distinzione tra chi spaccia per necessità in quanto tossicodipendente e chi invece lo fa per procurarsi, non essendo tossicomane, una illecita ricchezza, differenziando la quantità della pena, ma non la qualità che resta comunque la privazione della libertà e la sottoposizione a misure coercitive. A noi, operatori professionali, impegnati da oltre vent'anni, ci sembra una terribile ingiustizia e una aperta violazione di un dettato costituzionale relativo al diritto alla salute. Sappiamo ormai troppo bene quanto il carcere costituisca una scuola di delinquenza e aggravi le condizioni psico - sociali che stanno a fondamento dei comportamenti di addiction e nulla è più ingiusto di dare le stesse cose a persone diverse. A noi piace ricordare questo insegnamento per porre con forza all'attenzione dei nostri più diretti rappresentanti, i primi responsabili della salute dei cittadini, ossia i Sindaci e delle massime autorità dello Stato, la necessità di modificare questa realtà delle cose, che mette sullo stesso piano il tossicodipendente e il delinquente comune, che spesso è al servizio di organizzazioni criminali. La necessità di un ripensamento del rapporto tra tossicodipendenza e carcere non nasce solo da considerazioni etiche o costituzionali, è necessario anche da un punto di vista economico. La popolazione carceraria in Italia è costituita in grande prevalenza da tossicodipendenti, l'abbiamo visto in questi giorni, spesso detenuti anche per lunghi periodi; è comunque una popolazione che inevitabilmente, vista la recidiva, dovrà essere assistita per un lungo periodo dai servizi pubblici. Il disagio psichico, la mancanza di identità e di formazione professionale ne fanno una categoria debole, emarginata, incapace di impadronirsi e utilizzare gli strumenti della promozione di un soddisfacimento e congruo inserimento o inclusione nel contesto sociale. Senza voler sottolineare altri aspetti quali il sovraffollamento carcerario, sappiamo che comunque la carcerazione, i costi di un detenuto, per lo Stato sono altissimi e assolutamente inutili al recupero dei soggetti. Sono comunque energie, forze vitali sottratte al processo produttivo, all'autonomia economica e destinati all'assistenzialismo più o meno a vita. E' quindi indispensabile correggere questo stato di cose, è necessario rimodulare il trattamento dei soggetti presi in flagranza di reato, distinguendo i tossicodipendenti da coloro che non lo sono. Per la nostra esperienza, sappiamo che le forze di polizia ed i carabinieri sono sufficientemente attrezzate per operare questa distinzione, si tratta solo di attrezzarli e di dar loro un preciso mandato. E' soprattutto indispensabile un ripensamento di principi giuridici che definiscano la materia con interventi sul codice penale e sul codice di procedura penale e i regolamenti penitenziari.
Quindi, noi, come rappresentanti di questa comunità e con la sottoscrizione di cui vi ho detto prima, chiediamo ai Ministeri interessati che nel più breve tempo possibile, per uscire dalla genericità delle ipotesi e passare a un livello decisamente operativo, costituiscano una commissione specifica sul tema del rapporto tra tossicodipendenza e carcere per elaborare un diverso modello di intervento da tradurre poi in concreti atti legislativi. Siccome siamo, per nostra cultura e storia, abituati a dare operatività a quello che dicia-

mo, a far seguire quindi una pratica operativa, ci proponiamo e lo stiamo proponendo ora, in questi giorni, un progetto pilota che mette insieme il privato sociale, quindi gli operatori privati, con gli operatori pubblici e del Ministero di Grazia e Giustizia per la gestione di due centri operativi, al di fuori dal carcere.
Abbiamo già stanziato a questo proposito, sul fondo unico Lotta alla droga, una quota parte destinata alla formazione di questi operatori per omogeneizzare il linguaggio, per cominciare a capirci per poter lavorare insieme, perché questo è il primo passo e per darci piccoli ma praticabili obiettivi e studiare un protocollo di valutazione che ci consenta anche di intervenire sulle recidive.
Questo è quello che poniamo sul tappeto insieme a, credo sia opportuno sottolineare questa valenza istituzionale, questo vasto consenso di tutta la Provincia di Pistoia con i primi cittadini, il Vescovo e quant'altri hanno aderito, ma soprattutto anche questa uniformità, questo consenso trasversale politico che va dall'estrema destra all'estrema sinistra su un problema tecnico. Come tecnici vogliamo porci.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Chiara BALDASSARRI, SERT di Napoli, operatrice della Consulta Tossicodipendenza e Affari Sociali.»
Dott.ssa Chiara BALDASSARRI:- «Oggi abbiamo sentito parlare di carcere, di stranieri sia in carcere, sia fuori. Vorrei dare solamente degli spunti per quanto riguarda una grossa metropoli come Napoli che ha in questo momento un'emergenza non indifferente, come del resto ho sentito anche per le altre metropoli, quella dell'immigrazione, degli stranieri presenti sul nostro territorio, tossicodipendenti.
In tutte le varie sessioni ho sentito parlare, sia ieri, sia oggi della cosiddetta rete, questa rete che ormai è sulla bocca di tutti, la rete istituzionale tra servizi; ma penso che noi dobbiamo cominciare a parlare di una rete a bassa soglia, come si suol dire oggi per i servizi, anche la rete deve essere a bassa soglia, deve essere tra gli operatori, deve essere veramente per strada per potere affrontare alcuni problemi pratici. I nodi della rete devono essere dei nodi attivi e non dei nodi problematici che non sanno che cosa fa il nodo vicino. Quindi, non è una interconnessione, ma spesso sono dei nodi problematici di questa rete.
A Napoli noi abbiamo attive le unità di strada e, con le unità di strada, naturalmente sono arrivati ai servizi gli stranieri, in particolar modo i senza fissa dimora e gli irregolari. Volevo darvi solamente un dato del 23.11, quindi della settimana scorsa. Nei SERT di Napoli, sono in trattamento farmacologico con farmaci sostitutivi 153 stranieri, di cui 139 sono homeless e senza documenti, sono irregolari. Naturalmente, non tutti i SERT di Napoli prendono gli stranieri irregolari, molti responsabili di SERT pretendono il documento e stiamo anche cercando di provvedere a questa cosa.
Nella Consulta venne fuori il problema degli stranieri da trattare e quindi dei documenti da fare a questi stranieri e di individuare almeno un SERT nelle aree metropolitane; questa era l'indicazione che avevamo dato in Consulta, di almeno un SERT nelle aree metropolitane che accogliesse gli extracomunitari, che accogliesse gli irregolari.
Alla luce di questi dati, dico che non va più bene questa indicazione che abbiamo dato in Consulta, perché a Napoli il SERT individuato dovrebbe fare solamente gli extracomunitari, solo gli irregolari perché un SERT, già così come stiamo, abbiamo 153 presenze giornaliere con farmaci solo sostitutivi negli extracomunitari, quindi si dovrebbe fare solamente un SERT ad hoc per fare questo e quindi quelli territoriali non verrebbero più assistiti.
La provenienza, ho visto anche dalle altre relazioni, è in particolare modo da Marocco, Algeria e Tunisia, e sono questi che poi ci portano i maggiori problemi, perché sono delle persone che non arrivano da noi tossicodipendenti ma lo diventano e a Napoli lo diventano in particolar modo con l'utilizzo del cobret, questa eroina che circola da tanto tempo oramai a Napoli; quelli che la fumano sono quelli, a maggior rischio, anche di tubercolosi perché, andando a controllarli, abbiamo riscontrato una maggiore positività

per la tubercolosi, mentre quelli del Nord Europa arrivano già tossicodipendenti, sono tossicodipendenti per via iniettiva e abbiamo il problema invece che dal Nord Europa sta arrivando la sieropositività per HIV, per cui a Napoli abbiamo con una prevalenza molto bassa.
Questa commistione di extracomunitari che a volte c'è tra quelli del Magreb e quelli del Nord Europa, fa sì che ci sia anche una trasmissione di infezione, cioè la trasmissione di infezione da HIV l'abbiamo riscontrata, per esempio, tra quelli del Nord Europa che infettano algerini, marocchini e tunisini. Questo, praticamente, complica ancora di più le cose.
Volevo dire che il 15 per cento degli utenti delle unità mobili è rappresentato da extracomunitari e la maggioranza di questo 15% è di senza fissa dimora ed è irregolare.
Stiamo cercando di costruire questa famosa rete tra le unità mobili e i SERT però gli interventi successivi sono molto difficili. Mandare uno straniero irregolare in comunità: il 99 per cento delle comunità non li accoglie, perché nessuno paga né noi possiamo pagare per loro e quindi voglio mettere il punto su questa situazione. Gli stranieri aumentano sempre di più e noi penso che dobbiamo in qualche modo intervenire su questo grosso problema, che c'è particolarmente nelle grosse metropoli. Lo slogan dell'Asl Napoli 1 è quello di continuare a sognare l'impossibile, cerchiamo di fare però seriamente e professionalmente quello che è possibile.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «La dottoressa Lucia CASTELLANO, direttore dell'Istituto Penitenziario, ovviamente del Ministero Giustizia.»

Dott.ssa Lucia CASTELLANO:- «Dirigo la struttura penitenziaria a custodia attenuata di Eboli, in provincia di Salerno. Volevo fare, molto brevemente, il punto della situazione, soprattutto rispetto a quanto si è detto tre anni fa a Napoli in questo stesso contesto. La situazione che ho vissuto oggi è piuttosto differente da quella di Napoli, perché quella di Napoli forse era un po' più aperta alla speranza, per lo meno di una linea politica univoca che non abbiamo riscontrato in questo contesto, almeno che non ho riscontrato io come operatore. Volevo comunicare il mio disagio di operatore penitenziario che dovrebbe seguire delle linee di indirizzo, che non si sentono in maniera molto netta e molto lineare.
Il Ministro ci ha parlato di decarcerizzazione e ci ha consigliato come linea politica quella di affidare in qualche maniera alle comunità la gestione e anche il tutoraggio dei tossicodipendenti, cosa che, sinceramente, come operatore penitenziario, mi lascia quantomeno perplessa, perché c'è un tutoraggio affidato istituzionalmente ai centri di servizio sociale e ai SERT per cui mi chiedo, proprio come esecutore di ordini, come amministrativo, qual è poi la linea che noi dovremo seguire. Aggiungo quello che diceva il consigliere MAISTO, con grande lucidità e con grande anche drammaticità, sul problema di questo decreto legge che in qualche maniera, se applicato ai tossicodipendenti, ci fa fare un passo indietro. Mi chiedo e chiedo a voi e a questa Conferenza di riportare in termini anche propositivi qual è poi il ruolo, a questo punto, rebus sic stantibus, di questa custodia attenuata, nella contro conferenza, fortemente attaccata su certi piani, perché giudicata in qualche maniera una scelta elitaria per pochi, a fronte di una massa di tossicodipendenti buttata lì. In realtà, non è esattamente così, questo attacco che è stato fatto in maniera anche molto vivace ieri sera, nasce molto anche dall'ignoranza e mi ricollego a quello che era l'intervento del Consigliere FROTTA sul primo livello, che è poi il fondamento della custodia attenuata, cioè il famoso articolo 96 del Testo unico del 309/90 e quindi chiedo a questa Conferenza, a questo incontro, di farsi promotore anche a livello politico perché il primo livello funzioni, perché sia fatto effettivamente un filtro che comanda non Dio, ma il legislatore all'articolo 96 e quindi possa essere attuata la scelta della custodia attenuata che, fermiamo bene la nostra attenzione, non è una scelta premiale, non è un paradiso per pochi eletti, ma è una scelta terapeutica la cui valenza è

stata anche sottolineata dal Ministro nell'intervento di ieri, quando diceva che, se carcere deve essere, che sia un carcere a custodia attenuata, il che significa una scelta terapeutica molto precisa e anche molto severa, molto più severa che non il carcere ordinario per i tossicodipendenti. La custodia attenuata non si deve porre come il premio per pochi o come l'élite della carcerazione perché il trattamento penitenziario va fatto in ogni patria galera ed è la legge del '75 che ce lo impone e dovremmo attuarla.
Il problema è che invece la custodia attenuata si pone come altro dal carcere, nel senso che vengono attuati in custodia attenuata dei progetti terapeutici, il che non ha niente a che vedere con una premialità tout court che invece deve essere data, quando lo meritano, a tutti i detenuti siano essi comuni o tossicodipendenti e allora forse il grande equivoco dell'attacco alla custodia attenuata nasce proprio dalla confusione tra trattamento e scelta terapeutica. Laddove noi riusciremo e credo che ci riusciremo, nel '97 ci credevo, nel 2.000 ci credo ancora e non so se nel 2.003 ci crederò con la stessa convinzione, ad attuare effettivamente un primo livello degno di questo nome, a filtrare poi i detenuti che scelgono di essere inviati alla custodia attenuata per fare un programma che è alternativo sia alle misure alternative che al carcere ordinario, che è una scelta di uscire fuori dal tunnel della droga "sfruttando" il tempo della carcerazione, se noi riusciremo a fare questo, il carcere a custodia attenuata non sarà più il carcere dell'élite. Se la magistratura di sorveglianza, che vedo assente purtroppo, in questa Conferenza, ancora una volta, salvo il Consigliere MAISTO perché purtroppo per noi non fa più il magistrato di sorveglianza, capirà che le scelte terapeutiche che noi portiamo avanti per i nostri utenti sono scelte di cui tenere conto compatibilmente con la loro insindacabile autonomia costituzionalmente protetta, allora forse riusciremo a far decollare questo percorso dandogli la valenza che merita.
Do ragione a chi l'attacca adesso, a chi dice che costa tantissimi soldi; è vero che costa però è vero che se noi riusciamo a dare questo tipo di assetto alla custodia attenuata cioè non la premialità, abbiamo trovato l'America; certo, se noi li rapportiamo alle carceri ordinarie, diventano dei premi e basta.
Quello che chiedo con molta forza a questa Conferenza, in questo momento, è proprio forse di sintetizzare queste cose che ho detto e di portarle come proposte. C'è bisogno di far funzionare un circuito penitenziario alternativo, c'è bisogno del regolamento interno che ci è stato promesso dal Ministero come regalo di Natale o forse della Befana e quindi starà arrivando, siamo in attesa che sia passato come circolare questo lavoro che ha fatto la collega del carcere di Sollicciano, sulle modalità operative per distinguere il circuito penitenziario a livello nazionale, e siamo ancora in attesa che sia creata almeno una custodia attenuata per ogni Regione.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Francesco BELLOSI, responsabile di comunità dell'Associazione GABBIANO.»

Francesco BELLOSI:- «Sono responsabile di una casa alloggio per malati di AIDS e di un centro residenziale a bassa soglia che si trova in Valtellina, in uno sperduto paese che si chiama Tirano.
Devo dire, a smentire il dottor BARRA, che sono molto depresso come operatore, non ho neanche, come dire, le ferie vicine. Sono molto depresso perché sono sceso da quella valle sperando che, come dire, il clima di intolleranza, di ostilità che marcia in modo sostenuto fosse una prerogativa locale e invece mi rendo conto che il dato è estremamente ampio, per cui viviamo una realtà in cui siamo qui a parlare di decarcerazione, siamo qui a parlare di inclusione sociale in una realtà che non marcia, appunto galoppa verso l'esclusione sociale da una parte e verso una sollecitazione continua alla carcerizzazione.
Volevo parlare di due casi particolari però, non per fare le storie delle persone, ma per dire come dei casi possano diventare un paradigma.

Il primo. Nel novembre dello scorso anno mi viene chiesta la disponibilità ad accogliere un detenuto del carcere di Opera. E' in cirrosi ed è in un grave stato di deficienza immunitaria, è un caso che il dottor CASELLI credo conosca perché, come coordinamento delle case alloggio, gli abbiamo inviato una lettera su questo caso. Il detenuto si chiamava Salvatore QUATTROCCHI. Per due volte gli è stata rifiutata qualunque misura alternativa dentro il discorso che comunque la sua realtà sanitaria di persona in cirrosi estremamente avanzata, tanto che poi ne è morto, era ritenuta compatibile con il regime carcerario. Del tutto casualmente, il 15 agosto accompagnavo l'onorevole Giuliano PISAPIA in una visita dentro l'iniziativa l'Estate in carcere e sono venuto a sapere, dai detenuti, che la sera prima era morto questo loro compagno, ma non al centro clinico, in una normalissima sezione del carcere, perché c'è questo aspetto e questa è una delle ragioni che si aggiunge molto probabilmente alle cose già dette da Vittorio AGNOLETTO stamattina per cui una legge fatta, pensata perché i detenuti malati di AIDS o comunque gravemente malati possano uscire, in realtà non escono.

Secondo caso. Abbiamo avuto come ospite per un anno e mezzo una persona malata di AIDS in detenzione domiciliare, evaso sei volte, perché le sue condizioni psichiche non gli permettevano di capire molto che non poteva uscire dalla struttura, essendo nella misura della detenzione domiciliare. Ho scritto al magistrato di sorveglianza che era responsabile di questo caso, ho spiegato con chi avevamo a che fare ed è arrivata la mutazione della misura alternativa dalla detenzione domiciliare all'affido. In questi giorni però questo uomo avrebbe dovuto essere giudicato dal Tribunale di Sondrio per sei evasioni. La cosa è prescritta perché due mesi fa è morto.

Questo per dire che cosa, che cosa c'è di paradigmatico in questa storia? C'è di paradigmatico che sempre più arrivano persone nelle case alloggio e in comunità, nella misura della detenzione domiciliare, una misura che tende, mi dispiace dirlo, a trasformare in piccole carceri le comunità, in piccole carceri le case alloggio. Da questo punto di vista, noi dovremmo avere la forza in una qualche misura di ribellarci, perché esistono delle possibilità alternative e le possibilità alternative sono quelle appunto di misure non così custodialiste, di avere delle persone in detenzione domiciliare o agli arresti domiciliari; mi limito alla detenzione perché è la misura più usata in questo momento perché, in una qualche misura, può sciacquare la coscienza, nel senso che mette a riparo. In momenti di particolare allarme sociale, nella nostra struttura i Carabinieri possono venire anche due, tre, quattro volte al giorno, a volte all'una di notte, alle volte alle quattro del mattino. Ma non è solo questo aspetto; parliamo di inclusione sociale quando già parliamo di percorsi lavorativi per persone, cosa che è già difficile in quanto tossicodipendenti; se poi si aggiunge che sono detenuti, questa difficoltà aumenta a dismisura.

Volevo fare una brevissima considerazione su questo meccanismo dell'inclusione e dell'esclusione sociale. Mi sembra estremamente significativo un fatto, nessuno dei media, che poi raccolgono l'allarme dell'opinione pubblica, che a sua volta incide sulle decisioni politiche, dice mai che su 100 detenuti che escono, 78 cadono nella questione della recidiva. A me non è mai capitato di leggere su un giornale che il tal reato, la tal cosa è stata fatta da un ex detenuto che ha scontato la pena, ma Dio ce ne scampi, se capita che uno di questi detenuti è in misura alternativa scatta un allarme sociale altissimo.

Credo che i reati commessi dai detenuti in misura alternativa sono sicuramente sono molto, bassi però questo ci dice che cosa? Che il carcere, nella sua realtà criminogena, è accettato dall'opinione pubblica. Tu finisci la tua pena, riprendi a delinquere, questo è il meccanismo perverso che viene accettato.

I percorsi faticosi di tentare delle strade alternative che permettano di abbattere questo fatto della recidiva, che tra l'altro era presente anche, molto presente nella proposta CUSANI di amnistia e indulto, che era appunto indulto revocabile e amnistia condizionata, non vengono assolutamente presi in considerazione.

Volevo chiudere invitando Leopoldo GROSSO a questo tipo di discorso, cioè che le comunità preferiscano due cose. Innanzi tutto che nei meccanismi delle pene alternative

non ci sia una strada stretta per cui o carcere o comunità ma al di là del carcere o della comunità, ci sono molte altre possibilità. Il secondo aspetto è che in questo ventaglio largo la possibilità delle comunità sia possibilmente non la più ristretta, ma la più ampia e quindi ad esempio tra un affidamento ai servizi e una detenzione domiciliare, noi comunque preferiamo l'affidamento in prova.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «Giuseppe BATTELLI, operatore sociale, dell'Associazione IL PIOPPO.»

Giuseppe BATTELLI:- «Vengo da Napoli, dove giorni fa è successo un fatto drammatico di criminalità, è stata uccisa una bambina, è stato l'ultimo caso in cui ho sentito di nuovo elevare la bandiera della certezza della pena. Credo che sia una bandiera sollevata in modo, non dico infame, ma davvero non bisogna essere ricercatori o giuristi per sapere che in Italia, se c'è una cosa certa, è la pena.
Quando una pena passa in giudicato, abbiamo qui un magistrato che può confermarlo, non c'è Cristo che la tolga, tolte l'amnistia e la grazia.
Guardate, questa cosa mi fa un po' arrabbiare, perché porta ad altre conseguenze. Questa storia della certezza della pena viene sbandierata in un modo propagandistico, ma indulge delle cose anche sul piano tecnico che sono molto pericolose, secondo me.
Mi riferisco chiaramente ad alcune forze politiche che quando di tratta di tossicodipendenti o di immigrati poveri sono pronte a parlare della certezza della pena, ossia del fatto che non vengano seppelliti, la verità è proprio questa, non la certezza della pena, perché la pena è certa, salvo poi queste forze urlare alla persecuzione giudiziaria quando le maglie giudiziarie stringono la loro sede. Qual è l'aberrazione che si innesta su questa bandiera?
E' che queste forze politiche, amministrative, il mondo finanziario, comunque delle potenze decisionali, finiscono per stringere l'assedio a quei Tribunali di sorveglianza i quali, ovviamente, ubbidiscono anche alle pressioni sociali che gli arrivano addosso tutti i giorni.
Collaboro da alcuni anni con due istituti a custodia attenuata che sono quello di Eboli e quello di Lauro, in provincia rispettivamente di Salerno e di Avellino. Devo dire che, a completamento di quanto diceva la dottoressa CASTELLANO poco fa, la custodia attenuata non solo non è una questione d'élite, non solo non è una questione premiale, ma a me affascina l'idea che attraverso questa sperimentazione è possibile finalmente affacciare per lo meno l'ipotesi di una realizzazione costituzionale relativamente all'esecuzione delle pene.
Noi abbiamo una parte delle pene, tutte le pene, che si chiama retributiva, ossia in qualche modo si rimborsa il danno e un'altra parte che dovrebbe essere formativa, di reinserimento, di accompagnamento anziché di punizione.
Non a caso la custodia attenuata rompe un po' il circolo custodialistico che è nient'altro che la realizzazione, l'esecuzione di quel mandato di vendetta sociale che esplicitamente, ad ogni occasione, viene affacciata e che il carcere da sempre, per tradizione consumata, realizza. Questo è custodialismo.
La custodia attenuata in qualche modo affaccia una rottura, prospetta l'ipotesi, mi immagino che se funziona bene, se otterremo un follow - up in tempi ragionevolmente brevi, positivi, come mi auguro, nonostante sia applicata su una fattispecie di esecuzione penale, quella specifica per i tossicodipendenti - la definizione è dell'OMS che non condivido in pieno - secondo cui la tossicodipendenza è una patologia cronica dall'andamento recidivante. Non sono d'accordo, né io né il mio gruppo, che si tratti di una patologia e tuttavia il suo carattere tendenzialmente cronico, sicuramente è da accettare e ha queste ricadute.
Noi ci troviamo di fronte ai Tribunali di sorveglianza che prescrivono nelle custodie attenuate una delle condizioni per potere accedere, non dico alle misure alternative, ma

anche all'esecuzione penale ordinaria. Parlo di quell'articolo 21, ossia l'ammissione al lavoro all'esterno, che è esecuzione penale ordinaria, senza ancora arrivare alle misure alternative, alla semi libertà, all'affidamento, dove per tradizione il Tribunale di sorveglianza, facendo leva sul fatto che si tratta di tossicodipendenti, prescrive tra le altre cose quella di non fare uso di sostanze.
Noi sappiamo benissimo che invece i tossicodipendenti, proprio per la caratteristica specifica delle loro condizioni hanno delle ricadute, ma è proprio quello il momento in cui bisogna lavorare perché se non ce le avessero, più non ce ne sarebbe bisogno.
I Tribunali di sorveglianza trattano il tossicodipendente alla stregua del mafioso, di qualsiasi altro criminale quando sappiamo benissimo che prevalentemente, nella gran parte dei casi, i tossicodipendenti certo delinquono, commettono dei reati, ma lo fanno per necessità e in modo maldestro. Non è un caso che, quando non sanno chi afferrare afferrano un extracomunitario o un tossicodipendente, non è un caso che abbiamo questo affollamento delle carceri anche di tossicodipendenti. Certo non sono innocenti, fanno dei reati però li fanno in una condizione il cui contesto base va valutato.
Direi di vedere se è possibile fare uscire anche da questa Conferenza una sollecitazione a smetterla con la bugia della certezza della pena, perché è una bugia. In realtà dietro questo si nasconde la volontà di dire buttate le chiavi per questa gente qui. E' una vergogna, è una miseria, io dico è una infamia.»

Chairman Dott. Giancarlo CASELLI:- «SABBION/PANTE', del SERT di Monselice, di Padova, sul Programma di disintossicazione in una struttura di accoglienza.»

Dott.ssa Roberta SABBION:- «Mi discosto per un po' da quella che è la problematica del carcere e tutto ciò che è connesso. Rispetto al collega che ha parlato poco fa invece qui mi sento un po' meno depressa, mi sento fortunata per alcune cose.
Nella mia realtà, la collaborazione, il lavoro nel servizio pubblico, sono responsabile del SERT nel Veneto, USL 14, e la mia collaborazione vuoi perché il personale da noi non è numericamente elevato, vuoi perché un po' per mie caratteristiche cerco sempre di integrare un programma terapeutico con quanto compete a me, con quanto compete alle strutture del privato sociale, è in atto da anni.
Questo mi permette di effettuare programmi veramente personalizzati perché ogni persona ha, per quanto riesco, il proprio programma.
Siamo partiti con il trattamento metadonico da molti, anni quando ancora, non in tutte le Regioni e in tutte le Usl nel Veneto, veniva utilizzato il metadone.
I vantaggi e gli svantaggi collegati a questo. Chiaramente i vantaggi perché abbiamo potuto contattare un numero elevatissimo di persone altrimenti non contattabili. Lo svantaggio che si è presentato in itinere, prevedibile forse, ma all'inizio l'importanza era un'altra, era quello di riuscire ad andare oltre, quando le condizioni lo permettano e quando l'interessato lo richiedeva.
Un'integrazione sia nel mondo lavorativo, sia nel mondo sociale per alcuni passava proprio, anche per esigenze mentali, dal fatto di poter togliere il metadone.
Personalmente, forse per la mia inesperienza, la mia incapacità, al servizio non riuscivo ad ottenerlo, non riuscivo a chiederlo, portando avanti il progetto e il programma a domicilio, perché le tentazioni, la possibilità di trovarle, questa è l'esperienza di tutti noi operatori che lavoriamo nel campo, mi impediva di riuscire ad arrivare al fatidico zero e rimanere il tempo necessario poi per impostare un successivo programma.
Alla luce di questo, grazie proprio alla collaborazione che già avevo con le strutture del privato sociale, ho chiesto e quattro anni fa la Comunità di Monselice che è in provincia di Padova mi ha dato la sua disponibilità, di poter effettuare un programma esclusivamente per la disintossicazione del metadone.
Altre comunità accettavano già soggetti in trattamento metadonico, però con lo scopo poi proseguire con il programma terapeutico.

Questo però non era l'obiettivo e non era, almeno all'inizio, il desiderio, né dell'interessato, né a volte rientrava in un programma proponibile da parte degli operatori del SERT. La struttura ha messo a disposizione nove posti letto in uno spazio separato rispetto a quello dove invece conduce il programma terapeutico classico. Dopo un anno di preparazione degli operatori in quanto essi non sapevano cos'era il metadone, come ci si doveva comportare, che cosa comportava l'assunzione di metadone in termini emotivi, in termini fisici e quindi cosa comportasse l'astinenza successiva, dopo un anno di preparazione, abbiamo iniziato con questo progetto.
Che cosa volevamo ottenere? Un percorso, un cammino parallelo tra quello che il fisico richiedeva, scalando il metadone, e quello che per la mente comportava, sempre correlato allo scalaggio del metadone.
Ci siamo resi conto che, quando uno procedeva senza l'altro, non riuscivamo ad ottenere assolutamente niente, vale a dire se il fisico era disintossicato ma la testa ancora non c'era, non riuscivamo ad ottenere assolutamente niente.
Ci siamo proposti tre mesi di programma e, indicativamente, nel primo mese veniva scalato il metadone, nel secondo veniva affrontata l'astinenza e nel terzo e questo forse è la cosa più utile si andava a valutare assieme al SERT di provenienza e all'interessato, che tipo di programma si poteva portare avanti o proporre per continuare.
Questi tre mesi quindi non sono né l'inizio né la fine di un progetto terapeutico, sono semplicemente uno strumento che i servizi pubblici possono utilizzare e la comunità ha messo a disposizione.
Da un punto di vista farmacologico, gli interessati non sanno la dose di metadone che assumono quotidianamente. Questa è stata una scelta degli operatori dettata dai ragazzi stessi, i quali ci hanno detto se io non so quanto prendo, probabilmente non mi aspetto determinati sintomi e questo infatti è successo. Non sapendo la dose precisa che assumono giorno per giorno sono costretti a riascoltare il proprio corpo e a dirci che cosa effettivamente provano.
Tenendo conto poi che, durante il giorno, questi ragazzi lavorano la terra, hanno attività fisica e quant'altro, noi potevamo fare notare come certi dolori potevano essere compatibili per esempio con l'attività fisica svolta, oppure che certe situazioni d'ansia erano compatibili col momento che stavano trascorrendo.
I primi ragazzi ci dicevano dammi il Tavor, adesso ci dicono non riesco a riposare, sono ansioso. Quindi, abbiamo cercato di trasformare la richiesta dal farmaco a "dimmi cosa provi". Il progetto è partito nell'aprile del '98, a tutt'oggi noi abbiamo 69 persone, 58 maschi e 11 femmine che sono transitate per l'intero percorso. Solo alcuni sono stati allontanati, alcuni per una ricaduta, altri perché avevano messo in condizione, purtroppo, di ricadere altri soggetti. Questi, comunque, hanno ripreso i contatti con il proprio SERT di provenienza e quindi, anche se allontanati, non sono stati persi. Tutti hanno concluso il metadone e sono arrivati ad assumere l'antagonista prima dell'uscita dalla struttura.
Il successivo programma terapeutico è stato, ripeto, poi concordato. Diciannove di questi sono tuttora in contatto con il SERT e astinenti, 11 invece risultano essere ricaduti, alcuni hanno ripreso il trattamento metadonico e per alcuni abbiamo identificato, già all'interno della struttura, la necessità della ripresa del trattamento, perché avevamo evidenziato che non era ancora giunto il momento perché potessero rimanere senza, il rischio di ricaduta, di overdose o di morte era effettivamente troppo elevato. I 17, in itinere, hanno maturato l'idea di intraprendere un percorso comunitario, dico in itinere perché nessuno di quelli che entra in questo particolare percorso dall'inizio già sa di fare la comunità o almeno solo 2 dei 69 finora, ma altri 17 poi, man mano, nell'ultimo mese di valutazione, lo hanno chiesto. Sono 4 e adesso ne sono entrati altri 4; quindi sono 8 attualmente inseriti e 3 sono deceduti, 2 per overdose, purtroppo; ci stiamo un po' interrogando se avevamo noi sottovalutato l'uscita; non siamo onnipotenti e uno è morto per AIDS, era già malato all'entrata. I dati e il resto poi verranno comunicati all'occorrenza.»

Francesca CORSINI:- «Faccio parte dell'unità di strada della LILA di Genova, che opera sul territorio da sette anni e collabora con la comunità di SAN BENEDETTO e, in alcuni casi, anche con i servizi.

Ora, l'esperienza che volevo portare qua, rispetto a strategie di riduzione del danno, somministrazione di metadone ed eventuali sperimentazioni di somministrazione controllata di eroina, è un po' la voce della strada cioè di chi noi tutti i giorni incontriamo sulla strada ed è utente e in qualche modo parte in causa dei discorsi che facciamo.

Tutti i dati che ho sentito fino adesso mi facevano venire in mente persone. Nessuno dei trattamenti, dei programmi terapeutici, dei dati che sono stati portati fino adesso, danno garanzie di un successo al cento per cento e allora si discute su cosa è meglio, cosa è peggio. Secondo me, quando si parla di valutazioni, di criteri di valutazione di questi programmi, bisognerebbe partire anche un attimo da quella che è la realtà della strada, nel senso che quando sento parlare di valutazione di interventi di riduzione del danno, mi vengono in mente le nostre esperienze, ad esempio l'uso di siringhe; la restituzione delle siringhe usate viene usata come criterio di valutazione di alcuni interventi. Noi sappiamo che i ragazzi le raccolgono a mani nude per strada. Allora, in questo caso, chiaramente il criterio di valutazione che ho sentito usare diventa un po' dubbio se questo è il modo. Dipende da qual è la sostanza che viene usata, se una persona assume eroina, si fa due volte al giorno e usa due siringhe, se si fa di cocaina usa almeno sei siringhe al giorno. A partire da questo, noi crediamo che ci sia la necessità di risposte e valutazioni diverse, bisognerebbe iniziare a conoscere sempre di più la strada.

Per conoscere la strada, noi usiamo le unità mobili in generale. Abbiamo però noi una carenza di mezzi in alcuni casi perché ad esempio, su tutta una serie di informazioni e di utilizzo su chi ancora fa uso di sostanza, potrebbe essere una grossa risorsa per quanto riguarda la conoscenza delle sostanze perché, in alcuni casi, quando si parla ad esempio di nuove droghe, i servizi sono carentissimi in questo. Le unità di strada, ultimamente a Genova avevano avuto un calo fortissimo di utenza perché lo spaccio e il consumo erano cambiati e noi siamo riusciti a riadeguarci palando con gli utenti, con le persone che consumano.

Tutto questo però è difficile, se non si va verso un certo tipo di politica, ad esempio la politica della depenalizzazione dell'uso e dei reati connessi all'uso, che permetterebbe anche di integrare, all'interno dei progetti di riduzione del danno, una collaborazione stretta anche con persone che fanno ancora uso di sostanze e che in questi casi sono sempre esclusi da questa soluzione.

Rispetto a questo volevo anche dire una cosa riallacciandomi a quello che diceva stamattina AGNOLETTO sulla somministrazione controllata di eroina, che ha definito progetto di nicchia, come salvavita.

Un'altra delle realtà che noi vediamo normalmente sulla strada è quella di tantissimi ragazzi che hanno assunto una strategia di sopravvivenza all'interno di quello che viene offerto adesso, prendono il metadone, tornano a farsi, riprendono il metadone, tornano a farsi, esperienze che ho sentito qua citare come numeri. Allora, ancora una volta a noi viene da dire che c'è una diversità sulla strada e va presa in considerazione. Se una strategia, se un programma terapeutico va bene per 20 persone e non per le altre 80, va bene per 20 persone, possiamo usarlo, cioè non è detto che una cosa escluda l'altra. Anche quando si fanno paragoni per valutare le sperimentazioni di eroina rispetto all'uso del metadone, mi chiedo quanto poi, rispetto a questo, si sappia anche di quello che viene detto dai ragazzi normalmente. Ci sono parecchi casi di uso di metadone in cui è lo stesso utente a dire che, a soglie troppo alte, sta male, ha dei problemi a rapportarsi normalmente, non sta bene, e a soglie troppo basse, torna a farsi. Questa è la realtà.

Allora bisogna differenziare, non avere delle preclusioni di tipo politico, morale, di preconcetti rispetto a quelle che sono le strategie, ma usarle tutte, tutte quelle che possiamo mettere in campo perché le persone sono tante, sono diverse e se una strategia va bene

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.»

INSERIMENTO LAVORATIVO E SOCIALE CON PARTICOLARE RIGUARDO AI PROBLEMI DELLE CONDIZIONI DI SVANTAGGIO

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Sono il direttore generale dell'Impiego del Ministero del Lavoro. Quello di questa mattina sarà proprio per noi un incontro di lavoro, dal quale dovranno scaturire impegni comuni, che conferiscano maggiore continuità all'attività delle amministrazioni centrali, compreso il Ministero del Lavoro, su questo tema di estrema rilevanza. Faremo un quadro coordinato di dialogo con le Regioni, gli enti locali, gli operatori, un approfondimento delle proposte già emerse. Lavoriamo in una sorta di continuo laboratorio. Non solo le normative che avete esaminato ieri, ma anche quelle specifiche che riguardano il mercato del lavoro, impongono una riflessione sul nostro comune modo di agire. Per altro la nuova stagione di riforma degli istituti del mercato del lavoro e la possibilità di utilizzare le risorse della programmazione comunitaria e del relativo cofinanziamento nazionale per il 2000 e il 2006, ci fanno ritenere che il momento possa essere fortemente positivo. Abbiamo regole nuove, assetti nuovi, risorse in qualche modo utilizzabili. Si tratta di impostare un lavoro coordinato, che faccia leva su una globalità di interventi nei confronti della persona e che disegni un percorso estremamente individualizzato e personalizzato. Nel mercato del lavoro questo sarà un approccio generalizzato. Voi sapete che la nuova riforma dei servizi all'impiego si articola in varie direzioni prioritarie. Una innanzitutto: l'abolizione del vecchio collocamento, delle vecchie regole. Il nuovo regolamento sul collocamento sarà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale presumibilmente a dicembre. Vi è una sintonia e un quadro di riforme; forse la regia dei tempi non è stata del tutto coordinata e non era possibile probabilmente arrivare ad avere tutta la strumentazione della riforma nello stesso tempo, nello stesso modo, ma ormai ci siamo. L'occasione di oggi è particolarmente utile, perché ci consente di uscire veramente da qui, non solo con un quadro coordinato, individuato, di iniziative e di interventi, ma anche con alcune priorità fortemente condivise e stabilite insieme. Vorremmo dare alla discussione di oggi il taglio di un incontro estremamente aperto. Penso che potremmo proseguire con un intervento da parte di Guglielmo MASCI, che ha coordinato la sessione della Consulta sull'inserimento lavorativo. Chiedo al dottor MASCI di illustrarci i lavori della Consulta, ma anche di individuare quelli che, a suo parere, sono i problemi aperti, anche successivamente ai risultati dei lavori.»

Dott. Guglielmo MASCI:- «Ho avuto l'onere e l'onore, per un paio di anni, con due diversi incarichi, di coordinare prima il gruppo di lavoro della sessione di questa gran-

de Consulta nazionale che lavorava e ha lavorato presso il ministero, presso il Dipartimento degli Affari Sociali, Presidenza del Consiglio, e poi una sessione della rinnovata Consulta.
All'inizio si trattava di gruppi di lavoro, dopo di che si è cambiato il termine di questa Consulta e gli si è voluto dare un senso più dinamico e quindi non sono stati più gruppi statici, ma sessioni, per dargli flessibilità, brevità e anche maggiore disponibilità e maggior attenzione. Ciò è servito un po' a tutti i componenti che hanno scelto poi di lavorare nelle varie sessioni; c'era di tutto, dal lavoro, alla tossicodipendenza femminile, alla riduzione del danno, alle prevenzioni, all'etica delle prevenzioni, per dare la possibilità anche agli stessi membri delle varie sessioni di passare da una forma di partecipazione a un'altra, da un interesse a un altro. Questo, credo che sia anche possibile oggi, quando abbiamo in contemporanea diverse iniziative: penso che, se gli interventi ce lo consentono, lavoreremo fino alla mattina o al primo pomeriggio, per poter così partecipare anche ad altri gruppi. Gli stessi relatori di altri gruppi ci hanno chiesto se potevano intervenire: certamente, la porta è aperta.
Non vorrei presentare un mio pensiero. Perché mi sembra che il lavoro fatto ha comunque avuto un senso comune. C'erano dieci, dodici membri che hanno cercato di lavorare insieme. Abbiamo avuto diverse figure istituzionali. Avevamo le organizzazioni sindacali, le varie cooperative e anche alcuni servizi pubblici e strutture del volontariato. Quindi abbiamo avuto un'immagine abbastanza composita del mondo degli attori del reinserimento sociale e lavorativo. Credo che, nel corso del lavoro, per l'urgenza del produrre e del pensare, in molti siamo slittati sull'inserimento lavorativo e basta. Lasciando l'inserimento sociale, perché sul lavoro c'è l'urgenza dei ragazzi che escono dalle comunità, che sono in carico delle famiglie, o, tanti, ai servizi pubblici. E' su questo che quindi abbiamo orientato più che altro il nostro lavoro.
Vorrei passare a leggere, velocemente, i punti salienti del lavoro prodotto in modo unanime dalla commissione che si è occupata di lavoro. I diversi obiettivi che abbiamo pensato e proposto poi al ministero e ai ministri, sono stati condivisi all'unanimità. Oggi credo che il nostro compito sia quello di sintetizzare alcuni punti che verranno presentati domani mattina alla plenaria, in modo particolare al primo ministro che sarà con noi, quindi al capo del Governo. Un appello che faccio a tutti è di poter aiutare me e la dottoressa a riuscire a sintetizzare i punti salienti, punti di eccellenza, da sottoporre all'esecutivo, che ne faccia poi i contenuti e anche gli obiettivi per una futura legislazione. Avremo ancora sei, sette mesi di Consiglio, quindi possiamo comunque discutere su alcune cose, poter trovare un accordo. Chiaramente presenteremo le emergenze e anche le urgenze, proposte sia da quel lavoro della Consulta, sia con i vostri contributi. Abbiamo una serie di interventi previsti, di persone che hanno lavorato con noi e in prima battuta nella Consulta, e poi di tutti quelli che si sono iscritti a parlare. Nella cartella, credo che via stato dato il documento della Consulta. Purtroppo, mi sembra sia stato sbilanciato da altri temi, in riferimento alla conferenza nazionale che, come al solito, sono temi che scaldano, e forse più legati al mondo di quelli che lavorano con i ragazzi giorno per giorno, alle emergenze e alle difficoltà di trovare canali, percorsi per le persone tossicodipendenti o ex tossicodipendenti, e che vanno sempre a finire un po' in secondo ordine. Perciò lo vorrei rileggere, in modo tale da poter avere anche con voi un confronto su quello che noi, in qualche modo, siamo riusciti a sintetizzare.
La sessione ha individuato diversi obiettivi specifici che sono comunque raggiungibili in tempi differenziati, quindi non tutti in tempi brevi. Abbiamo identificato tempi medi e lunghi. In particolare si immaginavano le regioni che, in materie di politiche attive, potessero avviare provvedimenti per gli enti locali e per gli stessi assessorati regionali, per riservare occasioni di forniture di servizi - da assegnare come quote percentuali dell'intero volume della propria produzione di beni e servizi, dalle pulizie ad altro - a strutture di reinserimento, di cooperazione, o anche a imprese in genere, che dimostrasse-

ro un intervento nell'ambito dell'attività del reinserimento sociale e che potessero dimostrare l'utilizzazione, l'apertura e quindi l'offerta di lavoro, alle persone svantaggiate, identificate dalla legge sulla cooperazione, all'articolo 4. Su questo articolo 4, ci sono state delle richieste di aggiornamento legislativo, perché alcune fasce di persone restavano fuori. In modo particolare c'era il problema degli ex detenuti o dei detenuti. C'è una differenziazione grave, per cui non si riusciva a lavorare in contesti di restrizione. Un altro punto su cui si è discusso abbastanza, ma non si è riusciti a spuntarla, è la possibilità di includere nell'articolo 4 la fascia degli ex tossicodipendenti. Ci sono state fatte notare, da molti dei commissari, alcune incongruenze per cui, quando una cooperativa o un'associazione costruisce dei percorsi di reinserimento per ragazzi ex tossicodipendenti, ci sono delle problematiche in quanto la dizione esatta della legge, all'articolo 4, identifica delle fasce di situazione di svantaggio, come i tossicodipendenti. Questo "ex" spesso ha creato delle difficoltà, degli assurdi, anche con una situazione sanzionatoria, che ci ha spinto e ci spingerà anche domani mattina a riproporre il problema. Per esempio, con gli ex detenuti, in qualche modo, c'è stata attenzione dell'organismo legislativo. Questo è un punto importante, ed è stato chiesto, mi sembra, all'unanimità da tutti.

C'è un problema, che potremmo verificare oggi, sulla durata della situazione di svantaggio e sulla diversificazione dello svantaggio. Lavorandoci un po' su, siamo riusciti in qualche modo a fare un pensiero comune su questo termine e sulle sue scadenze temporali. Abbiamo anche individuato come, da parte dei Centri per l'impiego, si potesse riconoscere alle persone dipendenti da sostanze di abuso, che erano in trattamento, presso i SERT, le comunità, le strutture di cooperazione, le imprese sociali in genere, lo stato di disoccupazione, per poter riuscire a ricoprirlo con lo stato di programma terapeutico. Questa è una possibilità che si dava per essere iscritti nelle liste di collocamento, a partire dalla data di inizio di inserimento nel programma, ammesso che non ci fossero già le osservanze di legge, cioè c'erano già iscritti. Si pensava anche di legittimare in qualche modo il responsabile dell'ente a fare un'autodichiarazione.

Un altro problema che è emerso è quello di attivare iniziative regionali e nazionali sull'informazione, sulla sensibilizzazione circa la molteplicità di strumenti che comunque favoriscono il reinserimento; si chiedeva ai ministeri responsabili la possibilità di costruire una campagna informativa, come avvenne, per esempio, per il cosiddetto pacchetto TREU, su tutto l'insieme di strumenti per il reinserimento. Ora, ce ne sono tanti altri: il salario di ingresso, e altre formule che abbiamo visto, i tirocini, le borse di studio, le borse lavoro. Sono tutti strumenti su cui comunque abbiamo verificato non tanto la carenza di informazione, ma la carenza di informazione specifica su come utilizzarli e su chi fossero i referenti, istituzionali, locali, a cui rivolgersi per utilizzare questi strumenti. Un'altra cosa che ci ha trovato abbastanza d'accordo è questa incomunicabilità fra chi si occupa sia dell'aspetto del mercato lavoro, sia dell'aspetto terapeutico. E ci ha lasciato in qualche modo tutti d'accordo sul bisogno di trovare sedi stabili di concertazione, in modo particolare con chi produce lavoro, per riuscire a costruire un rapporto, anche per il futuro lavoro della consulta, con le organizzazioni degli imprenditori, che hanno comunque dimostrato sempre una certa sensibilità, almeno sulle dichiarazioni.

Quello che ci ha lasciato invece un po' perplessi è stato l'elemento di valutazione dei servizi, degli interventi. Per cui si è richiesto, tramite il Dipartimento Affari Sociali, con le linee guida delle regioni, tramite il Ministero del Lavoro, di orientare questi interventi, e quindi le risorse, alla creazione, organizzazione e acquisizione negli utenti, nei partecipanti alle attività, di vere e proprie competenze lavorative.

Da un'analisi approfondita di alcune regioni campione, si è visto che, in pratica, la stragrande maggioranza dei fondi, andava a finanziare corsi di formazione che poi non avevano dietro, o in prospettiva, quello che a noi interessa moltissimo, cioè la produzione di reddito, la possibilità di dare alle persone una parziale o comunque un'ini-

ziale autonomia economica e quindi la capacità anche di riconoscersi, di ricostruirsi come persona. Questo è stato un elemento importante, perché le attività interne delle comunità o dei SERT avevano un importantissimo passo, però ci si è trovati un po' spiazzati su che cosa fosse la doppia erogazione, perché abbiamo un corso di formazione parallelo ad un corso di riabilitazione. Un programma terapeutico con, a fianco, un momento di acquisizione di competenze lavorative. Questo andava o distinto o integrato molto precisamente, per evitare situazioni di difficoltà nella trasparenza dell'impegno dei fondi. Questa è stata una delle attività che ci ha spinto a declinare questi passaggi, che poi sono stati fatti propri dal famoso atto d'indirizzo del ministero alle Regioni sul fondo del triennio '97/'98/'99. Non sappiamo adesso come si è proceduto in questo ambito, nelle singole regioni. Però la Consulta dovrà lavorare possibilmente anche per seguire, in itinere questa volta, l'andamento dei progetti, non come controllo, perché non spetta a noi, ma proprio come monitoraggio e come possibilità di diffondere a ricaduta nelle altre regioni i punti di eccellenza, che sono comunque in produzione nelle regioni stesse.

Passerei a darvi degli stimoli su alcune situazioni che io stesso, come direttore dell'agenzia comunale delle tossicodipendenze, proveniente dal terzo settore, mi sono trovato a vivere rispetto alle difficoltà di reinserire un ragazzo con problemi di tossicodipendenza o con problemi giudiziari. O, comunque, di reinserire una persona nel mondo del lavoro. Non abbiamo avuto difficoltà a riconoscere che invece, in un altro campo importantissimo, sono stati fatti dei passi avanti notevoli, e questo credo lo si debba molto alle organizzazioni sindacali, sul mantenimento del posto di lavoro, che è una cosa importantissima, che spesso sembra data per scontata ma, anche lì, ci sono stati anni e anni di lavoro. Credo che quello sia stato un punto fondamentale a significare che, se si fa comunque una battaglia o un intervento, poi si riesce, in qualche modo, con un termine brutto, a normare, cioè a costruire delle norme che garantiscano. Nel testo unico, il famoso 309, è inserito questo articolo, è importantissimo, viene usato. Credo che anche su questo andrebbero fatte molta chiarezza e informazione.

Ve lo dico perché, lavorando in un grosso comune, forse in uno dei più grossi, come agenzia comunale, pensavamo di riferirci ad un'utenza esterna, cioè alla cittadinanza. E invece ci siamo dovuti riferire ad un'utenza interna, cioè alle direzioni comunali, agli assessorati, per dare indicazioni su come comportarsi con i dipendenti che avessero problemi di tossicodipendenza. Quindi i primi da informare siamo stati noi stessi. Altri Comuni ci chiedevano proprio come lavorare, come operare con casi interni all'amministrazione stessa. Da qui si è aperto un canale, per cui abbiamo cominciato a dare informazioni a tutte le istituzioni su come utilizzare un articolo di legge importantissimo, su cui già c'era stato un antico lavoro, un'antica e consolidata prassi, che però è assolutamente sconosciuta alla maggioranza degli uffici del personale di moltissime istituzioni. Alcune già lo fanno, alcune addirittura sono molto avanzate, perché prevedono dei contratti, delle convezioni dirette con molti enti. Però non sono la maggioranza. Credo che serva dare un'occhiata a come si era rispetto al reinserimento lavorativo, a come eravamo; forse lo siamo ancora. C'era un forte sbilanciamento rispetto agli interventi terapeutici. E' stato lasciato in secondo piano, il settore che era, forse non lo è più, residuale rispetto all'insieme degli interventi. Questo ha sbilanciato moltissimo i fondi. I fondi del reinserimento lavorativo, mai come oggi, sono stati trattati a pari dignità. Non so, in alcune regioni è stata fatta una differenziazione ben precisa: 30%, 30% e 30%. Si è dovuta regolare per legge l'erogazione su questi compartimenti, altrimenti restavano scoperti. Se ne occupavano più che altro le famiglie, i parenti. C'era quella rete amicale che dava una prima risposta utilizzabile, però non da tutti.

Su questo percorso di riabilitazione, l'acquisizione di capacità e saperi non la si può più vedere come una parte in più, cioè, passata la terapia, passata la riabilitazione, ci possiamo occupare del lavoro. Credo che il lavoro debba venire con la cura. Ci siamo accorti che era molto importante intervenire progressivamente con l'acquisizio-

ne di competenze; strutture di terzo settore hanno però costruito in un modo molto interno, molto faticoso, dei percorsi spesso autoreferenziali, perché doveva essere così, inserendo il lavoro in una fase interna del programma, che ha un suo senso se poi però queste competenze sono spendibili all'esterno. Questa si chiamava e si chiama tuttora fase di reinserimento, per cui anche nella nostra sessione ci si è interrogati su come riuscire a poter prevedere non solo attività di acquisizione di competenze lavorative, ma di competenze su sé stessi. Cioè su come stare sul lavoro, su come essere con il lavoro e su come riuscire a spenderlo all'esterno. Questa fase di ricerca, in fondo rapida, di reinserimento in qualsiasi attività, ha visto, piano piano, strutturarsi percorsi di formazione, con vere competenze.

Oggi si parla molto di imprenditorialità, e autoimprenditorialità. Ci sembrano parole importanti, che però vanno misurate bene. La progettualità personalizzata ha un significato se cerchiamo di dare il giusto spazio a quella persona, in quel suo momento. Quindi il reinserimento non credo che si possa individuare come un unico universo. Penso che si debba parlare di reinserimento come si parla degli altri servizi. E allora stiamo andando verso reti integrate, verso dipartimenti, e quindi anche sull'inserimento al lavoro bisogna cominciare ad immaginare di costruire dei sistemi di servizi, perché l'inserimento lavorativo deve essere differenziato a seconda dei bisogni di una persona.

Credo si possa trovare il modo di rispondere al dilemma sulla durata dello svantaggio. Non ci dobbiamo preoccupare di valutare quanto può durare lo svantaggio, che cos'è lo svantaggio, dal suo inizio alla sua fine. Credo che dobbiamo trovare un sistema di servizi che possa accompagnare, come reinserimento lavorativo, lo svantaggio e le situazioni di difficoltà di vita di una persona. Mi sembra che fino ad oggi è stato preso in modo sbagliato e anche irrisolvibile, perché ci siamo trovati coinvolti spesso in discussioni assurde, che però abbiamo fatto, e quindi dobbiamo renderci conto del perché, di quanti anni dura lo svantaggio e metterlo per iscritto. Secondo noi questo prescinde completamente dalla persona, ma può dare una risposta al legislatore, può dare una risposta all'amministrativo che può dire: scrivo che lo svantaggio è cinque anni. Questa è, secondo me, una cosa che ha sviato moltissimo. Come anche la durata dei programmi terapeutici. Non si deve creare una risposta o dare sicurezza a chi scrive la norma o a chi la deve applicare. Il problema è trovare dei percorsi di accompagnamento lavorativo realmente differenziati e integrabili con i programmi di riabilitazione e di terapia. Ci sembra che creare sistemi di reinserimento lavorativo da affiancare ai sistemi di riabilitazione, sia una risposta abbastanza semplice; non è complesso riuscire a capire che l'inserimento lavorativo è uno di quegli elementi in più. Come, finalmente, siamo riusciti a sdoganare la riduzione del danno o i programmi comunitari a lungo termine, che venivano intesi come assolutamente limitati ad alcuni. Bisogna riuscire a fare un passo avanti, a sdoganare il reinserimento lavorativo come un processo che va erogato a chi ne ha diritto, secondo le sue disponibilità.

La grande fatica che si è fatta fino ad oggi, ci ha portato a renderci conto che si potrebbe quasi fare una rappresentazione grafica, su un'ascissa e su un'ordinata, con da una parte il grado di svantaggio e dall'altra il grado di protezione del mondo del lavoro. Dal lavoro di comunità, il lavoro nel servizio, comunque protetto, fino a procedere, speriamo, ad un mondo di inserimento lavorativo aperto, il cosiddetto mondo della competitività esterna. Su queste due fasi che vanno integrate, chiunque potrà trovare un suo collocamento. Mi sembra che su queste fasi l'asse temporale non debba esistere, ma debba esistere la capacità di sviluppare competenze, di riuscire a stare nel lavoro della singola persona. Chiediamo un rapporto di strutturazione delle offerte di lavoro, che devono essere integrate e devono essere anche assolutamente promosse. Quindi non esiste, secondo me, il temine di svantaggio, come inizio e fine. Esiste un percorso. A fianco di questi percorsi possiamo mettere programmi di reinserimento lavorativo. Questo potrebbe spegnere la conflittualità su chi deve avere i fondi. Perché poi si dice:

i fondi devono andare nei servizi, nelle aziende che inseriscono ex tossicodipendenti o alle imprese sociali. Non è questo. Chi comanda dovrebbero essere i nostri ragazzi, gli utenti insomma. Dovrebbero essere loro a indicarci e noi a fornire una serie differenziata di servizi, che potrebbe con dignità chiamarsi sistema di servizi di reinserimento lavorativo. Questo darebbe la possibilità di avere delle linee guida, per cui i sistemi di lavoro e di inserimento possano essere, di legge e con dignità, spesi nei vari contesti e anche nelle varie fasi di reinserimento lavorativo. Abbiamo visto anche che nei servizi, per esempio, c'è un rientro enorme. Non mi sembra che si possa continuare a cercare di dare una dimensione temporale alla fase dello svantaggio. Gliela possiamo dare forse quando lo svantaggio è superato, cioè alla fine. Come ogni buona diagnosi va fatta dopo, non prima.

Abbiamo detto, e sono passate delle nostre proposte molto importanti, che vorrei sintetizzarvi, che la formazione non finalizzata al contesto locale, non è assolutamente da indicare. Abbiamo visto i punti di debolezza dei progetti. L'inserimento in cooperative di mercato protetto è una fase iniziale, che può svilupparsi verso quel sistema di servizi che può poi offrirsi al mercato aperto. Abbiamo chiesto di poter avere nuove edizioni degli strumenti innovativi di reinserimento e abbiamo detto che quelli che ci sono vengono comunque scarsamente utilizzati. Non si tratta di fare dei processi a qualcuno, ma di riuscire a sviluppare dei sistemi informativi, dei tavoli permanenti, anche tramite il ministero, le organizzazioni provinciali e i nuovi uffici. Possono essere utili dei criteri che vadano anche a insistere sul fondo nazionale droga, che ha, fino ad oggi, creato notevoli progetti di reinserimento lavorativo. Su questi progetti la Consulta vorrebbe lavorare nel futuro. Un sostanziale accordo c'era anche nel valutare ogni progetto in base ai propri obiettivi. Quindi non più rispetto alle acquisizioni di competenza e basta, ma alla capacità di stare a fianco della persona con strumenti di ridimensionamento della percezione del tempo e ricostruzione delle percezioni dello stare insieme sul lavoro, mirati sul bisogno del singolo.

I progetti di lavoro andrebbero comunque finalizzati interamente. Altrimenti bisogna sempre tagliare e non si sa che cosa si taglia. Nelle regioni mi sembra chi si è riusciti ad avere una progettazione, anche rispetto alla risorsa da destinare, di tipo anticipatorio, che vuol dire su un progetto tanto va speso e quello deve essere speso. Questo ci ha dato la possibilità anche di sapere quanto si spende. Perché adesso abbiamo i progetti, i fondi, e abbiamo anche saputo che spesso molte di queste aree sono andate deserte. Si sono dedicate paradossalmente troppe risorse a dei compartimenti che non hanno richiesto i fondi. Ho visto che nel Lazio, per esempio, su alcune aree, pur avendo un fondo dedicato, non sono stati presentati progetti. E i fondi sono stati riciclati su altre linee. Quello a cui noi abbiamo mirato moltissimo e che sembra essere importantissimo, riguarda la creazione di un sistema di servizi integrati tra pubblico e privato. Potremmo anche avere più attori che partecipano a un sistema di servizi, a una progettualità comune, per cui le varie fasi di un programma terapeutico possono essere gestite in modo integrato, in tempi diversificati e scadenzati anche da diversi attori consorziati: possono essere i SERT, le comunità, e, fondamentalmente anche l'ente locale, per riportare al suo compito l'ente locale, cioè l'intervento socio - assistenziale puro, con un ruolo guida.

Vorrei che questa sessione potesse produrre cinque, dieci punti ben specifici, ben definiti e concreti, realizzabili, da sottoporre a questo o al futuro governo. In questi giorni ho visto la difficoltà di sintetizzare i ruoli operativi. La Consulta ha fatto un lavoro prezioso. Ha dato alcuni stimoli, su cui vi invito a riflettere. Le due grandi aree sono sicuramente il mantenimento e la creazione di lavoro. Poi, le linee guida sui programmi, sulle valutazioni. La creazione di un sistema di servizi di inserimento lavorativo con al centro la persona e i suoi bisogni. E il suo momento di svantaggio.

Abbiamo immaginato questa possibile costruzione grafica, in cui c'è, su un lato, un percorso dello svantaggio e sull'altro i diversi gradi di libertà di mercato. Quindi un mer-

cato interno, e un momento molto più raccolto di ricostruzione, anche finale, speriamo.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Il lavoro della Consulta è non solo un ottimo punto d'arrivo, ma un'ottima base di partenza per impostare il lavoro dei prossimi mesi e anni. Se dovessi sintetizzare, la proposta è quella di passare da un insieme di progetti, alla valorizzazione degli stessi in un ottica di sistema. Quindi utilizzare quello che è stato fatto, cercare di metterlo insieme, ricavandone una logica più di sistema, riconoscendo non solo qualche disattenzione, che pure c'è stata, ma soprattutto la discontinuità, la difficoltà di sistematizzazione. Per altro alcune sollecitazioni che ci sono venute dall'introduzione sono assolutamente coerenti con il nuovo quadro complessivo su due punti. Il primo è non trattare lo svantaggio in termini di durata. Questo mi pare assolutamente essenziale, nel senso che un approccio in termini esclusivamente di durata non sarebbe più compatibile con una strategia efficace di inserimento al lavoro, tanto più che il lavoro si va in qualche modo destrutturando. L'intervento in termini di durata è compatibile se dall'altra parte hai il lavoro a tempo indeterminato, per tutta la vita, ma non lo è con un'articolazione sempre più accentuata del mondo del lavoro, delle tipologie di inserimento, delle opportunità, dei processi di mobilità, che in qualche modo vanno governati. Un secondo punto mi sembra molto interessante. E consiste nelle sollecitazioni che insieme avete rivolto ai centri per l'impiego.
Vorrei invitarvi anche a riflettere su alcuni aspetti problematici. Voi chiedete di considerare la possibilità di iscrivere chi è in trattamento riabilitativo nelle liste di disoccupazione. Ora, se nell'immediato ci serve l'iscrizione nella lista, facciamolo pure. Nel breve termine sicuramente ci serve a individuare il soggetto che usa sostanze stupefacenti, come sostanze sulle quali i servizi devono intervenire con politiche attive. C'è anche un decreto legislativo recente, sul quale stiamo lavorando, per un'attuazione guidata in tutto il territorio nazionale, che impone ai servizi, rispetto ai disoccupati di lunga durata, alle donne, il reinserimento lavorativo, con un intervento attivo personalizzato. Allora, il problema è quello, già nel breve termine, di disegnare un percorso che aiuti i servizi a considerare l'individuo che usa sostanze stupefacenti come un interlocutore privilegiato dei servizi all'impiego. Siccome il percorso che stiamo costruendo, con molta fatica, è quello di individuare standard quantitativi e qualitativi di intervento nei confronti dei soggetti che presentino determinate specificità riconducibili a due grosse categorie (o a una disoccupazione preesistente di lunga durata o a particolari condizioni di svantaggio) il percorso che vi proporrei - ovviamente non questa mattina - è di uscire da qui con l'impegno a prevedere una sede e dei luoghi per individuare questi standard di intervento dei servizi rispetto al soggetto che usi sostanze stupefacenti.
Mi è piaciuto molto il punto in cui si parla di inserimento lavorativo, misurando l'efficacia degli interventi, che non siano di progetti rivolti a una formazione professionale fine a sé stessa. Questo è importantissimo e richiama una questione centrale, quella della professionalità degli operatori dei centri per l'impiego, cioè quello che dobbiamo chiedere agli operatori in generale. Quindi globalità degli interventi, sicuramente nel senso di coerenza degli interventi, ma anche professionalità di chi interviene per l'inserimento lavorativo. Dobbiamo avere una visione coerente di quello che serve, prenderci cura, come diceva ieri la ministra Turco, dell'individuo nella sua interezza, nella sua complessità, anche con la consapevolezza - è banale ma lo voglio dire come premessa perché se condividiamo le premesse lavoriamo meglio insieme, se non condividiamo le premesse, discutiamole - che gli interventi devono essere estremamente professionalizzati. Altrimenti poi non è una sorpresa che il corso di formazione non produca risultati. Pensiamo a interventi dei servizi all'impiego secondo dei percorsi che possiamo definire insieme, ma che in qualche modo vincolino l'utilizzo delle risorse. La modalità potrebbe essere un atto di indirizzo che concordiamo con le regioni, nei mesi

successivi, con la valutazione del tipo di professionalità necessaria per strategie coerenti di inserimento lavorativo.
Il primo intervento previsto è di Maurizio SGRÒ, Centro padovano di accoglienza.»

Dott. Maurizio SGRÒ:- «Sono uno dei componenti della Consulta, quindi ho collaborato col dottor MASCI nella stesura dei punti importanti. Mi era stato chiesto di fare un intervento più su questioni pratiche. Lavoro al progetto "Uomo" del Centro padovano di accoglienza di Padova e sono nello stesso tempo presidente dell'agenzia territoriale per le tossicodipendenze per la città di Padova. Un'esperienza che nasce nel 1986, con convenzione diretta con la Usl 6 di Padova per gli interventi di bassa soglia, di comorbilità psichiatrica e per i senza fissa dimora. Sull'inserimento lavorativo, la nostra esperienza è stata quella di superare una logica di sola attività lavorativa per le persone, quindi di formazione, orientamento, educazione al lavoro, anche perché i soggetti che abbiamo preso in carico in questi anni vivevano nella marginalità, partendo da una situazione di dipendenza molto cronica. Si è passati dalla logica dell'intervento singolo, alla logica di rete. Perché uno degli aspetti più difficili da affrontare nell'inserimento lavorativo non è tanto la formazione, l'orientamento e l'educazione al lavoro, ma il problema abitativo. Nel momento dell'inserimento sociale della persona, dobbiamo considerare anche l'aspetto globale della persona, e quindi gli aspetti abitativi. Perché noi possiamo fare tutti i percorsi di inserimento lavorativo, possiamo afferire a tutti i bandi, a tutti i DPR o ai fondi sociali europei per la formazione, ma poi, per esempio, al nord, dove il lavoro non manca, il problema grosso è la casa.
Altro elemento che non ha avuto risposta dalla Consulta, e che è molto difficile da affrontare, è il problema degli immigrati. Abbiamo le carceri che scoppiano; gli immigrati non possono afferire assolutamente a nessuno dei nostri programmi terapeutici e, nello stesso tempo quindi, a nessun adattamento alle fasi di inserimento socio - lavorativo. Voi sapete che sono, per la maggior parte, persone senza regolare permesso di soggiorno, quindi difficili da agganciare, da prendere in carico.
Un'altra cosa che abbiamo fatto nella città di Padova, è stata con la Provincia. La Provincia ha assunto un ruolo importante con la legge dell'autonomia ed è diventata un punto di coordinamento con gli uffici provinciali del lavoro, quindi con le agenzie per l'impiego. Siamo andati addirittura noi a formare chi sta allo sportello, nei vecchi uffici del lavoro, per far capire cos'è, chi è, come si comporta la persona che ha avuto problemi di tossicodipendenza, e quindi quali sono i canali dell'inserimento. La risposta che è venuta da queste persone, che è molto interessante, è stata: noi abbiamo richieste per impiegare le persone, il problema è: chi ci aiuta a fare il tutoraggio nella fase di inserimento lavorativo? Oggi ci viene richiesto anche questo tipo di accompagnamento. Non lasciare la persona sola ad affrontare i pesi dell'inserimento lavorativo. Questo è importante, perché è vero che possiamo avere le nostre cooperative sociali, penso che ognuno ce le abbia, però nel momento in cui queste persone escono, quindi si affacciano alle dinamiche lavorative, relazionali, sociali, devono essere accompagnate. Quindi c'è una lunga fase di tutoraggio. È ovvio che tutto questo non viene riconosciuto attualmente nelle normali convenzioni in essere con le Usl e non vengono neanche coperti, se voi andate a vedere i dettami dei DPR, dai fondi, anche per la lotta alla droga.
Un altro lavoro importante che abbiamo fatto è stata la rete sul territorio, dove abbiamo messo a disposizione, in un discorso di rete, la comunità terapeutica in senso classico, le cooperative sociali, le agenzie formative che ci sono sul territorio, e gli uffici provinciali del lavoro; siamo andati anche, insieme ai SERT, a lavorare nel Fisal, quindi negli uffici che prendono contatto con le persone che arrivano al mondo del lavoro. Questo perché? Per fare anche un lavoro di prevenzione sull'uso delle sostanze. Perché è vero che dobbiamo anche occuparci di inserimento lavorativo, però, nel momento in cui queste persone si affacciano al mondo del lavoro, hanno dai diciassette ai venti,

venticinque anni (sono le fasce di utenza che arrivano al Fisal) ci accorgiamo già che hanno i primi contatti con le sostanze.
Teniamo conto, visto che VERONESI ieri ha dato la provocazione più forte, che sempre più si comincerà a parlare di soggetti tossicomanici che abbiamo da inserire nel mondo lavorativo, quindi con delle porte chiuse; soggetti che hanno quarant'anni, che non hanno mai avuto un rapporto educativo e formativo al lavoro. E che sono fuori dai normali canoni degli FSE per intenderci. Quindi dove metteremo queste persone?
Il rischio è che o diventiamo noi imprenditori di noi stessi, quindi andiamo a creare moltitudini di cooperative con il rischio di intasare il mercato e di non dare risposte oggettive, o andiamo a fare, come è successo nella città di Treviso, il patto con l'Unione degli industriali, che dà alle cooperative i soldi. Questo accade nel mondo dell'handicap, arriverà fra poco anche nel mondo dei tossicomanici, o dei tossicodipendenti, ma il grosso problema nelle città del nord rimane il problema abitativo. E degli immigrati.
La comorbilità psichiatrica. Abbiamo sempre di più soggetti che hanno questa dinamica, questo tipo di patologia e che devono essere accompagnati nel mondo del lavoro. Quindi probabilmente dovremo tenere conto di tutti questi aspetti nel momento in cui andremo a fare la rete. Forse noi ci siamo riusciti in parte, con i programmi terapeutici classici, le pronte accoglienze per i soggetti che escono. Addirittura abbiamo costituito un progetto ad hoc per le persone che escono in semilibertà dal carcere, che hanno avuto problemi legati solo all'alcool, ma non abbiamo ancora intrapreso un discorso di tossicodipendenza. Il carcere sempre di più richiede interventi all'interno e soprattutto per l'alta reclusione, per i soggetti che hanno delle pene lunghissime da scontare, quindi non possono usufruire delle pene alternative al carcere. Abbiamo focalizzato il nostro interesse sulla rete degli appartamenti, perché il problema grosso rimane comunque quello.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Sottolineo un punto dell'intervento, perché vorrei fosse ripreso nelle conclusioni, relativo al tutoraggio per i singoli percorsi di inserimento, perché il tutoraggio attivato dai servizi all'impiego mi pare estremamente importante. Andando di seguito, secondo gli interventi programmati, tocca a FILIPPONI, presidente della cooperativa Comes.»

Dott. Angelo FILIPPONI:- «Sono presidente di una cooperativa che è al Mugello, in provincia di Firenze. Sono, in questo momento, il presidente del Cerct, Coordinamento delle comunità della regione Toscana e consigliere nazionale di "Fede e solidarietà" ed è a questo titolo che sono nella Consulta nazionale degli operatori per le tossicodipendenze. Devo dire che, venendo dalla periferia, un po' di pregiudizi, affrontando questi organismi nazionali, ce li avevo, perché abbiamo spesso il senso dell'impotenza sul territorio. Ci scontriamo con i problemi di tutti i giorni, ma poi l'apparato rimane sempre molto distante da noi. Ci sono stati dei problemi iniziali di comprensione nell'ambito della Consulta, ma poi le cose, col tempo, sono andate molto bene. L'esperienza è stata positiva: se siamo collegati col territorio si arriva anche a comunicare in modo soddisfacente con l'apparato. Debbo dire che, come cooperatore sociale di Fede e solidarietà, della Confcooperative, abbiamo una cultura a cui diamo vita e a cui ci riferiamo. E il lavoro da sempre è uno degli elementi caratterizzanti, perché lo intendiamo come qualche cosa che serve non tanto per fare lavorare i ragazzi con problemi legati alla tossicodipendenza, ma perché crediamo che lavorando, forse, vivranno meglio. Perché, oggi, nella nostra cultura, chi il lavoro ce l'ha, potenzia le sue probabilità di avere una vita migliore. Quindi una qualità migliore della propria vita. Il lavoro di cui parliamo è inteso nell'ambito della cooperazione sociale di tipo B, per l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate (appunto la lettera B dell'articolo 1 della legge 381 del '91). Il lavoro è visto come luogo di apprendimento permanente, dove, con più gradualità, più pazienza, più aiuto, più tolleranza, le persone sono aiu-

tate ad acquisire e ad apprendere anch'esse metodi, strumenti e abilità che sono elementi indispensabili per vincere la competizione del mercato. Le cooperative sociali nel loro complesso in Italia sono seimila, il 25% circa di queste sono di tipo B. Il messaggio è questo: utilizziamo questa parte del privato sociale che è a disposizione, chiaramente, di tutti coloro, dei servizi pubblici o delle associazioni di volontariato, che operano, con grande fatica, con grande impegno, in questo settore, considerando le cooperative uno strumento per l'inserimento lavorativo, perché questo sono, questa è la loro missione.

Parlando di lavoro, anche nella commissione, con l'aiuto davvero prezioso di un esperto del ministero, il professor ROSSI, ci siamo confrontati; ciò mi ha dato lo spunto anche per vedere meglio, più a fondo, che cosa esisteva e che cosa esiste nella nostra normativa per gli inserimenti lavorativi. Il testo base è sicuramente la legge 196 del '97, che passa sotto il nome di legge Treu, che, da un'analisi più approfondita, dà tante opportunità. Istintivamente verrebbe da dire: insomma, ce li avete già tutti gli strumenti per poter inserire le persone nel mondo del lavoro. Approfondendo l'argomento, ci si accorge che c'è tutto un insieme giusto, lecito, legittimo di previsioni che rendono questi strumenti, che comunque sono a nostra disposizione, un po' legnosi. Dobbiamo sempre pensare che quello che può andare bene in Toscana, magari non va tanto bene in Campania oppure in Lombardia. Dobbiamo sempre avere un occhio a una dimensione generale, nell'ambito della quale ci accorgiamo che certi strumenti, i contratti di formazione lavoro, per esempio, presentano un limite massimo di età, trentadue anni. Nel frattempo possono essere uscite altre circolari esplicative o modificative. Fra l'altro il professor ROSSI, che è qui in sala, si è dato molto da fare per rendere ancora più flessibili questi strumenti.

Chiedo al professor ROSSI e a quanti altri potrebbero essere anche più aggiornati in tempo reale, se nel frattempo sono avvenute delle modifiche riguardo a questi strumenti, ma, grosso modo, credo che l'impianto sia questo. La formazione professionale presenta un limite di età, trentadue anni. Noi sappiamo che la tossicodipendenza, fra l'altro soprattutto nell'ambito dei recidivi, riguarda fasce di età anche molto più alte.

Il lavoro, quando anche si trovano delle disponibilità, chiaramente ha a che fare con un problema, che è quello culturale delle imprese. L'Italia è grande, quindi non ci sono solo le grandi imprese, ma anche gli artigiani. Tra l'altro la nostra è una realtà di piccole industrie, della piccola industria dell'artigianato e il pregiudizio nei confronti di chi ha avuto un trascorso così difficile è grande. Poi, guarda caso, quando, per qualche motivo, utilizzando anche strumenti tipo la borsa lavoro, il soggetto viene conosciuto, tutti questi pregiudizi cadono e magari questa esperienza dentro un'azienda si conclude con l'assunzione da parte dell'imprenditore. La formazione lavoro ha un po' tutte queste asticelle troppo alte per i nostri amici. Poi c'è la necessità da parte dell'impresa di predisporre un progetto nominativo. Già spesso fanno fatica ad accettare che mandiamo qualcuno a lavorare, se devono anche lavorarci troppo è chiaro che ci dicono no.

I tempi di attesa per l'autorizzazione. La formazione e lavoro è riservata ad alcune aree e regioni e quindi non è possibile in tutta Italia. È riservata anche ad alcune tipologie di datori di lavoro. Quindi va a restringersi la possibilità che abbiamo di fronte di proporre all'impresa tout court questa forma di rapporto con i soggetti svantaggiati. Anche l'apprendistato ha un limite di età, fino a ventiquattro anni. Si può utilizzare anche con soggetti fino a ventisei anni, però solo nelle aree depresse, per portatori di handicap.

Il tirocinio stage è attivabile solo dai soggetti precisati nella circolare 92 del '98 del Ministero del Lavoro. Quindi i servizi pubblici coinvolti nelle tossicodipendenze, come i SERT, i SIM, non possono attivare questi tirocini o stage. Occorre presentare un progetto individuale a forte contenuto formativo. Le borse di lavoro, così come concepite dal decreto legislativo 280/97, al 31 ottobre '97, prevedevano un'età minima di ven-

tuno anni e massima di trentadue. Il grande ostacolo è che erano riservate al Sud e a solo cinque province del centro Italia.
I lavori socialmente utili, lo sappiamo tutti, non dico che fine hanno fatto, sono stati un grosso strumento di avviamento al lavoro di tanti soggetti. In questo momento non è più possibile attivarli, se non per quelle persone che già erano nell'ambito di un inserimento nei lavori di pubblica utilità, o negli LSU, e quindi è uno strumento, al momento, un po' spezzato, non più utilizzabile.
Concludo dicendo che la proposta è quella di potere avere uno strumento, chiamiamolo borsa di inserimento lavorativo, o in qualche altro modo, con un testo unico utilizzabile da parte di tutti, in tutta Italia. Noi facciamo delle borse lavoro, ma assumendoci grandi rischi e non tutelando fino in fondo il ragazzo, l'impresa e in qualche modo anche noi stessi. L'ideale sarebbe poter avere un contratto tipo di borsa lavoro, che ovviamente risponda a tutte le necessità a cui deve rispondere. Perché intanto va garantito un compenso; inoltre tale contratto deve essere applicabile in tutto il territorio nazionale, in tutte le attività, senza distinzione fra imprese, e prevedere come unico requisito che sia certificato che la persona è svantaggiata. Dovrebbe essere attivabile anche dai servizi pubblici, compresi i Comuni. Poi si dovrebbe consentire l'autofinanziamento di sistema. Nella borsa lavoro è necessario prevedere un compenso, perché il problema è dare immediatamente una retribuzione alla persona che lavora, perché deve essere subito autonoma da ogni punto di vista. Poi sappiamo che saremo in grado di riconoscere degli stipendi, che avranno bisogno di essere sostenuti con altri incentivi, per l'appartamento, e il costo utenze.
Le risorse pubbliche sono quelle che sono. Allora perché non prevedere che soggetti Onlus, anche Parrocchie, istituti religiosi, che sono disponibili a mettere delle risorse per finanziare delle borse lavoro, possano attivarle; si potrebbe consentire l'autofinanziamento di sistema in questo senso. Poi dovrebbero avere il requisito della schematizzazione e standardizzazione contrattuale, che vi dicevo prima. Servirebbe un testo chiaro, corto, che non sia troppo problematico e a disposizione del mondo dei soggetti che operano in tutta Italia, e abbia la caratteristica dell'immediatezza di attivazione, senza dover aspettare iter lunghi di autorizzazioni. Dovrebbe prevedere, fino a cinque soggetti coinvolti, come massimo. Cioè il promotore, il fruitore, il finanziatore, l'azienda accettante, il servizio pubblico certificante lo stato di svantaggio. Non costituire rapporto di lavoro dipendente (già le borse lavoro hanno questa caratteristica). Inoltre dovrebbe prevedere, a carico di uno qualunque, non ovviamente il fruitore, l'assicurazione infortuni RCT. Se c'è chi è disponibile a spendere per questo, lasciamoglielo fare. Il contratto non costituirebbe obbligo per l'azienda accettante di assunzione al termine del lavoro, dovrebbe avere una durata massima di dodici mesi, prevedere un compenso mensile minimo da lire seicento, fino a un milione e due, ovviamente in rapporto ai giorni di presenza realizzati, consentire la ripetibilità in casi limite giudicati tali dai servizi pubblici, prevedere la segnalazione d'avvio e dell'esito finale attraverso la spedizione di copia del contratto all'ufficio del lavoro da parte del soggetto promotore, a fini statistici. Della corretta applicazione dello strumento dovrebbero essere garanti gli stessi servizi pubblici e o anche gli enti ausiliari che, con il nuovo atto di intesa Stato Regioni, non si chiameranno più così.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Avevo anticipato che Mario ROSSI rappresenterà di nuovo il Ministero del Lavoro nella Consulta e lavora stabilmente con la Direzione generale dell'impiego; lo pregherei, se mi consentite, di intervenire rapidamente per illustrarvi altrettanto rapidamente l'attività che stiamo facendo e programmando, così ristabiliamo un rapporto più continuo.»

Prof. Mario ROSSI:- «Anche il Ministero del Lavoro, che era rimasto indietro sul problema delle tossicodipendenze, adesso si è attivato, già da due o tre anni a questa

parte, in particolare sulla questione del fondo alle istituzioni centrali, ai ministeri, perché in un precedente Ministero del Lavoro non prendeva nulla, non prendeva danari sul fondo. In precedenza quel 25% non c'era, dopo, con la legge Lumia anche il ministero è diventato corresponsabile di una parte di finanziamenti e quelli sugli anni '97, '98 e '99 sono di circa dieci miliardi. Pertanto sono stati finanziati alcuni progetti e il ministero seguirà alcuni progetti approvati. Adesso vi elencherei questi progetti, perché coprono una gamma di problemi sulla tossicodipendenza e il lavoro.
Un primo progetto è sulla valutazione delle iniziative di inserimento lavorativo e sociale delle persone tossicodipendenti. E' una cosa importante, perché non abbiamo una base informativa sul problema del lavoro del tossicodipendente. Abbiamo delle ricerche, che non sono sistematiche e, come voi sapete, le ricerche nell'arco di due anni invecchiano. Poi bisognerà procedere - con la nuova legge Lumia è stato costituito il comitato interministeriale, in cui il Ministero del lavoro questa volta entra - a ordinare le informazioni sul problema del lavoro in via sistematica, e quindi si entrerà nell'informatizzazione di questi dati.
Un secondo tipo di progetto riguarda il seguire persone con problemi di tossicodipendenza, con programmi serali. Perché noi calcoliamo che all'incirca, soltanto il 50% delle persone seguite dai SERT hanno un'attività lavorativa, il 30/30% circa con lavoro dipendente. Per le altre, come sapete benissimo, c'è il problema dei lavori saltuari. Poi, tra le persone che lavorano, anche in posizione di responsabilità, ci sono quelle con problemi di tossicodipendenza, che non sono seguite da nessuno. Cioè non si fanno seguire. Allora questi corsi serali sono per persone che solitamente non vengono raggiunte. Sono anonimi per le persone che li frequenteranno. Questo è un progetto per 240 persone. E' un tipo di ricerca su un problema che non si riesce ad affrontare, per il semplice fatto che c'è l'anonimato. Sono persone che probabilmente non compaiono neppure nelle statistiche.
Poi c'è un programma integrato di prevenzione sui luoghi di lavoro, che ha presentato la cooperativa "Marcella", per le zone di Como, Parma, Mugello, Prato e Rossano Calabro e Napoli.
Un altro tipo di ricerca è invece sui servizi di supporto. Qui ho sentito parlare dei problemi dei servizi di supporto.
Un altro è sulla enterprise creation. Poi ci sono altri progetti di tipo più tradizionale su attività che vengono fatte in cooperativa di apprendimento, riservate a professioni con buona tecnologia. Noi stiamo pensando a una cosa di questo genere al Ministero del Lavoro. Perché in questi anni si è andati avanti sul fondo sociale, sul fondo per la lotta alla droga, con moltissime ricerche. Tante si sovrappongono. Noi riterremmo che ci vuole qualche cosa a livello centrale per decidere, vedere e dare linee di indirizzo anche alle Regioni, perché adesso il compito per il collocamento e per le politiche attive è riservato alle Regioni e alle Province. Nel decreto legislativo 469, che era quello di conferimento alle Regioni di queste funzioni a cui ho accennato, esistono la commissione regionale, l'organo tecnico che fa da supporto alla commissione regionale e poi l'altro organo che è quello delle politiche formative. L'organo tecnico di supporto è anche deputato dal decreto legge 469 a seguire e monitorare i progetti per detenuti e per tossicodipendenti. Dunque, questa potrebbe essere la sede regionale in cui, se da parte ministeriale si danno le linee di indirizzo, si potrebbe arrivare persino ai suggerimenti che devono arrivare dalla periferia. Suggerimenti anche di ordine legislativo, che poi si vedrà se sono opportuni o meno. Tuttavia poi, a livello provinciale, come sempre, esistono la commissione unica provinciale e i centri per l'impiego. I centri per l'impiego sono anch'essi previsti dalla 469 come utilizzabili al livello dei progetti di tossicodipendenza. Voi a Padova l'avete fatto.»

Luca SORRENTINO:- «Vengo da Napoli, sono presidente di una cooperativa sociale di tipo B, che fa reinserimento lavorativo per persone in condizioni di svantaggio. È nata

con una caratterizzazione sulle tossicodipendenze, però forse è giusto che si apra anche ad altre condizioni. Alcune cose molto rapide. Sono sicuramente d'accordo sulla necessità di individuare un sistema di servizi che consenta di realizzare in maniera un po' più approfondita e attenta i processi di inserimento o reinserimento lavorativo. Apprendo con piacere dall'ultimo intervento del dottor ROSSI che esiste la possibilità, all'interno dei servizi dell'impiego, di trovare un contesto dove soggetti diversi, del mondo dell'imprenditoria, della formazione, delle istituzioni che si occupano di politiche attive del lavoro e dei servizi di trattamento per tossicodipendenti, possono dialogare per stabilire processi personalizzati e individualizzati di inserimento lavorativo. Sono anche d'accordo sulla necessità di valutare le professionalità e le competenze di coloro che, a volte anche reiteratamente, chiedono l'accesso a risorse, come il fondo nazionale droga, ma anche il fondo sociale europeo, continuando a ripetere nel tempo azioni formative del tutto senza finalità. Probabilmente, nella valutazione, bisognerebbe tenere conto di alcuni criteri fondamentali. Cioè quante di queste attività hanno prodotto una stabilizzazione occupazionale delle persone coinvolte, quante di queste persone possono essere considerate con la dignità di lavoratori a tutti gli effetti. Se effettivamente queste persone percepiscono una retribuzione almeno corrispondente a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro.
Dissento un poco dalla relazione fatta dal collega di "Fede e solidarietà" sul fatto che le borse lavoro devono avere un range che oscilli dalle seicentomila lire a un milione. Non vedo perché non si possa far riferimento, in quel caso, al contratto collettivo nazionale di lavoro della cooperazione sociale di tipo B. Oppure a qualcosa che si avvicini a questo.
Sono preoccupato sulla possibilità - prevista dall'articolo 12 della 68, la legge sul collocamento obbligatorio per le persone disabili - delle aziende di ricorrere alle cooperative sociali per inserire lavorativamente i disabili. Questa cosa ci vede preoccupati per i disabili e anche per i tossicodipendenti, qualora ciò fosse una maniera per bypassare la possibilità di inserire lavorativamente le persone, i ragazzi tossicodipendenti, all'interno delle cooperative sociali, che tra l'altro è una scelta di inserimento lavorativo particolare, perché è di tipo partecipativo. Qui i soggetti che si candidano ad ottenere risorse per poter sostenere questi progetti, dovrebbero rendere più trasparenti i processi di partecipazione all'interno dei luoghi decisionali delle cooperative sociali e dei disabili.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ: -«La parola a Nicola BALZANO, responsabile medico, dell'associazione "Il pioppo". Registro finora una relativa sintonia tra le cose che sono state dette, che ci consente di avvicinarci a delle conclusioni in qualche modo operative.»

Dott. Nicola BALZANO:- «Anch'io vengo da Napoli e quindi questo è il secondo intervento "meridionale". Volevo solo porre all'attenzione due cose. Si è parlato della durata delle condizioni di svantaggio: userei un attimo un termine più medico, la malattia ad andamento cronico recidivante. Lo diceva anche VERONESI nell'intervento di ieri. Credo che questo sia un po' il problema dei problemi. Qui bisogna in qualche modo fare una scelta, sia da parte degli operatori, sia delle istituzioni. Noi pensiamo che i ragazzi che abbiano fatto un percorso di emancipazione, poi abbiano la possibilità di mantenere, di durare in questa situazione di emancipazione dalle dipendenze e quindi di liberarsi. Come avviene nella maggioranza dei casi si tratta appunto di una situazione ad andamento cronico recidivante, cioè di ragazzi che si emancipano, che stanno bene, che riescono ad avere anche relazioni sociali importanti, però hanno delle situazioni di ricaduta.
Forse sono un po' contro l'intervento che faceva il collega di "Fede e solidarietà", di cui pure ho apprezzato alcuni passaggi, ma credo che dobbiamo fare proprio un'in-

versione di tendenza. Cioè piuttosto che andare a stigmatizzare - si diceva bene in un altro intervento: "tenetevi" i tossicodipendenti nelle cooperative, vi diamo anche un po' di soldi - dovremmo fare un processo inverso. Mi pare che nessuno si scandalizzi se, questo è recepito dalla legislazione nazionale, un soggetto con una broncopatia cronico ostruttiva, cioè uno che ogni tanto ha la bronchite, sta a casa e prende regolarmente lo stipendio. Credo che dovremmo arrivare a questa situazione anche per quanto riguarda i tossicodipendenti. Questo è il punto di passaggio. Poi, non parliamo più di durata di condizione di svantaggio, ma di una condizione ad andamento cronico recidivante. Noi del privato sociale, Asl, enti locali, istituzioni, dobbiamo fare un salto di qualità anche dal punto di vista culturale.
Abbiamo fatto una sperimentazione a Napoli, di recente, la stiamo ancora mandando avanti, sui ragazzi messi in inserimento lavorativo, a trattamento metadonico. A un certo punto abbiamo detto: "questi li assumiamo". I ragazzi che da tre anni non si facevano e che abbiamo messo in una situazione di inserimento lavorativo, come hanno cominciato a prendere lo stipendio, sono andati a bucarsi. Quindi questa è la complessità con la quale noi, in qualche modo, dobbiamo confrontarci. Credo che ci sia anche bisogno, come dire, di più coraggio da parte un po' di tutti quanti.
Come associazione "Il pioppo", che è un'associazione sul territorio di media grandezza, tenevamo la nostra comunità in quel di Somma, un piccolo paesino, dove facevamo formazione, poi questi laboratori di formazioni sono diventati più grandi, a un certo punto abbiamo detto: perché non proviamo a fare anche la produzione? Naturalmente non si potevano mischiare, e l'abbiamo capito dopo con gli anni, formazione e produzione. La produzione l'abbiamo messa fuori. Finalmente abbiamo creato un'officina grafica e adesso abbiamo realizzato anche una cooperativa, "Città sociale", dove teniamo dieci ragazzi con borse lavoro, con contratto collettivo nazionale, ai sensi della 381. Abbiamo ragazzi che hanno terminato anche un percorso di emancipazione. Però poi la difficoltà qual è? Che la cooperativa stenta a decollare sul mercato. È chiaro, qui ci vuole più coraggio. Ci vogliono anche delle forme di sostegno. Il Comune di Napoli è stato coraggioso, perché riserva una quota del bilancio comunale alle cooperative sociali, però stiamo aspettando da due anni che questa delibera parta. Allora credo che dobbiamo lavorare sul doppio versante. Su questa possibilità di emancipazione, non emancipazione dei ragazzi, e sull'altro versante, dobbiamo consentire che le imprese possano diventare tali, crescere e quindi dare opportunità di lavoro.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «C'è Francesca ROMANI, di Savona.»

Dott.ssa Francesca ROMANI:- «Il contributo che esporrò in questa sessione è il risultato del lavoro realizzato dal gruppo di coordinamento regionale in tema di inserimenti lavorativi di tossicodipendenti e alcool dipendenti, istituito con delibera della giunta regionale alla fine del '99, unitamente ad altri cinque gruppi che si occupano di diverse tematiche: alcologia, nuovi stili di dipendenza, comorbilità psichiatrica, unità di strada, trattamenti farmacologici. Il nostro gruppo è stato attivato a giugno del 2000. È formato da operatori dei cinque SERT liguri, degli enti ausiliari iscritti all'albo regionale e da rappresentanti degli enti locali. I due coordinatori del gruppo rispecchiano questa composizione mista tra pubblico e privato sociale e precisamente sono il direttore del SERT dell'Asl 2 savonese, che sono io, e il responsabile della comunità terapeutica Afet Aquilone di Genova, dottoressa Rossella RIDELLA. Il compito del gruppo consiste nel coadiuvare l'ufficio tossicodipendenze della Regione a coinvolgere i servizi e gli enti che a vario titolo si occupano del settore, favorendo l'incontro e il confronto sui diversi e possibili approcci attuati, al fine di creare un coordinamento delle attività e dei progetti sul territorio.
Nell'ottica del trattamento multimodale integrato che affronta le componenti biologiche,

psicologiche, sociali della tossicodipendenza, gli interventi finalizzati all'inserimento lavorativo e sociale sono parte integrante del processo terapeutico. Essi assumono un significato ed una valenza evolutiva nel percorso riabilitativo del cliente, a prescindere dagli esiti di tipo occupazionale definitivo che talvolta non è possibile raggiungere. I processi di formazione, orientamento, inserimento lavorativo, facilitano il progetto di recupero attraverso la riscoperta e lo sviluppo delle capacità individuali, valorizzando l'impegno e l'esperienza, aumentando la consapevolezza e l'autostima. I clienti riscoprono un ruolo attivo e uno spazio di protagonismo nella relazione terapeutica. È il superamento della logica assistenzialista che, oltre a comportare elevati costi sociali, cristallizza le situazioni di disagio, ostacolando il cambiamento. L'acquisizione di professionalità nuove e vecchie, la possibilità di avere un reddito, e quindi una maggiore autonomia economica, l'ampliamento delle relazioni sociali, sono alcuni degli obiettivi che gli utenti raggiungono attraverso i percorsi di inserimento lavorativo e che contribuiscono a ridare dignità e identità alla persona problematica e sofferente.
L'esperienza lavorativa è significativa anche per coloro che decidono, successivamente, o in corso d'opera, di intraprendere differenti percorsi, come l'ingresso in comunità terapeutica o il passaggio ad altri progetti, ad esempio la ripresa degli studi. E anche per coloro che hanno difficoltà ad accedere ad un'occupazione stabile, quali le persone sieropositive e quelle con doppia diagnosi, i programmi di inserimento lavorativo rappresentano un contributo positivo allo sviluppo del progetto terapeutico e al miglioramento della qualità della vita. È importante sottolineare che questi interventi sono tra i pochi che permettono alle persone tossicodipendenti di accedere direttamente, in modo verificato, ai fondi per la lotta alla droga, usufruendo di una forma, anche se minima, di reddito. I nostri utenti, per la povertà complessiva che li caratterizza, materiale e relazionale, sono compresi nella categoria dei nuovi poveri e l'esperienza lavorativa permette loro, oltre ad una seppure limitata autonomia economica, l'attivazione ed il riconoscimento delle loro capacità e la ricostruzione di una rete di relazioni sociali essenziali all'integrazione. AMARTIA SEN, premio Nobel per l'economia, sostiene che la valorizzazione delle capacità individuali è la condizione essenziale, connessa con il reddito, per l'uscita dalla deprivazione e quindi dalla marginalità.
Vediamo la rilevazione della nostra indagine. Il gruppo di coordinamento, come primo obiettivo, si è dato quello della raccolta dei dati qualitativi e quantitativi, relativi ai progetti di formazione e inserimento lavorativo realizzati in Liguria negli anni '98 e '99, al fine di ottenere un quadro di sintesi sulle modalità attuate e sui risultati ottenuti in questi anni. Questo lavoro è fondamentale per la verifica dell'attività, ma anche per costruire un sistema di monitoraggio permanente e per i progetti futuri. Inoltre, come obiettivo, abbiamo anche quello di definire linee guida di intervento e di promuovere seminare metodologici e formativi, mirati anche ad evitare sovrapposizioni e dispersioni di risorse economiche e professionali.
Vorrei proiettare la scheda di raccolta dati. E' la scheda con cui abbiamo chiesto a tutti i soggetti di presentare i dati relativi ai progetti effettuati. Riguarda nome, denominazione del progetto ed eventuale sigla, finanziamenti, durata del progetto in mesi, enti richiedenti, enti coinvolti, obiettivi del progetto, sequenza delle azioni, esiti generali, numero degli utenti segnalati, numero degli utenti fruitori, distinzione per genere e per tipologia di dipendenza, situazione giudiziaria; vi anticipo che un certo numero di utenti usufruivano di misure alternative alla pena e alcuni erano semiliberi. E poi esiti occupazionali e acquisizione di competenze professionali e personali.
Vediamo qualche commento sui risultati. I finanziamenti che sono stati utilizzati, per la maggior parte, derivano dal fondo lotta alla droga, dalla legge 309 del '90. Invece per quanto riguarda la tipologia degli utenti, per lo più erano pazienti in condizioni di drug free da utilizzo di droghe pesanti. E poi c'era una percentuale di pazienti in trattamento con metadone, stabilizzati, con controllo urine e anche questo tipo di esperienze è andato molto bene, come diceva il collega precedente. L'acquisizione delle

competenze personali è stata molto alta. Su 614 fruitori dei progetti, hanno acquisito competenze personali 450 soggetti circa, e un numero leggermente inferiore competenze professionali, considerando i soggetti che hanno interrotto i progetti.
Le parole chiave delle conclusioni sono lavoro di rete, di integrazione tra i servizi pubblici, del privato sociale e privati; il tossicodipendente, con un ruolo di soggetto attivo all'interno della società; orientamento delle politiche attive del lavoro in questo settore, e quindi garanzia di avere, anche per il futuro, risorse umane ed economiche. E in ultimo, crediamo che lavorare insieme, in rete, anche con difficoltà, ostacoli, problemi, sia un modo per ridimensionare barriere e pregiudizi che esistono a più livelli e che impediscono il reinserimento, ma che sono stati a loro volta fattori concomitanti il disagio e le sue svariate espressioni.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «La parola a Rita TOMASSINI, della Uil.»

Dott.ssa Rita TOMASSINI:- «Naturalmente sono qui non solo per la Uil, ma in rappresentanza di tutto il sindacato che ha partecipato al gruppo di lavoro sull'inserimento sociale e lavorativo. Dunque, volevo dire, il dipartimento delle tossicodipendenze, a me come a SGRÒ e come a FILIPPONI, aveva dato un compito. Era quello di fare tre brevi relazioni. E il titolo della mia relazione avrebbe dovuto essere "Integrazione delle politiche sociali e del lavoro. Come i nuovi strumenti legislativi ridisegnano l'inserimento sociale e lavorativo delle persone tossicodipendenti". Questo significava parlare della riforma dell'assistenza, della riforma del mercato del lavoro e di tutte le cose annesse e connesse e della futura riforma degli ammortizzatori sociali. Altro tema estremamente importante per risolvere i problemi di cui stiamo discutendo. Naturalmente in cinque minuti, che sono già diventati quattro, non posso parlare di nulla di tutto questo. Per cui la relazione non la faccio e passo solo a dare alcuni titoli, neanche tutti, di quello che avrebbe dovuto essere il mio intervento.
Volevo solo farvi un accenno, per far capire l'importanza di queste cose, sulla scheda che vi ha presentato FILIPPONI; ci abbiamo fatto una riunione di cinque ore. Per far capire come potevano essere i vari meccanismi con l'ausilio del dottor ROSSI.
Il gruppo di lavoro della Consulta non era completo, mancavano alcuni attori importanti. C'erano le comunità, le cooperative sociali, i SERT, il sindacato. Non c'erano gli enti locali, mentre la responsabilità di questi servizi è a livello locale, per cui questi attori sarebbero stati indispensabili. Non c'erano e non hanno partecipato. Non c'erano le associazioni imprenditoriali. E voi capite bene che abbiamo parlato di cooperative sociali, ma poi bisogna parlare anche con le associazioni imprenditoriali e non c'erano. Dopo un primo momento molto alto di partecipazione del Ministero del Lavoro, con il dottor ROSSI, con cui abbiamo lavorato benissimo per circa un anno, il Ministero del Lavoro nel gruppo è stato latitante. Lo deve dire in positivo. Sono molto contenta di trovarla qui oggi: per un anno non c'è stato nessuno. Per esempio lei giustamente ha fatto una precisazione sull'iscrizione al collocamento, l'avrei fatta io al posto suo. Io c'ero. E infatti poi mi sono andata a informare con i miei compagni del mercato del lavoro.
Non si è parlato di inserimento sociale, non perché fosse meno importante, ma semplicemente perché si stava lavorando sulla riforma dell'assistenza, quindi l'inserimento sociale era scritto lì.
L'Inserimento: quali sono i problemi che tutti denunciano? Non si quali sono le possibilità del mercato del lavoro a livello locale. Non si sa quale formazione fare, perché non si sa quale mercato del lavoro è sviluppato. Non si sa quale credito formativo colmare. E noi sappiamo che i tossicodipendenti, per lo meno quelli che conosciamo, quelli che risultano dalle indagini, hanno un livello di scolarità molto basso. Per cui è opportuno intervenire non solo a livello di formazione, ma spesso anche di credito formativo. Non si sa quali supporti sono necessari. Quando parlo di supporti, parlo di tutto, cioè l'accompagnamento da fare al lavoratore in difficoltà che deve entrare al lavoro,

il tutor aziendale, perché l'azienda, dopo vent'anni che noi parliamo, come sindacato abbiamo fatti accordi, contratti, accordi interconfederali, inserimento, ancora ci dice che non sappiamo queste cose. Perché il più delle volte dicono: noi facciamo produttività, non facciamo socialità. Anche se poi la coesione sociale è un problema che riguarda tutti, non riguarda solo noi, riguarda anche loro.
Il problema che poneva FILIPPONI sulle borse lavoro. Su questo noi abbiamo discusso moltissimo nel gruppo. Le borse lavoro sono uno strumento specifico ad hoc. In alcuni regioni ci sono, in alcune regioni sono finanziate, vedi Trento, in altre non ci sono. Sono comunque sistemi: le borse lavoro che conosco, durano, per esempio, al massimo un anno. Quindi spesso non vengono ripetute. Per cui dopo un anno la persona rimane di nuovo senza lavoro e in uno stato di frustrazione successiva anche preoccupante. Allora il problema che noi segnalavamo all'interno è che oggi gli strumenti, per intervenire su tutte queste cose, ci sono. C'è un quadro istituzionale che ci dà gli strumenti per intervenire a livello locale e per trovare lavoro, fare formazione, fare credito educativo, dare sostegno alla famiglia, dare sostegno al lavoratore tossicodipendente. Il reddito minimo di inserimento che, invece della borsa lavoro, sarà dato a chi comunque è in condizione di povertà, non importa se è tossicodipendente o meno. La riforma degli ammortizzatori sociali che vogliamo fare, per cui si parlerà di una indennità di disoccupazione o di occupazione, non c'entra niente con lo stato o meno di tossicodipendenza. Un cittadino si iscrive, perché dichiara il suo stato di inoccupabilità, perché non è mai stato occupato, o di disoccupazione, perché è stato occupato. Quello interessa per sapere che tipo di appoggio deve essere dato a quel cittadino che si iscrive al collocamento.
L'altro problema che era stato sollevato è quello della casa: se uno esce dalla comunità non ha più una casa, non ha più la famiglia, non ha reddito, come fa a trovare l'alloggio? Anche questo è inteso nei nuovi provvedimenti legge di riforma dell'assistenza e soprattutto in altri provvedimenti che ogni piano operativo regionale dovrà fare a questo riguardo.
I nuovi servizi del mercato del lavoro, di cui parlava la dottoressa CARLÀ, hanno già previsto tutte queste competenze. Hanno tutti gli strumenti per poter intervenire. Il problema è che devono essere messi in pratica. Allora, il Ministero del Lavoro, per parte sua, ha lavorato bene. Gli adempimenti che doveva fare li ha fatti e li sta facendo. Il problema sono i piani operativi regionali. Non tutte le Regioni li hanno ancora fatti. In Calabria, Regione a statuto ordinario, dove c'è il potere sostitutivo dello Stato, si sta andando avanti. In Sardegna e in Val d'Aosta, a statuto speciale, dove non c'è potere sostitutivo dello Stato, si sta ancora indietro. Al di là di questo, parlo a livello di piani operativi regionali, mettere in funzione i centri per l'impiego, significa mettere in piedi tutte queste competenze. Ma tutte queste competenze all'interno dei centri per l'impiego ci sono. Il problema è che ogni centro per l'impiego deve fare quello che deve fare, cioè una mappatura delle possibilità produttive del territorio. E questa la deve fare in rapporto alle Camere di commercio, con le associazioni imprenditoriali, con i sindacati, eccetera. Deve conoscere il proprio target di utenti.
Nella provincia di Trento il piano operativo ha fatto il proprio target di utenti e ha detto: come classi in difficoltà abbiamo soprattutto invalidi e immigrati. I tossicodipendenti sono pochissimi. Allora è chiaro che il tipo di intervento che farà quella Regione, sarà in rapporto al proprio target di utenti. Questo è importante per capire che bisogni ci sono e che strutture di accompagnamento bisogna sollecitare.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Ho interrotto solo per dire che aveva ragione, nel senso che il Ministero del Lavoro è stato assente e non lo sarà più. Insomma è stato presente con discontinuità. Però ho fatto lo scoop, le ho portato Rossi.»

Dott.ssa Rita TOMASSINI:- «Devo dire che è stato molto attivo anche su altre cose.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Vi proporrei due cose. L'aver chiesto a ROSSI di venire qui, di accompagnarmi, aveva il senso di legare l'attività in maniera continua, recuperando quello che c'è stato e testimoniando un maggiore impegno. Se volete possiamo continuare i lavori anche nel pomeriggio e chi aveva in mente una relazione più dettagliata avrà modo di presentarla. Quindi ci fermiamo tra mezz'ora per valutare come continuare. Adesso proseguiamo in modo accelerato con gli interventi non previsti e poi facciamo il punto. Quindi mi scuso ancora con la signora TOMMASINI, ma credo che troveremo spazio nella giornata per approfondire alcune questioni. Diamo la parola a Giuseppe DE LUCA.»

Dott. Giuseppe DE LUCA:- «Per essere veloce, uso la tecnica che conosciamo tutti del pensiero taglia e incolla e delle parole chiave, così in poco tempo penso di poter darvi il nostro punto di vista.
Intanto vi presento il programma "Euridice", a dimensione nazionale ed europea. In Italia coinvolge più di cento imprese e più di settantamila lavoratori. E in Europa, entro il 2002, tutti gli Stati europei. Quindi è l'altra parte del discorso che stiamo facendo. Dire che cosa accade nel mondo del lavoro reale, cioè privato, competitivo, quando noi poniamo questi problemi. Il programma è nato nell'88 a Milano, dodici anni fa, e quest'anno, con il sostegno del Ministero del Lavoro, pensiamo di dare un rafforzamento a tutta la rete. Vi presento solo un aspetto di questo programma, quello che riguarda il modello di training. Il motivo per cui il programma è nato, perché a quel tempo più del 50% dei tossicodipendenti dei servizi pubblici erano seguiti dai SERT (lavoratori in trattamento per droga) e nei loro confronti c'era una situazione di intolleranza, discriminazione e conflitti. E ovviamente un'azione di stigma. I presupposti teorici di questo progetto sono che il luogo di lavoro viene considerato come una risorsa. Esiste un'equa distribuzione delle responsabilità, non solo quindi dei servizi pubblici o delle associazioni che si occupano di questo problema, ma di tutti assieme. C'è un problema di riduzione della delega e sviluppo della consapevolezza sociale dei lavoratori. E infine c'è un'azione di solidarietà attorno ai lavoratori più svantaggiati e la necessità di costruire dei progetti di aiuto personalizzati.
Le aspettative generate dal progetto sono la prevenzione come fattore di impresa, la promozione di un ambiente di lavoro sano e sicuro, la valorizzazione delle risorse umane, con particolare riferimento ai lavoratori svantaggiati e lo sviluppo di modelli di apprendimento continui. E infine considerare prioritario anche il mondo del lavoro nella destinazione delle risorse del piano nazionale lotta alla droga. Sono molto contento perché finalmente il Ministero del Lavoro entra in questo schema, mentre prima era assente.
I promotori sono stati, dodici anni fa, i sindacati Fiom, Fim e Flm della regione Lombardia, il Comune di Milano, l'azienda BBLF condutture, una multinazionale, e il progetto l'ha coordinato la cooperativa "Marcella" sostenuto dalla Regione Lombardia e dalla Provincia di Milano. Questo è il modello istituzionale. Un modello integrato che rimarrà, per sempre, come un vincolo nell'implementazione dei progetti. Il programma "Euridice" si basa su ricerca, informazione, formazione, interventi sperimentali, valutazione dell'efficacia, su tre fattori: la cultura dell'impresa, i fattori di impresa e la formazione.
La possibilità di testimoniare i risultati e la replicabilità del modello. E' un modello complesso: oggi presento soltanto l'aspetto che riguarda il modello di training. Esiste sempre un comitato di coordinamento locale composto dall'azienda sanitaria, dal Comune, dalla Provincia, dalle organizzazioni sindacali, dalla associazione degl: imprenditori e dalla cooperativa. Questo comitato è regolato da un protocollo di intesa e garantisce stabilità e continuità al progetto. Esiste invece un comitato di coordinamento europeo che è composto dall'OMS, l'ILO, l'OEDT, CES, e gruppo Pompidour e ha l'obietti-

vo di creare un'interazione tra la rete Euridice e i piani di azioni delle organizzazioni internazionali e valutare e integrare le strategie di implementazione usate, estendere e migliorare la programmazione e l'azione. Allora qual è il modello di training per i lavoratori guida? L'obiettivo formativo è aumentare il livello di conoscenza e di competenza di un gruppo delegato di opinion leader e introdurli alla conoscenza di un modello integrato di gestione della diversità. L'obiettivo didattico è far apprendere alle componenti di base delle tecniche di progettazione di interventi di prevenzione del disagio psicosociale e di aiuto ai lavoratori in difficoltà, di costruzione di programmi personalizzati d'integrazione socio - lavorativa e di valutazione della loro efficacia. Il target sono circa venti lavoratori, in un'azienda media di mille dipendenti, che liberamente scelgono di essere formati. Gli strumenti che usiamo sono le centocinquanta ore.
La prima fase è la coprogettazione del contenuto, dura venti ore. Ha come obbiettivo l'analisi delle aspettative e l'identificazione dei punti di interesse convergenti, la costruzione del percorso di formazione, l'individuazione di strumenti e ausilii didattici e la pianificazione delle risorse e il calendario. Il secondo modulo è il learning based della durata di trenta ore. Colma lacune conoscitive, innalza i livelli di consapevolezza dei partecipanti, aumenta le competenze, migliora gli skills, sviluppa la coesione e il sentimento di appartenenza al gruppo, educa ad imparare. Il terzo modulo è centrato sulla persona. Migliora le capacità decisionali, allena a tenere sotto controllo stati emotivi disfunzionali, aumenta i livelli di padronanza di sé, incrementa l'autostima. Il gruppo è considerato come fonte di apprendimento e apprende tecniche di problem solving. Il quarto modulo è centrato proprio su queste tecniche. Il gruppo entra in azione come risorsa dentro l'impresa e produce progetti di sostegno al reinserimento di lavoratori in difficoltà, compresi quindi i tossicodipendenti, progetti di formazione rivolti al lavoratore come genitore, campagna di informazione su stress, mobbing, psicofarmaci, alcolismo, tabagismo, droghe.
L'altro modulo è basato sulla formazione a distanza. Sul sito web "coopmarcella.it" esiste un'unità didattica CAI che può essere utilizzata per apprendere a distanza nozioni sulla prevenzione della tossicodipendenza e quindi il gruppo impara a usare Internet per sviluppare la formazione a distanza. Siamo sempre dentro il mondo del lavoro privato, competitivo. Inoltre il gruppo prende parte a conferenze telematiche con esperti, via chat line, pone quesiti al centro di consultazione telematica via posta elettronica, recluta altri lavoratori e replica il modello. Per la valutazione dell'efficacia della formazione, usiamo uno strumento che è l'opus of control che viene applicato nella fase iniziale, intermedia e finale e i risultati sono discussi con i partecipanti. I criteri di valutazione sono multifattoriali, valutiamo la dispersione formativa, la creatività del gruppo in termini di progettualità, lo spostamento fra attori, esterno e interno, l'acquisizione dell'attitudine alla leadership e la capacità di smistamento ai servizi specialistici delle richieste di aiuto da parte dei colleghi. Al termine della formazione il gruppo non si scioglie. Diventa una risorsa dell'impresa che si colloca tra il management e le RSU, opera come gruppo di auto aiuto aperto, sviluppa capacità di produrre un generative learning, cioè i nuovi programmi di apprendimento e fa parte della cultura dell'impresa e della relazione industriale. Questo è tutto, c'è lo stand del progetto Euridice, se avete bisogno del materiale potete prenderlo.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Abbiamo ora DI MAURO, di Arezzo.»

Dott. Paolo Eduardo DI MAURO:- «Sono responsabile di un dipartimento delle dipendenze ad Arezzo in cui ci sono cinque servizi, c'è la comunità terapeutica più grande della Toscana e una serie di cooperative sociali con le quali tutti insieme siamo riusciti a coordinare delle modalità operative sulle quali vi è stata una riflessione.
Sono anche membro della commissione presso il Dipartimento Affari Sociali che valuta i progetti per la quota ministeriale, per il 25% sostanzialmente. C'è bisogno, anche

nei progetti ministeriali, di migliorare la valutazione. La gran parte dei progetti non aveva espresso in modo molto chiaro le procedure di valutazione, quelli che l'avevano chiara la vedevamo poco concreta, ma soprattutto c'è l'abitudine a pianificare bene le valutazioni in termini di processo, in termini di output. Forse conviene ragionare un po' di più, con più fatica, sulla valutazione di "outcome" e su che cosa succede dopo un po' di tempo per effetto della enorme quantità di soldi che si spendono in un settore come questo. Non sono d'accordo con quello che diceva MASCI sulla generica povertà dei soldi investiti, perché la situazione è molto disomogenea, con isole in cui l'investimento è consistente, alternate magari ad altre in cui l'investimento è meno consistente. Su questo, secondo me, un po' di cresta bisogna farla tutti insieme. La seconda cosa è: la progettualità ministeriale deve cercare di limitare al massimo una parcellizzazione, sponsorizzando singole iniziative. E se questo deve essere fatto, che almeno sia chiaro che si tratta, perché questo è il fine di questi soldi, di sperimentazioni utilizzabili con la ricaduta sull'intero territorio nazionale. Perché in questa fase ci siamo parecchio scontrati con difficoltà a riconvertire alcuni progetti che altrimenti comportano dei rischi, in termini di ricaduta, vanificando un po' il meccanismo della regionalizzazione del fondo. A livello ministeriale si devono fare progetti che servono per tutti.

Faccio l'operatore, sono un medico. Non si tratta tanto di avere come nuova frontiera i soggetti in trattamento a metadone per gli inserimenti lavorativi. Quelli si sa, ormai è acquisito da tutti quelli che lavorano nei servizi, che vanno bene. C'è una stabilità sul piano emotivo: tutto quello che gli operatori sanno deve essere considerato un patrimonio acquisito.

La nuova frontiera - e questo è uno dei motivi per cui la regione Toscana mi ha mandato qui, anche se non ho questo specifico livello di competenze - è l'esperienza che ad Arezzo abbiamo fatto dei gruppi riabilitativi, in cui vi sono dei soggetti che hanno un rapporto sostanzialmente attivo con le sostanze stupefacenti e in cui il lavoro diventa parte integrante non del reinserimento, ma della terapia. Le persone non hanno ancora scelto di uscire da un rapporto chiaro con le sostanze, con una grandissima fatica del servizio: ci sono una marea di persone implicate perché ogni giorno ci sono dei problemi, c'è una serie di guai enormi, che hanno, attraverso questa chance, iniziato seriamente il loro percorso riabilitativo. Hanno cessato lo stazionamento indifferenziato intorno al servizio, con tutti i problemi che chi lavora in un SERT più o meno conosce bene. Bisogna decidere se i servizi pubblici sono maturi per fare questo salto. Intorno a questo credo si debba costruire un concetto di nuova frontiera. Anche su questo, quindi scendendo a livello locale, sto nei cinque minuti, mi piacerebbe dibattere molto di più queste cose che hanno una serie di sfaccettature importanti, dobbiamo costruire gli indicatori. Che non sono gli indicatori tradizionali. L'inserimento nel mondo del lavoro merita una costruzione di indicatori sul medio e lungo periodo, altrimenti diventa, e qui ci metto la mia competenza specifica, frustrante per le persone. Perché si costruisce un intervento assistenziale, magari costoso e, alla fine dell'intervento assistenziale, non c'è la certezza di un vero inserimento nel mondo del lavoro. Abbiamo costruito un ulteriore fallimento per utenti che non ne hanno assolutamente bisogno.

Un'ultima cosa era questo discorso degli imprenditori. O noi scegliamo, come abbiamo fatto qui finora, di stare dentro un circuito alternativo, un po' alienante di inserimento lavorativo, perché le nostre cooperative sociali, ad Arezzo ce ne sono tante, sono al pieno della loro attività. Dobbiamo scommettere sull'impresa privata pura. Abbiamo avuto buoni rapporti e relativa facilità di inserimento, presso alcune organizzazioni, come la confederazione nazionale artigiani, l'associazione industriali. Arezzo, che è una realtà che su questo ha una grossa presenza e una significativa importanza nel tessuto sociale, ha le difficoltà che abbiamo visto in premessa a usare correttamente questi strumenti, ma dobbiamo, noi come servizi, lavorare per migliorare la professionalità degli imprenditori all'interno di un concetto che non è sufficientemente chiaro. Faccio il primario di un servizio che tutti i giorni ha rapporti di questo

tipo, che mettono in atto un atteggiamento paternalistico: in qualche modo tratto la persona come un figlio, però con la conseguenza che alla prima ricaduta lo mando via. In questo senso arriviamo a una situazione di estrema difficoltà. Oppure a un atteggiamento francamente espulsivo, con una stigmatizzazione che sta dentro un pregiudizio di tipo morale. Noi non possiamo pensare se non c'è una vicinanza, e un tentativo di professionalizzazione di questo aspetto, di cambiare il mondo perché il mondo è cambiato nella nostra testa. Dobbiamo confrontarci concretamente con un circuito di inserimento lavorativo che ad oggi è inesplorato e potenzialmente ricchissimo.
Il problema della distanza dell'imprenditore: o è troppo vicino, fino all'atteggiamento fusionale nei confronti dell'utenza, come quello che abbiamo detto, o eccessivo, con sfumature pedagogiche. Gli operatori sanno bene quello di cui stiamo parlando, ciò comporta la necessità di progetti sperimentali, tendenti a recuperare questa chance, che è ulteriore rispetto a quella tradizionale dei servizi e degli enti ausiliari, come li vogliamo chiamare oggi, che in fondo costituiscono un dialogo molto interno, molto parallelo, rispetto al circuito che deve essere invece il più possibile aperto, fuori anche da ogni investimento morale negativo.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- <Voglio richiamare due cose, in particolare, che costituiranno un criterio guida delle nostre attività, che sono state dette a proposito della selezione dei progetti. È ovvio che l'amministrazione centrale deve riprodurre le esperienze significative importanti, quindi bisogna individuare i progetti trasferibili in un'ottica di sistema e fare la valutazione dei medesimi. Il più consistente dei progetti selezionati concerne la valutazione, come diceva ROSSI, dei progetti finanziati col fondo nazionale. Quindi l'esercizio di valutazione finanziato attraverso questo progetto, sarà un esercizio collettivo. Prevediamo poi delle specifiche riunioni che potranno servire a tutti per diffondere gli elementi.
Le relazioni scritte possono essere ovviamente depositate. Ora tocca a Mussoni, presidente della cooperativa sociale Centofiori.»

Dott. MUSSONI:- «La cooperativa è di Rimini. Sono anche presidente di un consorzio di Legacoop che si occupa di inserimento lavorativo. Sono dentro la questione dell'inserimento lavorativo dei tossicodipendenti da vent'anni, ma ci credo molto. Il problema della scadenza del disagio lo sentiamo, ma per un motivo tecnico molto importante. È quel famoso 30% di persone disabili che bisogna comunque tenere in cooperativa per essere cooperativa sociale; quando un giovane esce da quello stato di disagio va o sostituito o comunque ne va aggiunto un altro.
La possibilità di avere in appalto lavori senza gara e il risparmio sugli oneri sociali delle persone in stato di disagio sono cose tecniche. Parto da questo perché credo che sia estremamente importante che la cooperativa sociale di tipo B, di inserimento lavorativo, non diventi quello che qualcuno tende a farla diventare, cioè una sorta di discarica. Ma potrebbe essere questo no? Nel senso che ci danno i contributi per fare in modo che ci teniamo queste persone. Noi non siamo questo. Vogliamo essere delle imprese, e lo siamo, che sono capaci di giocarsi sul mercato, con le agevolazioni stabilite dalla legge. Allora, questo mi porta anche a pensare che un tossicodipendente è considerato tale, anche se è un ex, dalla Prefettura, per molto tempo, e mi viene da legare la situazione di disagio a questo. Perché, dal momento che lo Stato riconosce una difficoltà, più di altri, perché gli chiede di fare i test delle urine ogni tanto? Credo che debba essere riconosciuto il ruolo della cooperazione sociale, che tiene al suo interno certe persone. La cosa più semplice è quella di adeguarsi a questo modo di fare che ha la Prefettura, o quando non sarà più la Prefettura, qualcun altro si occuperà di fare questo.
La seconda cosa è questa: un rapporto con gli enti locali e con le imprese degli enti locali. Anni fa è stato stilato un protocollo di intesa fra le organizzazioni nazionali delle

cooperative sociali, "Fede e solidarietà", Legacoop, anche Ancs, Legacoop, con la Cispel, che è rappresentante di queste imprese, proprio per fare in modo che queste imprese accolgano in modo serio il rapporto di collaborazione con le imprese sociali, con le cooperative sociali. Sono stati fatti pochissimi di questi accordi a livello provinciale. Però credo che vadano fatti.
Altra cosa è il discorso della chiarezza del progetto di interventi di formazione, cioè non si può pensare che una comunità terapeutica possa utilizzare i fondi di formazione di continuo per mantenersi. Non è corretto, non è nel ruolo di una comunità terapeutica, no? Quindi credo che i fondi di formazione vadano usati per inserire le persone nel mondo del lavoro all'esterno di queste strutture, perché altrimenti abbiamo il nostro scopo.
I problemi carcerari. Non è possibile pensare che per inserire nel mondo del lavoro un ragazzo con problemi di droga in carcere, ci vogliano mesi. Cioè dal momento in cui faccio la disponibilità di assunzione, passano mesi. Se vogliamo essere imprese che stanno sul mercato, che riescono a giocare a pari degli altri sul mercato, non possiamo pensare a questo. Perché vuol dire che altrimenti facciamo finta di stare sul mercato. Perché se dopo sei mesi questo ragazzo arriva e noi siamo ancora lì ad aspettare, vuol dire che non avevamo bisogno di personale. Oppure che questo personale, qualcuno ci aiuta a pagarlo e stiamo in piedi lo stesso. Non è così. O facciamo le cose serie o non le facciamo. Credo che anche questo deve essere un punto.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Adesso c'è Roberto LEONARDI dell'Umbria.»

Dott. Roberto LEONARDI:- «Non parlerò dell'Umbria, visto che non c'è l'assessore regionale che controlla e nemmeno del consorzio che rappresento. Una legge o strumenti di politica attiva del lavoro per tossicodipendenti, detenuti, senza fissa dimora, nomadi, prostitute, psichiatria, non c'è. Dicono che c'è, ma non esiste. Abbiamo la 68, utile, una legge importante, una legge che segna una svolta, che comunica delle novità, che cerca di dare un cambiamento, ma quando chiedo ad un centro: quale sarà la tua politica per la psichiatria? Mi dice: ho assunto un neuropsichiatra. Ho anche assunto gli assistenti sociali e con questi faccio una politica di inserimento professionale. Non ci sono leggi, non ci sono strumenti, però qualcosa abbiamo fatto. In Italia siamo tutti bravi, protagonisti, intelligenti, ci impegniamo moltissimo. Abbiamo fatto una catasta di progetti interessanti, mirati, finalizzati evidentemente a sviluppare occupazione per le persone che dicevo prima. Progetti innovativi, intelligenti, magari di grande livello e di respiro europeo, come sentivamo prima. Abbiamo questi centri per l'impiego, abbiamo le imprese sociali. Che non bastano per fare queste cose, e lo dice un rappresentante delle imprese sociali. Però raggiungiamo una massa critica tale che, come si dice, non riusciamo ad inserire più le persone che non sarebbero altrimenti inseribili.
Mi sono trovato a dire: la legge 68 è bella, ma inserirete la creme della creme dei disabili. Quelli che sarebbero comunque inseribili, quelli che, prima o poi, una via l'avrebbero trovata. La stessa cosa nell'impresa sociale. Arriviamo ad una massa critica, che può essere anche di centinaia di lavoratori, fino a che, ad un certo punto, dobbiamo scegliere. Perché se metto in un'impresa sociale più di un certo numero di sieropositivi o di persone affette da AIDS, faccio un colossale botto economico, non la reggo. Oltre una certa massa critica devo scegliere. Per la vita complessiva dell'impresa. Non possiamo sostenere tutto. Questo ha un costo sociale molto alto. Uno psicotico che non si alza la mattina, non viene a lavorare, e probabilmente è giusto che faccia così, costa. Le imprese sociali non bastano a sé stesse, non possono accollarsi tutti i costi sociali dell'operazione. Spero che riescano non solo a non essere quel ghetto di cui si diceva prima, ma a diventare qualcosa di più, qualcosa che contamini l'esterno. Se sappiamo stare sul mercato, con tutte queste persone, significa che è possibile. Però l'impresa sociale ha dei limiti. Non posso fare in cooperativa un alimentari.

E non posso nemmeno gestirci un bar. Non tutte le cose sono a economia cooperativa, non tutto va in cooperativa. Lo dice chi la cooperativa la fa.
Occorrono servizi di secondo livello. Non mi serve il tutoraggio della persona, come lo abbiamo chiamato. Lo chiamo piuttosto accompagnamento. Sapete perché? Perché passa attraverso la relazione. Io non faccio il tutoraggio di un bel nessuno. Lo accompagno. Ci sto insieme, lo conosco e lo porto in azienda. Ma non posso lavorare solo su di lui, devo lavorare su quello che succede in azienda. Sul clima, su quello che succede lì, su quello che lui determina quando entra in azienda, quello che fa succedere, quello che accade lì dentro, in termini di relazioni, di possibili inefficienze imprenditoriali. Tutte cose che mettono a rischio l'impresa. E l'impresa oggi non sta ad aspettare l'assistente sociale, genuflessa, che gli presenta il caso. E non ne possono più dei 675, dei 626. Occorre qualcuno che si prenda in carico queste persone, e non è il centro per l'impiego. Non lo vedo ancora trattare con la psichiatria, perché per far questo devi essere radicato sul territorio, devi utilizzare chi da vent'anni si occupa di queste cose, come le imprese sociali per la loro parte, ma anche le persone, le Asl, i SERT, le strutture che lavorano sul microterritorio e che sanno fare percorsi personalizzati di inserimento lavorativo. Nello stesso tempo si deve lavorare sulle imprese, quelle locali, e su un livello macroterritoriale, perché non possiamo solo accedere ai fondi della 45 o della 309 o i Pom o i Pic o l'Equal o altro. Dobbiamo accedere anche ad altro denaro. Perché non i lavori socialmente utili? Che non erano pensati, perché come strumento direi che è perfetto, per il giovane di belle speranze, che avrebbe trovato lavoro comunque e che magari fa un lavoro in nero di pomeriggio, mentre di mattina tenta di entrare nel sistema pubblico attraverso queste formule. Ma possono realmente servire a incentivare, a spingere persone all'interno del mercato del lavoro. E a supportare quel costo sociale iniziale; non sono a vita. Possono durare dodici, ventiquattro, trentasei mesi, non lo so, ma che lo si dica prima. E lo si concordi insieme con chi queste persone le conosce e ci vive tutti i giorni.
Il rapporto con le imprese, con il beneficiario: queste cose le facciamo per la riabilitazione. Non si tratta semplicemente di collocare qualcuno al lavoro, lo dicevano bene prima tanti colleghi, ma si tratta di migliorare la sua qualità di vita. Questo è possibile, purché se ne occupino persone che sanno di che cosa si parla, che facciano questo perché ci credono, perché ci studiano e perché lo ritengono una cosa fattibile.»

Ugo ESPOSITO:- «Vengo da Napoli, gestisco due cooperative sociali, di tipo A e di tipo B, la A è socia del consorzio Agisco Campania, la B del consorzio Solaris Elleacri Teseo.
Si incomincia a parlare di lavoro con la "L" maiuscola, mentre in vent'anni che facciamo questo lavoro ci hanno sempre abituato a parlare dei lavoretti che si fanno in comunità e gli enti locali pensano sempre alla cooperativa sociale per i lavoretti che non riescono a far fare alle aziende. Noi facciamo un lavoro per un milione e ottocento mila lire: fanno la gara d'appalto e se la aggiudica un'altra impresa per cento milioni. Incominciamo, quando si parla di Ministero del Lavoro, di leggi per il lavoro, a identificare rispetto a quali soggetti noi interveniamo. Allora, la prima cosa. Se aumenti il fondo nazionale e regionale, intanto devi aumentare la percentuale disponibile per il reinserimento globale. Perché in Campania, non so nelle altre province, nelle altre regioni, l'80% del fondo, tra Asl, Comuni e comunità, va alla prevenzione. Cioè comunque è diviso fra enti: agli enti ausiliari va solo il 20%, le ASL, i Comuni fanno di solito solo prevenzione, pochi SERT nella conferenza regionale hanno dimostrato di fare anche progetti per il reinserimento, pochi enti locali fanno progetti per il reinserimento, molte comunità fanno anche prevenzione, quindi in genere il 10% va al reinserimento.
Se parliamo di reinserimento con la "R" maiuscola, cominciamo ad approvare progetti che vadano, per prima cosa, verso il mantenimento del posto di lavoro. E questo può

essere benissimo inserito nella politica della riduzione del danno. Non farei una commistione tra reinserimento vero, tramite cooperativa sociale, e il mantenimento del posto di lavoro di colui che è tossicodipendente, che deve avere tutte le opportunità possibili di mantenere questo posto. Secondo me va fatta una legge apposita su questo.
Ergoterapia. Non si fanno più progetti che finanziano laboratori in Comunità. A me, addirittura, il Ministero del Lavoro aveva approvato un corso di formazione; la Presidenza del Consiglio dei Ministri aveva approvato un laboratorio per realizzare pannelli solari, la Regione, quando è entrata nel merito, non me l'ha approvato più. Quindi, morale della favola, non se ne fa niente. Invece, secondo me, bisogna distinguere. Ci sono tanti progetti utili a tutti i tipi di soggetti, in qualsiasi fase terapeutica, purché l'operatore abbia l'opportunità di verificare le sue capacità di reinserimento nel mondo del lavoro. Poi c'è il reinserimento vero, globale, che riguarda la casa, il rientro nella legalità. Cioè noi teniamo persone che devono reinserirsi nel mondo legale. E con che cosa? Con seicentomila lire al mese? Noi parliamo di soggetti che hanno imparato sul campo come fare i veri lavori, come fare massimi soldi con il minimo di impegno. Sanno fare i miliardi. Noi dobbiamo rieducarli, legalizzarli, riportarli nell'economia viva, vera, trasparente. E con quali provvedimenti legislativi? Con progetti mirati; voi che state nelle commissioni, approvate solo progetti, come facciamo noi, individuali, di persone che devono diventare soci o dipendenti della cooperativa. Non quelli che hanno fatto avere i finanziamenti alla cooperativa sociale, o al Comune, o al SERT, e che poi, finito il progetto, se ne vanno. Incominciamo a mettere dei paletti molto precisi per vedere chi assumere, chi reinserire nel mondo del lavoro. Questo però è difficile. Perché non possiamo aspettare i tempi del fondo nazionale e regionale. Cioè non posso fare oggi un progetto per reinserire Pasquale o Nicola nel mondo del lavoro, lo approvano dopo due anni, e Comune o altre agenzie fanno la trattenuta, per cui mi arrivano soldi filtrati. Prima il 10%, poi il 30%, poi il 50%, l'80%. Non è possibile reinserire nel mondo del lavoro la gente in questo modo. Bisogna approvare progetti e far sì che nel momento in cui escono sulla Gazzetta, o sul Bollettino regionale, nel momento in cui ho i presupposti concreti, reali e il posto di lavoro c'è, già si possano avviare; perché quando mi chiedete di fare il planning, di fare l'analisi del mercato, quello deve essere oro colato, non deve essere una chiacchiera. E allora se tengo una persona che oggi si trova nel momento in cui deve entrare nel mercato, perché devo aspettare quattro anni? Quindi devo avere la possibilità, che la banca etica, o un'altra banca, mi anticipi i soldi, perché la Prefettura, per esempio, per un progetto del '94/'95, mi chiedeva le fatture del '94/'95, mentre la Regione ha cominciato a chiederle quando è arrivato il 10%. Se non è ancora arrivato, dice: "vedi che hai fatto finta, adesso non pago".
Si dovrebbe adottare una legge o un provvedimento nazionale che ci equipara a tutti quanti. La stessa cosa per l'età. Stiamo cominciando a presupporre lavori di pubblica utilità. Ma se abbiamo ospiti da quaranta a sessant'anni, come possiamo mandarli al collocamento, quando solo da diciotto a trentadue anni li approvano o li iscrivono? Allora, è nata l'idea, nella conferenza regionale che abbiamo tenuto, di fare la carta dell'utente. Nel momento in cui il SERT o la comunità prende in carico una persona, questa ha diritto ad essere iscritta automaticamente al collocamento: perché deve perdere gli anni che fa in comunità? Ma la prima cosa che hanno detto è stata: da quanto tempo non metti il timbro?
Con "Sviluppo Italia", dopo l'ampliamento alle cooperative B della legge per l'imprenditoria sociale, abbiamo fatto un bel convegno a Napoli, con BORGOMEA e altri collaboratori, e stiamo pensando di ampliare ai tossicodipendenti il discorso del prestito d'onore, perché responsabilizza la persona. Nei singoli progetti di cinquanta milioni, tra formazione e investimento, deve diminuire la parte non a fondo perduto. Per esempio, se noi cooperative sociali partecipiamo al patto territoriale, progetti per miliardi, che è una cosa seria o al Por, progetti per miliardi, non possiamo mai antici-

pare il 30%. Cioè su un miliardo non possiamo mai anticipare trecento milioni. E allora per questi nostri progetti, anche per il prestito d'onore, dobbiamo cominciare a entrare nel merito delle capacità reali, altrimenti saremmo sempre svantaggiati. È la stessa cosa della formazione. Perché la formazione per gli svantaggiati è penalizzata? Per un corso di formazione per dieci tossicodipendenti, la Regione Campania paga quarantotto milioni. Lo stesso team, la stessa aula, gli stessi docenti, in altri casi costano duecento settantotto milioni. Qual è la differenza tra normodotati e svantaggiati? Nessuna. Dovremmo far uscire anche la formazione del mondo dello svantaggio da questo handicap iniziale.
Finita la comunità, molte persone hanno bisogno della casa. Stiamo sperimentando, con "Sviluppo Italia", invece di fare i patti territoriali o le zone industriali, di immaginare, nei centri storici abbandonati, che la cooperativa recuperi le case: quindi puntiamo sull'imprenditorialità edilizia. La cooperativa recupera, acquista o affitta le case. Quindi non la comunità sperduta, ma quella che, nel centro storico, trasforma le botteghe; gli stessi soggetti che hanno restaurato le case diventano artigiani. "Sviluppo Italia" ha lanciato l'idea, ha incominciato a montare una lampadina, ha cominciato a dire: invece di fare le cattedrali nel deserto, nelle zone terremotate della Sicilia, dove ci sono grandi capannoni che non servono a niente, incominciamo dal sociale, incominciamo a trasformare i centri storici abbandonati in impresa sociale.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Come Ministero del Lavoro stiamo attivando un progetto, le cui modalità non sono ancora definite, che si chiama Fertilità. Probabilmente con Sviluppo Italia stiamo definendo le modalità organizzative di sostegno alla cooperazione sociale con effetto moltiplicativo. L'idea di fertilità va intesa in questo senso. Ora parlerà Francesca FERRARI, di Trento.»

Francesca FERRARI:- «La questione abitativa è di estrema importanza, perché i ragazzi che lavorano in una cooperativa non si possono mandare al dormitorio pubblico. Lavoro da vent'anni in un'associazione di famiglie e abbiamo chiesto all'edilizia pubblica degli appartamenti, che gestiamo, dove mettiamo i ragazzi, ne abbiamo tre. Ci mettiamo una quindicina di ragazzi che poi inseriamo nella cooperativa. Però volevo approfittare della presenza di una dirigente ministeriale, per parlare di una problematica molto semplice, che però blocca le cose. Ho fatto una cooperativa sociale di inserimento lavorativo con una decina di ragazzi che erano usciti da varie comunità terapeutiche. Avevano fatto un percorso terapeutico, erano usciti molto bene, con una grande voglia di fare e di vivere. Li avevo inseriti, approfittando anche, perché sono consigliere comunale del comune di Trento, di metterli di qua, di là, di su e di giù. Erano sieropositivi. Che cosa è successo? In comunità gli avevano insegnato a essere leali. A un certo punto hanno chiesto di andare a fare delle visite e gli hanno detto: ma che cosa hai? E lui, apertamente, ha detto: sa, io sono sieropositivo e devo fare queste analisi. Dopo una settimana era già stato mandato via dal lavoro. I ragazzi si sono molto scoraggiati. Allora ho proposto: sentite ragazzi, perché non ci facciamo noi una cooperativa e ci inventiamo il lavoro? E abbiamo inventato il lavoro. Operiamo in cinque settori, dall'edilizia, al verde pubblico, a tutte queste cose. Fatto questo, li ho messi nel consiglio di amministrazione. Logicamente, perché avevano una gran voglia di lavorare, erano anche preparati. Che cosa è successo? Abbiamo fatto degli appalti pubblici, col Comune, con la Provincia, con l'edilizia pubblica, per ristrutturare gli appartamenti. Dopo un po' mi dicono: gli appalti ve li dobbiamo togliere. Ma perché? Perché c'è solo lei che ha il certificato penale pulito. Tutti gli altri hanno un certificato penale chilometrico. E me li hanno buttati fuori. Queste sono cose che non stanno né in cielo né in terra. Chiedo alla dirigente ministeriale se si può fare carico di questa piccolissima cosa. Loro vengono lo stesso, però ho dovuto cambiare consiglio di amministrazione e prendere dei dirigenti, che mi venissero a dare una mano.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Sicuramente ci faremo carico di approfondire e veicolare il messaggio. Tocca a Giuseppe Pezzotti.»

Giuseppe PEZZOTTI:- «Un intervento molto breve per portare all'attenzione di questo tavolo una constatazione che mi capita, essendo il responsabile dell'inserimento lavorativo della mia associazione, di fare, girando un po' per l'Italia.
Come linee di indirizzo MASCI, avevamo dato nei progetti di inserimento lavorativo che chi li esaminava dovesse o approvarli o bocciarli. Questa era l'idea. Che cosa mi è capitato di constatare? Che invece molte Asl, in varie regioni, invece di approvarli o bocciarli, li taglieggiano nel vero senso della parola. Oltretutto li taglieggiano dove? Fino alla formazione e alla borsa lavoro vengono finanziati; gli investimenti su attrezzature e macchinari, che poi potrebbero garantire un'ulteriore attività negli anni, invece li tagliano e vengono esclusi. Il risultato è molto semplice. Una volta finita la formazione, una volta dato il contentino al tossicodipendente, cioè gli abbiamo fatto assaggiare il miele, a fine progetto, se non si trova un altro progetto da finanziare, questo sarà di nuovo allo sbando, senza aver realizzato nessuna forma di inserimento lavorativo. Credo che questa sia una stortura che per lo meno dobbiamo tentare di raddrizzare.»

Rosanna RIDELLA:- «Faccio parte di un ente ausiliario, "l'Afet L'aquilone", che nasce proprio sul reinserimento lavorativo. E fa della cultura del reinserimento lavorativo una cultura che si porta dietro anche nell'intervento terapeutico. E credo che questa nostra impostazione abbia anche influenzato, a livello locale, a Genova, la cultura generale. Penso che ci sia proprio una sensibilità in questa direzione. Perché una parte dell'inserimento lavorativo, non parlo delle cooperative di tipo B, che sono tante e inseriscono tante persone, si è proprio puntato sul tentare di reinserire le persone all'interno delle aziende normali che sono presenti. Tenete conto però, e questo mi piacerebbe anche sentirlo, rispetto ad altre esperienze locali, di com'è la situazione del mercato del lavoro da loro; da noi c'è una disoccupazione vicina al 12% e le aziende presenti, per lo meno quelle a cui riusciamo più facilmente ad accedere, sono piccole o piccolissime. Quindi sono aziende artigiane o piccole imprese meccaniche o altro. Per inserire le persone in situazioni aziendali normali, è stato utilizzato lo strumento della borsa lavoro. La collega prima ha cercato di presentare anche i dati del lavoro che abbiamo fatto come coordinamento regionale e malgrado i nostri progetti, a livello regionale, non avessero come obiettivo lo sbocco occupazionale, siamo andati a valutare anche questo esito, e devo dirvi che è confortante - il numero di utenti considerati è stato di 614 e quelli che hanno terminato il progetto 382 - perché il 66,75% ha avuto uno sbocco occupazionale, non permanente. In alcuni casi c'è stata un'assunzione a tempo indeterminato. In alcuni casi a tempo determinato. E' già un piccolo risultato rispetto alla condizione di persone che sono da tempo lontane dal mercato del lavoro. Questo dato, anche rispetto a tutti gli utenti che hanno partecipato ai progetti, risulta comunque del 42%.
Il nostro lavoro di inserimento lavorativo è partito dal presupposto che la mediazione al lavoro fa fatta, e questo è il discorso che si faceva prima del tutoraggio, dell'accompagnamento, anche come mediazione nei confronti dell'azienda, quindi di sensibilizzazione, di intervento nei confronti dell'azienda, perché riesca a capire le difficoltà dell'utente, ma mantenga il proprio ruolo aziendale. Dall'altro lato va fatto il lavoro di mediazione con l'utente e quindi di accompagnamento e di sostegno. E questo è un aspetto fondamentale, perché permette a quelli che riescono a portare a termine il percorso, di ottenere dei buoni risultati. Non solo, in molti casi anche quando si raggiunge l'autonomia, bisognerebbe immaginare delle forme di supporto alle persone. Perché sappiamo benissimo che il problema del reinserimento ha un esito nel lunghis-

simo periodo. E quindi, per non rischiare, dopo tre, quattro anni, che l'utilizzo sporadico dell'alcool sia diventato utilizzo permanente e poi la persona passi all'uso di altre sostanze, e quindi rientri nel circuito terapeutico, bisognerebbe anche immaginare delle forme che permettono alle persone di essere seguite anche in quella fase. L'inserimento lavorativo deve andare ad accompagnare l'intervento terapeutico. Vanno, come è stato detto nell'introduzione, immaginati dei percorsi differenziati, che non hanno dei termini specifici. Col discorso delle borse lavoro, rispetto ai finanziamenti, questo diventa problematico. Diventa problematico per quelle persone o che presentano doppia diagnosi, o hanno una condizione di salute precaria, perché non si può immaginare, dato che le borse lavoro sono sempre immaginate a tempi definiti, che questi a un certo punto interrompano, proprio magari nel momento in cui si aggrava la situazione sanitaria. Questo è un ulteriore elemento depressivo, è un ulteriore elemento di malessere. In questa direzione va proprio immaginato il discorso dell'inserimento lavorativo con strumenti che consentano alla gente di accedere alle aziende, come un continuum, che parte dal lavoro come terapia, passa per la riabilitazione e arriva al lavoro come inserimento in una situazione normale di lavoro.
Il discorso degli esiti occupazionali si è anche avvalso di strumenti regionali; noi utilizziamo la legge 41 del '95, che offre degli incentivi per le fasce deboli. Ma ci siamo molto avvalsi anche della legge 56 dell'87, e qui il discorso della disoccupazione di lungo periodo per noi è stato importante, perché molte aziende, su questo, hanno accettato il discorso dell'assunzione a tempo indeterminato. Perché magari dopo un anno di inserimento in borsa lavoro l'azienda ha conosciuto la persona e ha visto che è un lavoratore che vale.
Le borse lavoro, che si fanno con denaro pubblico, richiedono agli enti ausiliari, agli enti privati, anche il pagamento delle tasse. Noi ci siamo ritrovati a versare l'IRPEF e a versare l'IRAP. Abbiamo ovviato a questo problema avvalendoci degli enti locali. Il comune di Genova ha un progetto a sé, specifico, il progetto Pa. Abbiamo fatto dei progetti con degli altri Comuni, avvalendoci di essi per questo. Ma in passato, quando abbiamo fatto borse lavoro gestite da noi, c'è sempre stato questo problema. Rispetto al discorso delle borse lavoro, bisognerebbe riuscire a trovare una soluzione. È inutile che chieda dei fondi, e poi ne devo riversare allo stato il 20%, più il 4 o il 5 o il 6% dell'IRAP, diventa una cosa assurda.
Sarebbe anche interessante immaginare che questo discorso delle borse lavoro possa avere, in qualche modo, in prospettiva soprattutto di una borsa lavoro di lungo periodo, un'integrazione da parte dell'azienda. Capisco che è difficile, però bisognerebbe riuscire a trovare una soluzione, perché se una persona debole riesce a lavorare al 60%, riesce comunque a lavorare. Allora, una parte può essere data dalla borsa lavoro, però una parte può effettivamente essere integrata dall'azienda, perché questa persona qualcosa riesce a produrre. Come coordinamento regionale abbiamo fatto questa piccola ricerca sul '98/'99: vorremmo riuscire a mettere in piedi uno strumento di schede di rivelazione in itinere, perché altrimenti i dati che ci ritornano indietro sono, alle volte, parziali, perché rimangono nella memoria, nei tipi di relazione che ogni ente ha fatto, per poter in qualche modo iniziare un discorso di monitoraggio di quello che stiamo facendo, ma per riuscire poi a migliorare. Quindi se anche a livello nazionale si costruisce questo, noi avremmo piacere di partecipare, per riuscire a collegarci in modo specifico.»

Natale BRANCATO:- «Sono responsabile di comunità terapeutica e anche presidente di una cooperativa sociale di tipo B. Da quella che è stata la mia esperienza, credo che ci sia bisogno di accessibilità alle informazioni. Una cosa importante è fare un discorso unico su tutto questo problema, perché gli operatori che poi devono andare nel pratico si trovano a doversi arrangiare. E questo non è giusto. Anche se ognuno di noi opera in una realtà locale, quindi tipica. Il problema di inserimento che abbiamo nella

provincia di Alessandria non è come il problema di inserimento che hanno nel napoletano, o giù di lì. Sono problemi diversi. E noi quindi abbiamo bisogno, se possibile, visto che siamo nell'era dell'informatica, di avere una banca dati nazionale, dove attingere tutti gli elementi, anche le esperienze, come sono state oggi riportate, interessanti, importanti, per poter sempre ampliare le nostre possibilità. Abbiamo bisogno di elementi molto chiari, precisi, per operare.»

Domenico BOIOCCHI:- «Sono un dirigente industriale e come volontario sono responsabile di una comunità per il recupero dei tossicodipendenti. I nostri ragazzi, quando escono dalle nostre comunità, escono tutti con la casa e un lavoro. Nonostante questo ci sono molti, molti rientri. Ci siamo posti il problema. Abbiamo fatto un centro apposta per analizzare questi rientri. Di motivi ne sono venuti fuori parecchi. Le ricadute. Chiamiamole ricadute. Alcuni ragazzi che avevano fatto il percorso completo, sono stati inseriti nel mondo del lavoro e poi sono ricaduti. I motivi sono tanti, un po' la famiglia che non aveva cambiato stile, un po' l'isolamento, un po' tutto, ma alla fine quello che abbiamo notato è proprio la quotidianità del lavoro. Non è una novità. Sappiamo benissimo della difficoltà della quotidianità per i ragazzi in comunità. Allora ci siamo posti il problema di come fare per inserire questi ragazzi nel mondo del lavoro. E le difficoltà che sono venute fuori adesso ve le elenco subito.
Personalmente sono abbastanza inserito nel mondo del lavoro, per cui non ho avuto difficoltà ad andare da un imprenditore e dirgli: prendimi questo ragazzo. La prima cosa che mi ha chiesto non è stata se questo ragazzo facesse e avrebbe rifatto uso di droga, perché evidentemente nessuno può garantire che una persona non farà più uso di una sostanza, ma è stata: ma non è che venga in fabbrica a fare casino? Questo è un po' il discorso che fanno. Cioè chiedono che sia una persona affidabile e tranquilla. Su questo discorso dell'affidabilità, rientra anche il problema dell'impegno che hanno l'imprenditore e la comunità. Avere in comunità, come nel nostro caso particolare, dove abbiamo cinque o sei ragazzi inseriti nel mondo del lavoro, che hanno orari diversi, attività diverse, crea delle difficoltà in comunità. La comunità non era preparata, come struttura, ad affrontare una situazione del genere. Quindi abbiamo chiesto aiuto al SERT, che ha risposto: il nostro programma è fatto in questo modo e basta. Addirittura alcuni SERT a cui abbiamo detto che stavamo inserendo i ragazzi nel lavoro, hanno avuto delle perplessità. Ma se fate così allora vi togliamo la retta, roba del genere. Penso che il programma di un ragazzo si concluda quando effettivamente possa essere inserito nel mondo del lavoro. Per cui il ragazzo che è in comunità e che comunque esce quattro ore al giorno per andare a lavorare, deve far sempre parte del programma comunitario. E i SERT o le Asl o qualsiasi altro ente, debbano garantirlo. Altrimenti ci troviamo sempre in una situazione di contrasto. Oltre tutto, i vari SERT non sono neanche d'accordo su questo argomento.»

Anna VILLATO:- «Sono assistente sociale del SERT di Casale Monferrato e mi occupo di inserimenti lavorativi. Volevo porre una questione, proprio al Ministero del Lavoro, perché mi sono trovata e vivo una situazione di confusione, per gli inserimenti con gli enti locali, rispetto alla non chiarezza normativa fra borsa lavoro e tirocinio lavorativo. Ad esempio, con un ente locale c'è la richiesta di iscrizione del ragazzo all'INPS, nell'altro caso l'ente locale non gli fa fare questa iscrizione, proprio perché, a richiesta di chiarimenti a livello regionale, sono state date indicazioni diverse. Quindi chiedo di fare chiarezza su questa cosa, anche a chi lavora in questo settore.»

Chairman Dott.ssa Daniela CARLÀ:- «Da tutto quello che è stato detto, mi pare che, dove la divergenza di posizioni c'era, è stata espressamente rilevata, ma complessivamente si è registrata una grossa sintonia.
Voglio fare due o tre proposte di sintesi. Riferendomi all'intervento che diceva che i cen-

tri per l'impiego non devono fare tutto, vorrei rispondere che non lo fanno per il semplice fatto che i centri per l'impiego sono in via di costituzione. Ma i centri per l'impiego non dovranno farlo da soli, perché il senso della riforma è duplice; l'attivazione di un processo, in un paese come il nostro, non si conclude in due mesi, per cui il mese prossimo non avremo i centri per l'impiego perfettamente funzionanti in tutta Italia. La riforma di governo del mercato del lavoro ha tempi, che non sono rinvii, ma sono tempi necessari. Dire che non ci sarà domani vuol dire che oggi stiamo lavorando così, con questa direzione, questi tempi, queste risorse.

Il senso complessivo della riforma è quello di pensare a interventi fortemente personalizzati. Non è la bacchetta magica, ma questo approccio è in sintonia con l'esperienza che voi avete già fatto, con le cose che ci avete detto, in un'ottica di integrazione di rete tra i servizi. Sarebbe un errore far gravare sul centro dell'impiego l'intero peso dell'intervento. Il problema è che il centro dell'impiego deve considerare tra le funzioni essenziali - noi l'abbiamo detto in un accordo che abbiamo ratificato nella conferenza Stato Regioni, quindi un accordo politico, generale - gli interventi nei confronti delle categorie svantaggiate. Questo è il punto di partenza. Che il centro per l'impiego operi in queste direzioni. Si tratta di definire al meglio le modalità di intervento. Noi abbiamo definito in questi giorni, e lo approveremo formalmente a dicembre, un documento generale che è il master plan dei servizi all'impiego, dove diamo dei tempi per l'attivazione dei servizi su tutto il territorio nazionale. Quindi dei tempi concertati con le Regioni e le Province e le parti sociali e anche un accordo sulle modalità di realizzazione degli interventi.

Una prima verifica sarà a metà percorso, nell'utilizzo delle risorse comunitarie e nazionali della programmazione 2000 e 2006; nel 2003 vorremmo arrivare ad avere servizi che, in tutta Italia, hanno attivato le funzioni essenziali. Dal 2003 al 2006 l'obiettivo è che queste funzioni essenziali siano esercitate in una maniera non adempimentale - cioè l'accertamento delle liste, le iscrizioni, il timbro - ma in una funzione più elaborata, che tenga conto delle necessità dell'individuo e formuli proposte ragionate, pensate, mirate di intervento. Voglio essere chiara su questo punto. Dire, andiamo da qui al 2006, non vuol dire che ci vediamo nel 2006. Vuol dire realisticamente che una riforma di questo paese, per essere una riforma seria, in cui il servizio all'impiego funzioni bene a Rimini, come a Genova, come a Benevento, come a Caserta, come a Poggibonsi, ha bisogno di tempi di programmazione, di verifica. Ora, i servizi all'impiego dovranno operare in un'ottica di rete, di interscambio e così via.

Bisogna evitare due sensazioni: che tutto si fa subito e che tutto si fa chissà quando. L'importante è definire con certezza i tempi, verificare, starci. Vengo alle proposte più precise. La prima che noi faremo, come impegno, scaturisce dalla giornata di oggi, che devo dire per me è stata molto utile, voi sapete che non ho un'esperienza precedente in questo campo, ma è la prima volta che faccio una riunione con voi. È stata utile perché con ROSSI, con altri al ministero, stiamo cercando di attrezzarci per dare continuità all'attività di coordinamento con gli Affari sociali e con le altre amministrazioni implicate. Faremo una proposta successiva anche alle Regioni, di un atto di indirizzo specifico sulla funzione dei servizi all'impiego per quanto riguarda, nell'ambito delle categorie svantaggiate, i soggetti che facciano uso di sostanze stupefacenti. Quindi l'accordo generale c'è: sulla falsariga di quello, né da domani, né con tempi lunghissimi - cominciando a lavorarci da gennaio, per tre, quattro mesi - mi impegno a proporre alle Regioni e alle Province questo percorso preciso. Nell'ambito degli strumenti regionali, cioè dei Por e dei complementi, c'è, come obiettivo, per tutte le Regioni, quello di utilizzare risorse per l'inserimento lavorativo dei tossicodipendenti.

Il quadro generale certo non induce a ottimismi, ma ha predisposto gli strumenti di intervento. Nessuno vi viene a dire: c'è tutto. C'è il quadro giuridico, normativo e le risorse perché ci si lavori, poi il nostro è un paese complicato, le accelerazioni non saranno tutte uguali, però quello che noi dobbiamo verificare è se il quadro generale ci con-

sente degli interventi e di tirare fuori degli strumenti per ricondurre gli interventi in una logica di sistema. Il problema è che nel passato gli interventi o sono stati frammentari, o fondati sulla buona volontà. Il quadro generale perché si faccia un salto, assumendo le esperienze positive in un'ottica di laboratorio in cui la sperimentazione non significhi improvvisazione, ma capacità di gestire le situazioni nuove così come si presentano, già c'è. Con questo non voglio indurre a facili ottimismi, che sarebbero colpevoli, ma voglio semplicemente dire che se vogliamo stabilire un percorso di lavoro che valorizzi quanto di positivo è stato fatto, ma ci consenta di lavorare tutti insieme per un salto di qualità, le condizioni generali ci sono.

Sempre nell'ambito di questa programmazione sui servizi all'impiego e per le politiche attive del lavoro, come Ministero del Lavoro, come amministrazione centrale, abbiamo delle risorse per un'azione di sistema.

Il secondo impegno che posso assumere è predisporre un'azione di sistema sulle cose di cui abbiamo discusso oggi. A me piaceva l'idea della banca dati. Mi dice il relatore che delle banche dati con alcune caratteristiche indicate già esistono, quindi si tratta di mettere un gruppetto a lavorare per capire cosa c'è, per non sprecare risorse, e che cosa invece può essere utilmente approntato, o può servire a integrazione di quello che c'è. Nell'ambito di queste risorse di cui il Ministero del Lavoro dispone per l'azione di sistema, io, in sintonia con la Consulta, mi impegno, nel giro di qualche mese, con ROSSI, a lavorare; faremo delle proposte di intervento, sempre con l'ottica di riconduzione delle cose che si fanno a una logica di sistema, che mi interessava prima, perché la condivido, ma mi si impone oggi, a fronte del decentramento.

Il nostro ruolo non è, non può essere quello di rincorrere pezzi di sistema che si sono dimenticati di lasciarsi a casa: non mi interessa, le Regioni non ci devono vivere così, perché il ministero non ha interesse a una logica di questo genere. Mi interessa indirizzare e coordinare, quindi non gestire piccole cose che qualche Regione distratta ci ha lasciato, ma predisporre insieme gli strumenti complessivi di un governo del sistema in cui ci si riconosca tutti e in cui siamo in grado di individuare gli indicatori che ci consentano di misurare e valutare le cose che facciamo.

I progetti, e quelli di cui parlava ROSSI prima, sono stati bene illustrati e noi li seguiremo con attenzione, proprio in quest'ottica in cui l'amministrazione centrale non fa dodici dei tanti progetti che si fanno in giro, ma segue con attenzione alcuni progetti, nel presupposto che ci possano servire ad individuare sia esperienze positive, sia difficoltà, sia tecniche di trasferibilità. Che poi mi pare l'altro punto sul quale forse abbiamo riflettuto poco, perché anche la trasferibilità non è attribuibile alla buona volontà. Il discorso delle buone pratiche lo facciamo qui come in altri campi, ha un limite, che è proprio quello delle tecniche di trasferibilità, e questo probabilmente è un punto che va rafforzato. Allora questi progetti li seguiremo con interesse, anche con un piccolo gruppo di valutazione, per legare le fasi del finanziamento all'effettivo avanzamento del progetto, con ROSSI, con la Consulta stessa.

In particolare c'è un progetto che riguarda la valutazione dell'insieme dei progetti finanziati con il fondo sociale, e a questo attribuiamo particolare importanza.

Quarto punto: seguire questa problematica in sintonia con l'evoluzione della legislazione. La riforma del collocamento ci sarà tra qualche mese, l'attuazione della legge sui disabili pure. È ovvio che si tratta di campi con una loro specificità, ma da lì, qualcuno l'ha detto, scaturiscono poi delle esperienze che ci possono far riflettere complessivamente; proprio questa idea di collocamento mirato non a caso è nata per i disabili, ma ormai tutto il collocamento dovrebbe essere mirato. Dalle categorie più svantaggiate c'è venuta l'indicazione complessiva che poi sta guidando l'intero processo di riforma. Se non ci fossero equivoci, direi che stiamo andando da un collocamento burocratico ad un collocamento mirato per tutti. Abbiamo cominciato, almeno dal punto di vista normativo, coi disabili. Questo è stato un bene perché ci è servito, almeno dal punto di vista culturale, a richiamare l'attenzione degli operatori sulle categorie svan-

taggiate come non un unico target di beneficiari dei servizi, perché sarebbe un errore, e impoverirebbe complessivamente i servizi, e questo è un errore assolutamente da non fare, ma come uno dei target importanti di intervento dei servizi all'impiego. Guardate anche quello sarebbe un rischio grosso. Se noi dicessimo che i servizi si devono occupare di tossicodipendenti, disabili, ex detenuti, non faremmo un piacere né ai servizi, né alle categorie svantaggiate, perché avvaloreremmo l'idea che il privato competitivo si occupa delle fasce alte e a me questa idea non piace, cerco di contrastarla con molta fatica. Quindi il problema non è tanto e solo che si riconosca la centralità delle categorie con difficoltà, con disagio rispetto ai servizi. È quello di far capire che questa funzione si deve inserire in un ventaglio di compiti, perché l'altro rischio, e voglio essere franca su questo punto, è altrettanto netto. Non voglio di occuparmi delle categorie con disagio e basta, perché questo significa avvalorare l'idea che, con l'interinale, il futuro collocamento privato, o cliccando su Internet, i giovani si cercano da soli il lavoro. E' un rischio molto forte che il sistema deve rifiutare.
Avete posto una serie di piccoli quesiti, più o meno giuridici, sulle misure, sulle tipologie. Non sono in grado di avanzarvi una proposta specifica su questo punto. Ci rifletterò insieme a ROSSI e ad altri. L'ottica è quella del numero verde, ma non deve essere proprio un numero verde, perché occorre dare una continuità rispetto alla quale il ministero può approntare la strumentazione per offrire delle risposte ad una serie di interrogativi anche dal punto di vista pratico, che sempre più per altro aumenteranno, a fronte delle molteplicità di interventi previsti a livello regionale.
Ho sottolineato alcune proposte che condividevo. Su altre riteniamo di poter dire che costituiscono occasione importante di riflessione. Prego il mio collega di aggiungere, e se lo ritiene opportuno, anche di sintetizzare brevemente il dibattito di oggi. Sono state lealmente sottolineate talune disattenzioni del passato, ma è stata anche offerta una collaborazione serena per il presente.»

Dott. Guglielmo MASCI:- «Devo dire, proprio in ultima sintesi, che oggi ho trovato una conferma di quello che la Consulta aveva in qualche modo espresso. Noi pensiamo di proporre all'attenzione del primo ministero, domani, questi quattro punti.
I punti riguardano fondamentalmente la predisposizione di atti di indirizzo ben specifici, la concertazione con i centri per l'impiego. Penserei di suggerire la creazione di un referente presso i centri per l'impiego per le problematiche specifiche, da individuare bene per quanto riguarda le fasce a rischio. Poi l'individuazione e l'elaborazione di strumenti e comunque la pubblicizzazione e la reiterazione degli strumenti che abbiamo utilizzato, per renderli omogenei sul territorio nazionale, e di uscire dall'instabilità occupazionale di cui si è detto attraverso l'applicazione di questi strumenti.
L'altra proposta è operare molto sulla flessibilità della normativa per avviare, a fianco alle procedure e agli atti di indirizzo, progetti che prevedano comunque un tutoraggio che sia accompagnamento, che lavori sul clima dell'inserimento. Lavorerei su questo atto di indirizzo, assolutamente prioritario secondo noi. Inoltre bisogna lavorare sui piani operativi regionali, affinché nell'organizzazione dei fondi, della spesa del fondo nazionale droga a livello regionale, ci sia questo referente dei centri per l'impiego, che agisca sulle Regioni. A questo punto cerchiamo di concertare questi due momenti.
Credo che sullo svantaggio abbiamo detto abbastanza: rivedo le posizioni presentate nell'ambito dell'atto di indirizzo. Per qualcuno lo svantaggio deve durare tutta la vita, perché ti guardano il certificato penale tutta la vita. Per altri, dopo un po' di tempo deve finire. Mi sembra che questa cosa non sia accettabile e quindi bisogna assolutamente reinserire lo svantaggio legato alle difficoltà.
Sulla difficoltà di inserimento, l'accessibilità e l'unificazione delle informazioni, ci sono degli elementi. Penso che attraverso un atto di indirizzo ai centri provinciali per l'impiego si possa avviare e attivare veramente uno strumento operativo. Chi potrebbe farlo meglio di loro? Credo che un altro elemento che vada richiesto è la defiscalizza-

zione di questi strumenti, per quanto possibile chiaramente. So che già questi appesantimenti sono bassi. E' una cosa incredibile però che quando le cooperative fanno le fatture, gli si calcola il 20% e non il 4%. Credo che si possano proporre questi punti di eccellenza. Aggiungerei qualcosa sulla velocizzazione del fondo, su cui possono vigilare sempre i centri per l'impiego, che a questo punto devono essere dei veri e propri operatori di base.

Dopo questa conferenza, devono essere fatte delle conferenze regionali, in cui si riveda quello che è uscito da qui, gli atti di indirizzo che verranno richiesti domani al primo ministro, perché solo così avremo la possibilità di non rivederci nel 2006, ma di rivederci domani nelle nostre regioni.»

ETICA DEI TRATTAMENTI E DELLE PREVENZIONI

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Tanto per rimanere nel tema di etica, credo che mi debba presentare: sono un medico, dirigo un servizio per le tossicodipendenze, la mia area è l'area clinica, sono ancora, a tutt'oggi, in trincea, come diciamo noi nei nostri servizi, quindi da dopodomani mattina ricomincerò a vedere i pazienti e a cercare di fare tutto quello che è possibile nel loro interesse, soprattutto, con quello che conosco. Sono il presidente di Federsert, che è questa associazione degli operatori dei servizi pubblici per le tossicodipendenze, è un'organizzazione che si è costruita man mano e costituita per interessarsi, per dare supporto, per tentare di essere utili anche allo Stato, quando esiste qualche problema. Devo dire che abbiamo avuto un'ottima credibilità con questo governo e ci siamo anche messi in discussione con un giornale che pubblichiamo, un periodico, se qualcuno desidera averlo è su nelle sale centrali, nel palazzo centrale, c'è uno stand della consulta, che è la riunione di tutte le associazioni professionali e scientifiche che riguardano il mondo della tossicodipendenza e degli operatori professionali; è un giornale fatto per l'occasione, di due pagine. C'è una scheda, se la riempite ve lo spediamo volentieri. È gratuito, non ci sono sottoscrizioni da fare. Per chi vuole essere associato è un'altra cosa.

Abbiamo a disposizione, per questo nostro lavoro, mezza giornata; parteciperanno come relatori il dottor Maurizio COLETTI, che da poco è diventato presidente di Itaca Europa, Maurizio FEA, che è il responsabile del SERT di Pavia, il dottor NICOLETTI e la dottoressa MONZALI, del Ministero della Sanità, del Dipartimento della Prevenzione, Padre Giuliano STENICO del Ceis di Modano, la dottoressa Mariella ORSI, antichissima, non per età, ma perché si è interessata di tossicodipendenze tanti anni fa. E hanno chiesto di parlare il dottor INZANI del CORA e padre Bruno FREDIANI, presidente del gruppo giovani, comunità di Lucca.

Volevo solamente dire che parlare di etica in questo campo è veramente difficile. E i riferimenti sull'etica che vanno da Aristotele in poi, sono qualcosa di troppo colto o addirittura troppo variegato per essere calati in questa realtà nostra, dove veramente qualche volta bisogna fare delle scelte particolari. Io ho fatto, per un periodo di tempo, il consulente al Comune di Roma e quando trovammo a Torre Angela, un quartiere degradato della periferia romana, campi di siringhe sotto i palazzi che stavano in via di costruzione, fu una necessità, un atto dovuto accettare che, pur sapendo che erano minorenni, bisognava mettere a disposizione un'unità di strada che per lo meno cominciasse a distribuire le siringhe. E' una cosa sulla quale si può essere contrari o favorevoli, ma distinguere che cosa sia etico in questi casi, quando le armi a disposizione sono poche e quan-

do gli interventi devono avere un risultato, per lo meno un risultato immediato, cioè qualche cosa che sia visibile al paziente, non a chi lo porta a compimento, certamente fu, per uno che veniva da una cultura e da un'etica medica della guarigione, del dovere, di dover sentire un rapporto col paziente che tende alla vita, di passargli uno strumento, che favorisse un altro tipo di intervento, di azione, certamente non era molto favorevole alla propria mentalità. Però lì sembrò opportuno fare questo e poi voi sapete, si è svolto, io parlo di tantissimi anni fa, tutto quanto un processo che è diventato addirittura oggi, per quanto è presente, motivo di discussione sulla riduzione del danno; eppure, nonostante tutto, i risultati sono così evidenti che credo che quelle primissime esperienze oggi sono sostenute e sostengono quelle che sono state scelte successive. Vorrei parlare solamente di due argomenti. Uno è l'accanimento terapeutico. Che è un altro motivo di etica. Abbiamo veramente il diritto di arrivare a forzare la mano? Non solo, ma a proporre terapie verso una direzione o verso un'altra? L'accanimento terapeutico, che è una delle basi del codice deontologico dei medici, ci può dirimere il dubbio? Se uno se lo legge nel codice, sicuramente ha un buon indirizzo, perché finisce di essere terapeutico quando non tende, non ha speranze di arrivare a un miglioramento della qualità della vita, ma anzi è un prolungamento dell'agonia o dello stato morboso. Quindi è quasi, voglio dire, una soddisfazione del medico di sentirsi importante e presente. Mi pare che questo concetto già ne dovrebbe sviluppare molti altri, perché l'accanimento terapeutico è quello delle terapie uniche. Va bene solo la comunità, va bene solo il metadone; si mette al centro del rapporto con il paziente lo strumento, l'arma che uno ha, e non si mette invece il paziente al centro e l'intervento che si può costruire intorno a lui. Questo è senza dubbio uno dei motivi più interessanti sui quali si potrebbe discutere. L'altro è senza dubbio quello della comunicazione, che ha dei processi etici dentro. Io avevo, ho avuto, come si dice, una sequenza di idee e allora qualche tempo fa, su un giornale molto importante, "La Stampa" di Torino, uscì fuori un articolo particolarmente violento. Virgolettato, come è uso dei direttori di giornale scrivere le cose, in una intervista che fu fatta a un notissimo personaggio del mondo della droga, questi rispose in una maniera direi piuttosto violenta e sicuramente non etica. Che nei SERT quello che si faceva era distribuire la morte, dei veleni e che lui sapeva bene che questo doveva essere fatto, perché nei SERT sono tutti farmacisti, anzi, per la verità, spacciatori. Che questo sia virgolettato o no, una comunicazione che arriva attraverso un mezzo stampa come un giornale importante come quello che è "La Stampa" di Torino, certamente ha fatto il giro, nel senso che poi l'ha ripreso come agenzia "Il Corriere della Sera". Che cosa facciamo? Come atto dovuto mi costituisco parte civile e chiedo dei danni morali contro i servizi pubblici? Mi sembrava di enfatizzare la situazione e di arrivare qui con un arma, ormai un procedimento penale, che mi sembrava troppo forte rispetto all'importanza, sia di quello che era stato detto, sia della persona. Poi pian piano, fortunatamente la cosa ha preso proprio una via etica. Allora ho detto: certo, uno che dice siete tutti farmacisti, sono tutti sociologi calcola la laurea in farmacia praticamente un reato; è un reato grosso questo di aver studiato, essersi preparati, essere andati avanti? Non mi sembrava che si dovesse prendere in considerazione. Rimaneva il problema "siete tutti spacciatori". È qui che è stato molto difficile, come dire, di mandare giù questo fatto, perché mi sembrava proprio che fosse un atto dovuto. Io in fin dei conti sono presidente di un'associazione di operatori professionali pubblici i quali hanno due grosse limitazioni: le leggi dello Stato e le evidenze scientifiche. Non è che ce ne abbiamo tante. Noi dobbiamo seguire da una parte quello che dice lo Stato, dall'altra parte le conoscenze scientifiche. Che oggi fortunatamente ci aiutano, perché si può anche fare una medicina per evidenze. Cioè ci si può cominciare, in qualche maniera, a difendere, a lavorare, a mettersi in discussione, a scendere nella propria professione, con anche qualche cosa se si riesce a dimostrare che funziona. L'evidenza scientifica: la cosa che mi è sembrata migliore di tutte, che mi pare mi faccia stare tranquillo su tutti i fronti che mi si presentano, è proprio questa. Raccontiamo il fatto, se qualcuno vuole, andrà a vedere chi è stato, e ognuno ne

tragga le conseguenza. Non mi è sembrato di doverlo enfatizzare. Parlando con la ex consulta, il coordinamento sociale e scientifico, abbiamo avuto un incontro di tutte quante le associazioni e le società scientifiche, proprio per vedere se riusciamo a essere un corpo unico, un qualche cosa di importante che si possa presentare a questo mondo in alternativa, anzi in collaborazione con tutte le altre realtà. C'è sembrato, un po' a tutti, di sminuire questa immanenza troppo forte di notiziacce per fare colpo. Comunque restano i fatti. Credo che non sia etico per un direttore di giornale tutelarsi con delle virgolette; una cosa così grave che riguarda gente che legge e che magari ha un figlio che sta andando bene in un servizio pubblico, o in una comunità terapeutica, e sconvolge la testa a quei genitori che hanno invece questo problema con il quale si confrontano tutti i giorni. L'informazione, la comunicazione deve essere sempre corretta. Le virgolette forse si potrebbero cominciare a non metterle più e ad assumersi le responsabilità. Ora passerei la parola a COLETTI.»

Dott. Maurizio COLETTI:- «Leggerò perché mi sembra in questo modo più opportuno limitarmi nei tempi che sono state dati a tutte le relazioni introduttive di tutte le sessioni di lavoro. Questa sessione di lavoro sull'etica dei trattamenti e delle prevenzioni è stata fortemente voluta dagli operatori, dalle loro associazioni professionali, dalle società scientifiche, che rappresentano una parte importante nel mondo complesso delle tossicodipendenze. Un settore tanto importante quanto frequentemente relegato ai margini di una discussione sulle politiche che è troppo spesso esasperata e drammatizzata da discussioni e scontri pervasi da ideologismi, semplificazioni, demagogia. Aspetti come questi sono un vero flagello che rende difficile lo sviluppo di confronti scientifici e professionali, sempre più indispensabili man mano che il nostro campo di lavoro si presenta più complesso, meno unitario, più articolato. È vero, la stessa materia di cui ci occupiamo, l'uso e l'abuso di sostanze, si presta enormemente a letture morali o moralistiche, e magari etiche. Ma non è di questa etica che vorrei parlare. Anzi, questo versante dell'interpretazione etica, che esonda, con un termine molto attuale, nelle sacche del moralismo di opposta visione, è sempre, a mio avviso, più angosciante e opprimente. Finora vi è stato ben poco spazio per discutere e approfondire invece le questioni etiche che tutti noi sentiamo intrinseche nel nostro operare quotidiano. L'etica quotidiana degli operatori dunque. Il contributo che vi presenterò è evidentemente a titolo meramente personale. E si limiterà a riflessioni, magari non organiche, parziali e necessariamente incomplete su una materia che richiederebbe invece un dibattito più ampio, una riflessione che dovrà proseguire dopo la conferenza. I termini trattamento e prevenzione rimandano inesorabilmente a una condizione di malattia, lo diceva ieri il ministro VERONESI, di stato patologico, che occorre affrontare per ridurla o per debellarla. O per prevenire appunto. Seguendo questo filone utilizzerò in questa relazione sempre il termine di paziente per riferirmi a coloro per cui e con cui pensiamo di lavorare. Il dibattito scientifico che si è sviluppato in questi ultimi trent'anni, nei quali il fenomeno delle dipendenze da sostanze ha visto la sua evoluzione fino al momento attuale, ha attraversato diverse fasi. E diverse sono state le interpretazioni dei comportamenti di abuso e talvolta anche di uso che si sono affacciate sullo scenario. Non è qui il caso di ripercorrere queste fasi anche perché ancora non esiste un'interpretazione unitaria di fenomeni e comportamenti d'altra parte e spesso assai differenti tra di loro. Gridiamo al vento da troppo tempo che definire tutto nella stessa maniera, mettere tutto nella stessa pentola è un errore metodologico, teorico e anche pratico. E quindi clinico. Quello che ritengo importante è tentare una sintesi, ovviamente semplicistica, delle diverse posizioni. Secondo la mia opinione, esiste una corrente di pensiero per cui l'uso - o l'abuso di sostanze - provoca le conseguenze dell'abuso di sostanze. Questo modo forma di affrontare il problema si pone in maniera relativa alla questione delle cause, della eziologia, dei punti di partenza. Ne consegue che tutti gli sforzi sono logicamente diretti verso il ridurre le conseguenze dell'abuso. Altre correnti di pensiero affermano che differenti concause producono l'abuso di sostanze,

che determina le conseguenze dell'abuso di sostanze. Ovviamente non ci si può negare che esiste anche una serie di possibilità per cui le conseguenze dell'abuso di sostanze diventano a loro volta concause di problemi successivi. In questa cornice è chiaro che le conseguenze dell'abuso o dell'uso improprio sono, a loro volta, concause di problemi organici, psicologici e sociali. Pur confermando la priorità temporale di interventi che riducano le conseguenze dell'abuso di sostanze, questo ragionamento intravede una serie composita di elementi e di livelli su cui occorre, a tempo debito, e con il consenso del paziente, intervenire per tentare di affrontare i nodi sottostanti e precedenti al ricorso alle sostanze. Questi due approcci scientifici si confrontano. Forse con fatica e con meno frequenza di quanto sarebbe necessario. Ma sono ambedue basati sul fatto che si sta affrontando una condizione patologica. Nel novembre del 1998 le associazioni e società scientifiche e professionali degli operatori presentarono una proposta per linee guida etico - deontologiche degli operatori. In essa vi era un'affermazione che vorrei qui riportare. "L'operatore che lavori in strutture pubbliche o private riconosciute, qualunque sia il tipo e il livello di professionalità che lo qualifica, dovrebbe essere consapevole che il disturbo da uso e abuso di sostanze, oltre agli effetti diretti legati all'abuso e alla dipendenza, è espressione e o contemporaneamente causa di un grave disagio bio - psico - sociale della persona. Altro è invece dire che tutto il problema nasce da un ricorso alle sostanze, che sarebbe più o meno normale se non vi intervenissero gli aspetti secondari, le condizioni in cui questo uso deve svolgersi". Qui non vi è ombra di dubbio. È indispensabile iniziare il lungo e a volte dimenticato iter di differenziazione tra sostanze, che non sono tutte uguali, e soggetti, che non sono tutti uguali. Su queste basi, che immagino non siano condivise da tutti, tenterò di focalizzare alcuni punti di straordinaria complessità nell'operare quotidiano. Credo che vi possa essere consenso nel ricordare che l'operatore dei trattamenti deve avere sempre presente l'imperativo del "primo non nuocere". L'operatore deve essere capace di una visione del suo paziente la più ampia possibile, completa e mai riduttiva. L'operatore deve sempre fare riferimento a principi epistemologici chiari ed evidenti. L'operatore deve sempre riconoscere la differenza tra uno strumento terapeutico, che di per sé può anche essere neutrale, e l'uso che se ne fa, la cornice che accompagna questo uso, gli obiettivi che si vogliono perseguire tramite quel determinato strumento. Esistono poi alcuni aspetti generali di carattere etico e deontologico che sovrastano tutte le questioni relative alla cura. Carlo VALENZI ne ha citato uno, rispetto all'accanimento terapeutico, io ne citerò solo un altro che mi sembra sia quello in assoluto più rilevante. Qualcuno definisce il paziente tossicodipendente come capace di intendere, ma incapace di volere. A seguito di questa formazione si è voluto, soprattutto nel passato, rendere plausibili forme di trattamento obbligatorio o coercitivo. Detto che il trattamento sanitario obbligatorio è finanche regolato per legge in alcuni casi, e non solo in psichiatria, si tratta di affermare alcuni principi non discutibili. Enzo GORI così li definisce: il riconoscimento dell'individuo come agente morale libero di scegliere; il riconoscimento della neutralità dello Stato nei confronti della varietà di concezioni di vita buona cui ogni individuo decide di attenersi. Propongo che questi siano considerati aspetti non discutibili di una concezione bioetica dei trattamenti. Ma quali sono allora i momenti di complessità a cui mi riferivo poc'anzi? Sarebbe presuntuoso pretendere di esaurire esaustivamente tutte le questioni in ballo, cercherò allora di tratteggiare quegli aspetti che dal mio soggettivo punto di vista mi sembrano più rilevanti. Non solo, ma riconosco che a molte domande, che porrò di seguito, non ho risposta certa. In forma sostanzialmente differente da ciò che accade nella pratica della medicina corrente, il paziente dell'operatore delle tossicodipendenze è portatore di una visione di sé stesso, e della sua situazione, frequentemente molto chiara e definita. Come molto spesso si è definita la tossicodipendenza come auto terapia o auto trattamento, si può affermare che il paziente si presenta con una auto diagnosi, a volte e spesso, raffinata. E con una richiesta di trattamento a volte molto definita. È possibile qui allora che le idee dell'operatore non coincidano con quelle del paziente, sia per quello che riguarda la diagnosi, sia per quello

che riguarda il trattamento. Nella pratica medica tradizionale questo è un caso relativamente raro. Immaginiamo che cosa accadrebbe se un paziente si presentasse in ospedale dicendo che lui è sicuramente affetto da una determinata patologia e che richiede quel determinato trattamento. Magari un intervento chirurgico effettuato secondo certe tecniche. Oppure un certo farmaco in certi dosaggi. Questo evento, relativamente raro in questi contesti, si presenta con grande frequenza nell'attività di trattamento delle tossicodipendenze. E questo crea un problema dal duplice aspetto: l'operatore può pensare, in scienza e coscienza, che la richiesta di quella prestazione, di quel trattamento, sia non utile, magari dannosa per quel paziente. L'operatore si potrebbe ritrovare in una situazione in cui la sua azione si limita ad eseguire quello che il paziente chiede. Il primo aspetto è drammaticamente imponente. Se la conoscenza dell'operatore è in grado di prevedere che un determinato trattamento sarà più dannoso che utile, che cosa può fare? È sufficiente che informi il paziente su questa possibilità? Deve astenersi, in una sorta di obiezione di coscienza? Noi partiamo sempre dalla convinzione che la libertà del paziente è intangibile e che esiste una sola strada del trattamento: quella di procedere con il suo consenso. Eppure, fin da Hegel e Spinoza, si è discusso del rapporto che esiste tra libertà e necessità razionale. È corretto allora parlare di libertà, in assenza o in opposizione alla razionalità? Michele SCHIAVONE nega che si possa considerare un autentico rispetto per la libertà individuale indulgere a richieste del malato qualora siano prive di razionalità e siano lesive della prioritaria finalità del malato stesso. È qui del tutto evidente la centralità della distinzione che ho proposto in apertura tra una visione della tossicodipendenza come malattia o invece come stato patologico solo conseguente al contesto in cui si sviluppa una determinata attività umana. Il secondo aspetto a cui ho fatto riferimento è apparentemente più semplice e meno gravoso. Si tratta intanto di non considerare plausibile un rapporto tra operatore e paziente, alla maniera per cui il primo sia una sorta di juke-box, una macchina in cui inserire una moneta e attendersi quella determinata musica. Per fare ciò non sono necessari medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri e così via. Non sono necessari sforzi, risorse, tempo per la formazione di base, per le specializzazioni e per l'aggiornamento. Si crede invece importante creare un incontro tra operatore e paziente in cui sia possibile un influenzamento. Una risposta non banale alle richieste, un percorso di presa in carico, di prendersi cura, fatto di rispetto, di ascolto, di accoglimento, di suggerimento. Date le caratteristiche di questo incontro, è possibile che l'operatore fraintenda totalmente il suo ruolo. Sono proprio le dimensioni e gli aspetti basilari dell'incontro con una situazione drammatica, come quella presentata dal paziente dipendente, che lasciano scoperte corde sensibili del vissuto dell'operatore. Sono sicuro che molti di voi sanno a che cosa mi riferisco se chiamo ancora una volta questo rischio la sindrome da salvator mundi. Chi indulge in questa dimensione, senza proteggersi, senza riflettere, senza farsi aiutare, si pone al di fuori di scelte deontologiche basilari, che debbono pervadere il nostro operato. Gli operatori dei trattamenti non devono e non possono sentirsi investiti della missione di cambiare la vita, le convinzioni, le abitudini, le scelte dei loro pazienti. Ciò significa che occorre mettere al centro del trattamento una relazione terapeutica biunivoca. E solo in quanto relazione tra soggetti il trattamento può svilupparsi in un ambito eticamente corretto. Passerò ora ad accennare i numerosissimi quesiti etici che sono insiti nel rapporto tra gli operatori dei trattamenti e il sistema giudiziario, il quale si basa sul dettato di leggi e sulla frequente interpretazione di esse. Molto si è discusso in altre occasioni sulla validità di un approccio che scambi il carcere con il trattamento. Abbiamo sentito parlare ieri i ministri, su questo i ministri della Sanità, degli Affari Sociali, della Giustizia. E altrettanto spesso è stato detto, ripetuto fino alla noia, che non esiste nessun trattamento senza compartecipazione piena del paziente. La compliance è un elemento riconosciuto da tutti come decisivo per il buon andamento di qualsiasi terapia. Non voglio qui indulgere in una discussione sulla validità di terapie scelte o scambiate per non andare in carcere. E nemmeno voglio ripetere la convinzione mia e di molti altri del danno della detenzione

sul soggetto tossicodipendente. Vorrei richiamare la vostra attenzione sui dilemmi etici che molti operatori incontrano quando da loro dipendono evoluzioni più o meno drammatiche dell'esistenza di un paziente detenuto o comunque inquisito, processato, giudicato. Da una relazione di un operatore sulla recuperabilità di un soggetto, un magistrato può decidere se concedere attenuanti, se trasformare la pena in trattamento. Da una relazione sull'andamento di questo trattamento dipende o può dipendere la decisione di un magistrato se far proseguire o meno il beneficio della pena alternativa da scontare fuori dal carcere. Da un parere di un operatore sull'avvenuto recupero, può dipendere la decisione definitiva del magistrato. La questione non è incentrata sul carico di responsabilità che tutto ciò comporta per gli operatori e nemmeno sulle pressioni, a volte violente, a cui un operatore può andare incontro in questa situazione. Voglio qui riflettere sulla sostanziale diversità di filosofia di base, sulla differente epistemologia del sistema giudiziario e del sistema di trattamento. Il sistema giudiziario è, tra l'altro, fondato sulla necessità di identificare la colpa di un soggetto, stante una determinata legge. Il sistema dei trattamenti non si può mai porre la questione della colpa, né soggettiva, né oggettiva. In quanto basato su una relazione di aiuto, un trattamento andrà alla ricerca delle opportunità, delle potenzialità di un paziente, accetterà come base la sua soggettiva richiesta. Ecco qui l'enorme differenza tra i due sistemi: l'uno basato su un concetto binario, colpa, o responsabilità, e non colpa; l'altro sulla ricerca delle differenze, dei toni di grigio. Capisco che questa semplificazione potrebbe far inorridire qualche magistrato o giurista, ma mi è utile per indicare un altro nodo della questione etica dei trattamenti. È possibile rispondere alla domanda sull'avvenuto recupero di un soggetto? O sulla sua futura recuperabilità? Quante relazioni consegnate ai magistrati sono piccoli capolavori di ipocrisia, di dire e non dire, di circonlocuzioni complesse per non poter affermare l'impossibilità della risposta. Io non ho soluzioni a questo aspetto e mi limito qui a segnalarlo come un frequente problema di natura anche etica. Non è plausibile pensare ai trattamenti in una cornice blindata, senza prendere in considerazione le relazioni, le ricadute che si possono avere sul sistema sociale, sulle persone più vicine al paziente, sulla popolazione di un determinato territorio, sulla popolazione in generale. Pur se meno evidente e drammatico, il fenomeno di rigetto degli abitanti di quartieri o zone abitate, ma anche di zone rurali, alla installazione di centri di trattamento dei tossicodipendenti, è stato assai pronunciato ed evidente. Gli statunitensi dicono, come ricorda Enzo GORI, nimby sindrorm o not in my backyard, che non si potrebbe tradurre in "fate qualcosa ma non sotto casa mia". Inevitabilmente quindi il sistema sociale reagisce e interagisce non con i trattamenti isolati, ma soprattutto con i sistemi e i centri di trattamento. D'altra parte, trattamenti probabilmente graditi a grandi fasce di popolazione sarebbero, o sono, molto offensivi dei diritti dei pazienti, presentandosi come privazioni della libertà personale non necessaria, limitazioni della libertà di movimento, mancanza di tutela delle minoranze. Anche la pratica delle prevenzioni non è immune da considerazioni e doveri etici. Ma innanzitutto è opportuno riflettere su come l'approccio preventivo in generale, quando applicato ai problemi di uso e abuso di sostanze, non solo porta allo scoperto gli aspetti etici e morali già più volte richiamati, ma non permette di applicare con semplicità le categorie concettuali e di intervento tipiche delle prevenzioni in altri campi. La priorità delle prevenzione è molto spesso richiamata a gran voce. Ad essa direttamente e indirettamente sono destinati una parte preponderante dei fondi a disposizione. E anche le differenti pratiche preventive devono confrontarsi con le questioni etiche insite nei loro interventi. Se, per quanto riguarda l'etica dei trattamenti abbiamo già alcune, magari controverse, proposte, non si ha traccia dello stesso processo nel campo delle prevenzioni. Vorrei limitarmi a segnalare due aspetti che ritengo molto rilevanti. Il primo è relativo all'importanza di atteggiamenti e di scelte preventive, che rispecchino profondamente i soggetti a cui queste scelte si rivolgono. Come nel caso dei trattamenti, è indispensabile conoscere ed accettare, non sfidare, le convinzioni di gruppi target. Sia che si tratti di azioni informative, sia che siano messe in campo azioni dirette agli stili di vita,

dirette a gruppi target intermedi, o alla rimozione di alcune delle concause che si pensa alla base di un determinato fenomeno, occorrerebbe sempre partire dal presupposto che l'azione preventiva vuole influenzare scelte, comportamenti individuali e collettivi. Ma che cosa pensano dell'azione preventiva i soggetti destinatari? Qual è la loro richiesta? Esiste una richiesta? Come è possibile interpretarla? È giusto interpretarla? Come fare fronte alla molteplicità di sensibilità, di opinioni, di convinzioni di un gruppo target? Non credo che vi siano risposte convincenti a questi quesiti. L'aspetto più importante diviene allora quello di porsi comunque questa domanda e lasciare che influenzi, in qualche modo, le scelte operative. Il secondo punto che permetterebbe di aprire una questione etica nel campo delle prevenzioni è un aspetto che definirei, in prima battuta, metodologico. Troppo spesso, anche nel recente passato, abbiamo sorvolato su alcuni passaggi decisivi dei programmi di prevenzione. Si può definire etica allora una scelta che renda obbligatori i seguenti passaggi, sia nella progettazione dell'azione che nel suo svolgersi. Un'azione preventiva dovrebbe dichiarare i suoi obiettivi specifici fin dai suoi momenti preliminari. Non è più accettabile una generica, quanto insufficiente, definizione di prevenzione dalla droga, o della droga. Un'azione preventiva scientificamente orientata deve dichiarare i suoi metodi e le teorie sui cui si basa sia la scelta degli obiettivi, che la scelta dei metodi stessi. Un'azione preventiva deve chiarire gli indicatori di esito e di processo che siano correlati ai suoi obiettivi generali e specifici. Un'azione preventiva deve confrontarsi con la valutazione dei suoi risultati. Molti di voi riconosceranno in questi punti proprio gli aspetti legati alle necessità di implementare in maniera scientifica le azioni di prevenzione. La mia convinzione è che questi passaggi corrispondano anche all'esigenza di un'etica delle prevenzioni. Non bisogna dimenticare che nel campo dell'intervento sulle tossicodipendenze esiste una realtà viva quand'anche ancora poco coordinata di ricerca. E di ricerca abbiamo molto bisogno. Tutto il settore è così ancora poco unitario, così variegato, così attraversato da ipotesi non conclusive da rendere indispensabile ricerche rigorose, approfondite, di lunga durata. Anche il campo della ricerca biomedica in generale ha da tempo affrontato i numerosi problemi di carattere bioetico che sono insiti nello svolgimento dell'attività di ricerca. Manca qui il tempo per un'accurata disamina di tutti gli aspetti etici di grande rilevanza in questo settore. E quindi mi limiterò a segnalare che è ormai usanza consolidata, affrontare i risvolti etici di ogni ricerca fin dalla sua progettazione e di farne esplicita menzione nel protocollo. Vi possono essere inoltre casi in cui sia consigliabile l'istituzione di un apposito comitato etico, bioetico, composto da esperti legali e anche, quando è necessario, da rappresentanti dei pazienti. Vi è infine un problema di rilevanza etica non discutibile nell'approccio generale ai dati che riguardano i pazienti in trattamento. Tanto è necessaria e sollecita un'azione che la qualità dei dati a disposizione sul fenomeno, quando si rende non indifferibile un'attenzione rigorosa in difesa della privacy degli individui. Giusto recentemente stiamo discutendo dell'esigenza di passare da una raccolta di dati epidemiologici aggregati ad un sistema di cosiddetti dati individuali. Questo significherà avere, a medio termine, una rappresentazione del fenomeno in forma quantitativa e qualitativa più affidabile e poter contare su questi per indirizzare meglio le politiche di intervento. Ma si dovrà passare attraverso un sistema ferreo di codificazione che impedisca sempre di risalire ai soggetti in trattamento. Già da diverso tempo, inoltre, tutto il sistema sanitario è investito da aspetti come quelli del trattamento dei dati sensibili, che rappresentano nel contesto specifico ulteriori difficoltà, in quanto alcuni comportamenti dei pazienti in carico sono, o possono essere considerati, reati perseguibili e oggetti di indagine. Di fronte a una vera sperequazione tra lo spazio dedicato all'etica del consumo e dell'uso e dell'abuso, sembra indispensabile trovare occasione di incontro e di riflessione per giungere alla individuazione di linee di guida etiche che siano condivise da tutti gli operatori. La breve carrellata di problemi che mi sembra di avere individuato, come ho già detto in apertura, non è affatto né completa, né organica, né tantomeno può essere considerata parzialmente o totalmente condivisibile. È necessario allora

assai presto trovare energia e volontà per affrontare questi aspetti così delicati delle pratiche cliniche, in generale per i trattamenti, e preventive. Innanzitutto individuando il confine tra la discussione, il confronto e lo scontro politico - sociale sulle droghe, le conseguenze etiche dell'operato quotidiano degli operatori. Non che questi vogliano sottrarsi per principio ad una tematica come quella indicata. Ma occorre cercare e trovare risposta ai mille quesiti che affollano le nostre menti quando siamo di fronte ai nostri pazienti o al lavoro sui nostri programmi. Vi è inoltre l'esigenza di stabilire un altro limite. Quello che separa le responsabilità politiche e amministrative da quelle professionali. Se la legge stabilisce le cornici, impone doveri, indica opzioni generali, deve proprio entrare nelle scelte terapeutiche? È possibile che in Italia si sia dovuto fare un caso nazionale e assistere anche a una pesante speculazione sul caso della terapia DI BELLA? Invochiamo uno sforzo per un maggiore rispetto dei campi di azione. Non è corretto, ad esempio, che siano gli operatori a decidere sull'impiego delle risorse. Questa è responsabilità dei politici e degli amministratori che hanno il compito difficile e delicato di stabilire le priorità e con esse la direzione complessiva delle azioni sul campo delle droghe. Ma non può essere ragionevole nemmeno che sia la società politica ad entrare pesantemente nel campo scientifico e professionale, indicando cosa è buono e cosa non lo è. Occorre infine cogliere saldamente il nesso tra etica dei trattamenti e delle prevenzioni e giustizia e l'amministrazione di essa. Va da sé che uno dei principi etici che deve guidare l'operatore è il rispetto della legge e delle leggi. Ma è necessario discutere dalla nostra parte, a fondo, i casi dove la legge o le leggi confliggono con ciò che l'operatore pensa indispensabile per curare un paziente. E gli altri casi dove, come richiamato, le domande di un magistrato non hanno risposte ragionevoli o plausibili. Si può pensare praticamente che sia una delle sessioni permanenti della consulta degli operatori e degli esperti, magari in sinergia con il comitato nazionale di bioetica, a rappresentare l'occasione di un confronto approfondito che, tradotto in documenti e in linee guida, possa essere la base per una consensus conference da organizzare tra un anno. Anche un tavolo di confronto tra associazioni, società ed altri soggetti potrebbe produrre idee e suggerimenti alla società politica oltre che riflessioni su questo aspetto dell'etica. Oltre ai punti già citati, alcuni punti di partenza irrinunciabili per gli operatori sono le pratiche basate sull'evidenza, e quindi un approccio etico ai trattamenti e alle prevenzioni che si può solo basare sui dati scientifici e sui risultati di studi rigorosi; e la libertà terapeutica, intesa come scelta consapevole di ogni operatore delle soluzioni, nell'esclusivo interesse dei suoi pazienti. I confini sono rappresentati dal fatto che ogni operatore non è isolato, né si isola con i suoi pazienti in un mondo a parte. È quindi tanto importante riconoscere all'operatore la sua autonomia professionale e la centralità della sua relazione con il paziente, quanto è indispensabile che l'operatore sia consapevole della portata, anche sociale, del suo operato. Ci aspetta quindi un cammino da intraprendere con serietà e consapevolezza il cui fine ultimo è quello di migliorare le pratiche cliniche e preventive, nel trasparente interesse dei nostri pazienti.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Mi sembra che nella cavalcata che hai fatto ci siano moltissimi motivi di riflessione, anche di memoria, da tenersi da parte, da andare a rivedere con calma, da rimettere sul proprio tavolino per poterci ritornare. Volevo solamente leggervi, nel codice deontologico, la parte sul consenso informato, che è un parte importante, voglio dire, di questa relazione fatta da COLETTI, recita testualmente: "il medico non deve intraprendere attività diagnostica o terapeutica senza il consenso del paziente validamente informato". Il consenso è espresso in forma scritta nei casi in cui, per la particolarità delle prestazioni diagnostiche o terapeutiche, o per le possibili conseguenze sull'integrità fisica, si renda opportuna una manifestazione inequivocabile della volontà del paziente, e questo è integrativo e non sostitutivo del consenso informato. Come vede, se poi uno va a leggere dettagliatamente le cose scritte - per esempio, i medici sono tenuti, essendo iscritti all'ordine dei medici, a rispettare questo codice deon-

tologico - cominciano ad avere dei problemi etici seri con sé stessi. Perché il codice dice anche che il medico ha il dovere di dare al paziente, tenendo conto del suo livello di cultura e di emotività e delle sua capacità di discernimento; la più serena e idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive terapeutiche e sulle verosimili conseguenze della terapia e della mancata terapia, nella consapevolezza dei limiti delle conoscenze mediche anche al fine di promuovere la migliore adesione alle proposte diagnostiche. Credo che, davanti a un peso così forte di quello che poi è scritto, quindi la testimonianza cartacea, forse ad ognuno di noi viene in testa quello che accade a volte con i pazienti nostri quando, certe volte, ci preoccupiamo di essere assai direttivi e dire: senti, insomma, devi scalare di un milligrammo, fa' come te pare.»

Dott. Giovanni NICOLETTI:- «Sono un medico, lavoro al Ministero della Sanità, all'ufficio che secoli fa si chiamava Servizio Centrale per le Dipendenze, adesso è un ufficio del Dipartimento alla Prevenzione in cui si fanno tante cose, forse troppe. Comunque sia, mi occupo soprattutto di raccolte dati e di aspetti legali, quindi faccio delle cose un po' strane. Confesso che, sin da quando è stata proposta la creazione di questo gruppo di lavoro, ho avuto grossi pensieri per la testa su che cosa volesse significare in effetti il lavoro di oggi, dubbi che mi sono rimasti fino a stanotte, quando ho dovuto decidere alla fine, definitivamente, che cosa avrei detto e spero di non dire troppe sciocchezze. Questo perché secondo me, nonostante la bellissima relazione che ha fatto Maurizio, ci sono addirittura dei problemi di definizione in questo settore.
Che cosa vuol dire l'etica? Ci sono molti modi di intendere questa parola. C'è sicuramente quella che è più conosciuta, l'etica assiomatica per non dire dogmatica, cioè una disciplina che verifica sostanzialmente la coerenza di certi atti e comportamenti rispetti a dei paradigmi di base. E' inutile sottolineare che questa, tutto sommato, anche se l'impronta che ha dato il dottor COLETTI è stata ben diversa, è la visione che ha regnato fino adesso, fino a ieri mattina. Anche in questa conferenza si sono sentiti degli ottimi esempi di etica assiomatica e anche delle presentazioni di documenti ispirati a questa visione dell'etica. Le visioni assiomatiche naturalmente possono partire da presupposti molto differenti e portare a delle concezioni e a dei risultati completamente opposti. C'è un'altra etica, che è l'opposto di questa e che, tutto sommato, ritengo di dire che ha ispirato tutta la giornata di ieri, l'etica del relativismo, che si preoccupa soprattutto di garantire la possibilità di espressione delle varie visioni del mondo, fermo restando che in questo campo abbiamo anche bisogno di trarre delle conclusioni e questo, ovviamente, non si è verificato ieri e, temo, non si verificherà neanche in questi giorni. Molto più pragmaticamente, almeno nello sviluppo recente della medicina, si va affermando una visione dell'etica molto più operativa, quella che poi si è tradotta anche nella creazione dei comitati etici che tutti oramai conoscono. Questa non ha praticamente niente a che vedere, se non il nome, con queste precedenti visioni. Si tratta in realtà di un'attività di tipo professionale, come dicevo, che ho cercato di sintetizzare, dando una definizione, ce ne possono essere di molto migliori. È un'attività svolta solitamente in forma di gruppo multidisciplinare, il che vuol dire che le persone che ne fanno parte sono tutti degli esperti tendenzialmente, anche se spesso si cerca di inserirci delle rappresentanze dei pazienti. Tuttavia, normalmente, non sono persone che fanno la stessa professione. Ho apprezzato molto nelle conclusioni di COLETTI il fatto che lui sia partito da queste linee guida, forse ottime, ma un po' autoreferenti, fatte dalla consulta degli operatori qualche anno fa; adesso si cerca di allargare il discorso ad altre figure professionali che stanno in altri comitati che non hanno niente a che vedere con la tossicodipendenza. Questo perché in questa visione dell'etica c'è, da un lato una forte autonomia professionale, dall'altro è indubbio che sussistano delle forme di controllo. Questa è, direi, la caratteristica essenziale. L'oggetto di questa attività, che forse è quello che ci interessa di più, è trovare delle soluzioni, non parlare punto e basta, perché questo poi, secondo me, alla fine è il discorso. Tenendo presente che su alcuni tipi di problemi le soluzioni semplicemente di tipo scientifico pos-

sono non essere sufficienti. Non parliamo della tossicodipendenza, parliamo dei trapianti. È chiaro che nel campo dei trapianti ci sono degli elementi di giudizio tecnico scientifico molto importanti. Però l'ultima decisione su quel che fare o che non fare non può essere ricondotta esclusivamente né ai criteri scientifici, né, men che meno, al giudizio di quelli che sono esperti di questi criteri scientifici. Non so se questa visione è condivisa, però, insomma, mi pare che era da lanciare un attimo un messaggio. Passando invece al tema specifico che avrei preferito evitare, però non si può rimanere sempre nel generico, chiaramente nel campo dei farmaci sostitutivi ci sono una serie di aspetti molto difficili da discriminare. Per quanto riguarda gli aspetti scientifici dei farmaci sostitutivi, avremmo potuto parlare tutta la giornata, ma, tanto per fare le citazioni aristoteliche, penso che tutti voi conosciate questo libretto "Principi del trattamento delle dipendenze", fatto dal National Institute of Drug Abuse, che comunque è disponibile sul sito Internet del Naida, è scaricabile. Un libretto che non pretende di essere un manuale, ma che è scritto in maniera estremamente sintetica e intende, in poche frasi, raccontare a chi fa questo lavoro quali sono le conclusioni scientifiche assodate sull'argomento. Contiene una frasetta molto semplice: sono molto efficaci nell'aiutare gli individui con dipendenza da eroina ed altri oppiacei, scusate per l'inglese però per far vedere che non è una frase mia, così non ci sono dubbi, a stabilizzare la loro condizione di vita e a ridurre il loro uso di droghe illecite. Chiaramente questo è un aspetto specifico, poi si potrebbe declinare in molti aspetti, quello degli effetti a lungo termine, quello degli effetti più a breve termine, quello degli effetti sulla qualità di vita, rispetto agli effetti sull'uso di sostanze in sé e per sé. Comunque sia è una conclusione scientifica. Ripeto, ne prendiamo una, potremmo metterne altre venti, ma non è questo che ci interessa. Quello che ci interessa è che c'è comunque un consenso scientifico su alcune posizioni. Gli aspetti legali, ne parliamo molto così, tanto per ricordarli, anche perché su questo, in effetti, le cose non è che sono poi così chiare come tante volte si pensa, perché c'è stato un sovrapporsi, fra il referendum, le circolari, gli annessi e connessi. Per cui, in realtà, cosa rimane, perdonatemi le pessime diapositive. Rimangono sostanzialmente gli obblighi che concernono la prescrizione delle sostanze, che riguardano sostanzialmente dei formalismi di compilazione delle ricette; il quantitativo di preparazione prescrivibile, il famoso dosaggio non superiore a otto giorni. Adesso c'è anche questo problema dell'accordo di Schengen, che in realtà prevederebbe la libera circolazione dei farmaci con i pazienti fino a trenta giorni, però di fatto questa disposizione in Italia, almeno per gli italiani, non è applicabile fino a che non si cambia la legge italiana, però c'è una contrasto di norme. Poi c'è il famoso articolo 83 che riguarda le prescrizioni abusive, che praticamente estende le pene previste dall'articolo 73, che è il reato di spaccio, alla prescrizione delle sostanze stupefacenti o psicotrope per uso non terapeutico.

Questo è ciò che dice la legge; il problema poi è che cosa significa l'uso non terapeutico. Se per uso non terapeutico, con un'interpretazione che qualcuno fa ancora, ci si riferisce alle autorizzazioni effettivamente emesse all'utilizzo di questi farmaci, ci sono soltanto tre farmaci al momento che sono registrati per l'uso nel trattamento delle dipendenze. E sono: il metadone per via orale, perché il metadone per uso endovenoso non è registrato per questo scopo; la buprenorfina, che però è entrata in questa forma nell'inizio di quest'anno, prima stava nella condizione di non esserlo; e l'alfacitilmetadolo che è registrato da qualche mese prima della buprenorfina, ma tuttora ci sono vari problemi di approvvigionamento. Ovviamente, diciamo, non ci vuole molto a vedere che ci sono dei conflitti, come è già stato detto, tra l'aspetto legislativo e quello scientifico. Al di là di quelli che sono concretamente gli aspetti di conflitto, c'è un proprio discorso metodologico di fondo da affrontare.

Il primo, più banale. Le leggi si cambiano una volta ogni vent'anni. È chiaro che non si può cambiare una legge ogni volta che esce una pubblicazione scientifica, mentre si possono cambiare delle indicazioni tecniche, magari non ogni due mesi, ma una volta all'anno o ogni due anni. Anzi è la regola che nel campo scientifico ci sia una modifica con-

tinua delle indicazioni. Questo non può essere chiesto onestamente a una legge. Quindi è comprensibile che gli operatori a ogni convegno vadano a tirare la giacchetta al ministro o al parlamentare di turno per cambiare delle norme che li pongono in condizioni di difficoltà, però questo ovviamente non è realistico. C'è poi la caratteristica differente, la sede e la modalità di produzione delle leggi rispetto ai documenti scientifici. Allora, per quanto si cerchi di fare, vedete tutti i ministri che dicono "sì, grazie per averci aiutato, grazie di qua, grazie di là", sono due meccanismi completamente diversi. Il meccanismo delle regole democratiche, delle alzate di mano, delle opinioni che possono cambiare anche di sei mesi in sei mesi, a seconda del numero di persone che hanno quella o quell'altra opinione, e invece il metodo dell'evidenza scientifica che ha tutt'altre metodologie. Ovviamente questo che cosa crea? Crea dei problemi pratici e di questo è proprio superfluo parlarne, non solo qua, ma in generale, perché sono noti a tutti. Però quello che forse è meno evidente, è che c'è anche un conflitto tra ruoli giuridici degli operatori. Magari non ruoli giuridici dello stesso piano, però fra operatore che rispetta le leggi e che rischia di fare un danno al paziente, che ha l'obbligo giuridico di tutelare, non è semplicemente una persona che entra a contatto con un'altra. E questo conflitto chi lo risolve? Magari la legge da un lato chiede all'operatore di fare una cosa per rispettarla, dall'altro impone però all'operatore di curare le persone. Obbliga l'operatore, adesso anche sempre di più, ad andare a cercarli i pazienti, andare per strada, andare a contattare le persone difficili, a non accontentarsi. Come si conciliano queste due cose diverse che vengono chieste, sempre a titolo legale, badate bene, non soltanto a titolo professionale. Quindi di fatto questo crea un problema etico? Di scegliere tra due posizioni giuridiche, tra due obblighi di pari livello morale, consentitemi questa parola. È chiaro, Maurizio ha abilmente detto che bisogna fare l'uno e l'altro, però il problema è dove trovare l'equilibrio di queste cose. Qua parliamo veramente più a ruota libera. La sintesi etica di cui parlavo prima potrebbe aiutare ad avviare un tentativo di soluzione di questi problemi? Ma probabilmente sì. È una scienza molto giovane, è un qualche cosa che nel campo delle tossicodipendenze è ancora più giovane, però forse ha qualche strumento per dare qualche risposta. Per esempio, dicevamo prima, per risolvere questioni dal punto di vista strettamente scientifico non risolvibili. Per esempio, il confronto tra due outcome relativamente positivi dello stesso soggetto. È meglio che non muore o è meglio che guarisce? Lancio la battuta così, per estremizzare. Il che poi tradotto, tra soggetti di popolazione, vuol dire: come posso confrontare un trattamento che aumenta la mortalità ma aumenta anche, ammettiamo che esista, perché questo è compito delle scienza stabilirlo, il numero delle persone che sono definitivamente recuperate. È chiaro che in termini scientifici non si può fare una scelta tra queste due cose. È una soluzione che può trovarsi soltanto in un ambito etico. Confronto poi ancor più spinoso tra obiettivi di salute di soggetti diversi. Tanto per essere molto provocatori. Il caso, che ha suscitato grande scalpore, del neonato morto per una dose data dalla madre affidata ad un servizio. È chiaro che in termini scientifici, adesso prescindiamo dagli aspetti legali, è un discorso che non si pone. È un effetto collaterale possibile, molto sfavorevole ma estremamente raro, rispetto a un trattamento, che, come dicevamo prima, ha ampia e dimostrata efficacia. Tuttavia, in termini etici, questo problema invece esiste. Non sono due aspetti commensurabili; il buon risultato su molti pazienti e la morte di una persona con un bambino che non c'entra nulla. Anche su questo bisogna trovare delle sedi dove poter trovare degli strumenti di discussione. La comparazione tra trattamenti di pari efficacia. È chiaro che qua il problema è ancora più complesso. È stato accennato, per esempio, al discorso dei trattamenti sanitari obbligatori. Per esempio, una delle cose abbastanza curiose di quel libro che vi dicevo prima del Naida, e che è una frase categorica, è che la volontarietà del trattamento non ha alcun influenza sui risultati dello stesso. Questa è la conclusione della comunità scientifica, anche in parte discutibile, per lo meno se riferita ai nostri modelli di intervento europeo, perché è molto basata sui modelli di intervento nel carcere che si fanno negli Stati Uniti. Però ammesso che sia scientificamente fonda-

ta, e, diciamo, la scienza non è in grado, a questo punto, di discriminare tra un trattamento potenzialmente lesivo di altri diritti, forse anche più importanti di quello alla salute, e un trattamento che invece li rispetta. Questo è sicuramente un campo di applicazione di una sintesi etica, non di una sintesi scientifica. Parlavamo prima, non perché volevo io, ma perché lo dice la legge, delle prescrizioni non terapeutiche. Questo significato non terapeutico va definito in qualche maniera. Un modo di definirlo dal punto di vista scientifico, è quello dell'efficacia. Però, dal punto di vista dell'etica, forse il discorso è un po' più complesso, perché non può tenere conto di aspetti come, per esempio, la relazione tra il medico e il paziente, o l'operatore e il paziente, più correttamente, che ha descritto molto bene Maurizio. Gli aspetti di soddisfazione del paziente, perché adesso esistono anche tutta una serie di strumenti per valutare, che comunque hanno una loro dignità al di là dell'efficacia dei trattamenti. Non ne parlo perché Maurizio, al di là del tempo, ha descritto esaustivamente questo aspetto. Faccio solo sottolineare che, se voi andate nel nostro stand ed esiste ancora qualche copia delle linee guida della riduzione del danno che abbiamo portato a questa conferenza; questo aspetto della scelta del trattamento, della richiesta del paziente, il bisogno espresso, il bisogno non espresso, è affrontato anche se devo dire che non è risolto, perché, a mio parere, non esiste al momento al di là di dire che bisogna fare bene le cose, non si può dire tanto di più. Concludendo, sicuramente non posso che sposare le affermazioni conclusive di COLETTI, riguardo all'autonomia professionale; in tutta verità, sospetto che le abbia un po' scopiazzate da qualche cosa che gli avevo mandato altre volte, però, in ogni caso non mi può che far piacere insomma. In ogni caso il principio della sussidiarietà, che si tende anche ad applicare alla futura Costituzione italiana, prevede che a ognuno vada lasciato quello che è in grado di risolvere al meglio. Il problema dei trattamenti, in primo luogo, è un problema scientifico, quindi se non si lascia la libertà di dirimere fino in fondo questo aspetto, anche le altre rimangono molto insolute. Per questo, sicuramente, la rinuncia allo Stato etico e all'etica dogmatica a me pare prioritaria. Devo dire la verità, a costo di fare delle frasi che potrebbero costarmi, se è positivo che ci rinunci lo Stato a fare l'etica, sarebbe anche positivo che non lo facessero le Regioni, anche perché, al di là della battuta, al momento, l'applicazione a livello regionale di una strategia etica, è molto più pesante rispetto al fatto che lo faccia lo Stato, perché la Regione dispone anche dei metodi di controllo dei finanziamenti e questo forzatamente porta al rischio di una commistione tra decisione finanziaria, che è uno strumento potentissimo, e influenza sulle linee di trattamento. L'organizzazione, e con questo intendevo semplicemente dire che ci vogliono degli strumenti operativi, non credo che sia quello degli attuali comitati di bioetica che hanno tutt'altro finalità, per questa sintesi etica, sia a livello nazionale che locale. E infine c'è questo problema del ruolo del paziente che è un problema primario nell'etica e che, a mio parere, ha ancora un grosso spazio, anche qua, per definire delle modalità operative che invece in sanità sono ormai consolidate con i tribunali del malato e le varie associazioni che tutelano sia dal punto di vista legale, che a livello di decisione etica il ruolo dei pazienti.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Se fosse possibile, gradirei le domande subito, perché ho difficoltà di movimento. Sono la dirigente dell'ufficio centrale stupefacenti del dipartimento della farmaco vigilanza. Per darvi un'idea, metto in tabella le sostanze e lavoro in ossequio agli articoli, fino al 71 del DPR 309/90. Le mie competenze sono l'esportazione, importazione, il commercio lecito e la registrazione degli stupefacenti, il registro dei carichi e scarichi, i buoni acquisto. Per parlare di etica nel trattamento del dolore, l'argomento che mi è stato assegnato, è un po' complesso perché anche il Vaticano, la Chiesa, ha riconosciuto che nel trattamento del dolore, negli stadi terminali, vi è un'etica, una morale. Vi sono certi quadri nosologici che passano un periodo di stabilità in cui è possibile un intervento atto a controllare il fenomeno. E poi vi è un periodo di acuzie che termina con il decesso del paziente. In questo periodo, quando ormai è inutile o dan-

noso perseguire risultati terapeutici mirati, si cominciano le cure palliative. Queste cure hanno una cultura nei paesi anglosassoni di trenta, quaranta anni. Da noi è molto più breve, molto più vicina negli anni. E pochissimi sono i centri abilitati alle cure palliative. Di solito sono sotto il controllo degli anestesisti le cure del dolore. Vi parlerò soprattutto della pratica quotidiana. Nel '95 sono uscite le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che parlavano appunto della terapia nei malati di cancro, che in Italia difficilmente hanno trovato ascolto per l'impreparazione dei medici. Dirigo l'ufficio dal '93 e, fin da allora, ricevevo quotidianamente segnalazioni di cittadini o di associazioni che lamentavano una mancanza di ricettario speciale per le confezioni di morfina da parte dei medici. Ascoltavo quotidianamente persone che lamentavano la disponibilità di morfina da parte dei farmacisti, con la necessità di andare da una farmacia all'altra per reperire il farmaco. Allora ipotizzai di fare una circolare per impegnare sia i medici, sia i farmacisti a detenere questo, gli oppiodi in farmacia. Che sono d'altra parte obbligatori per legge, ma basta tenerne una scatola e non coprire assolutamente le necessità del territorio. Mi consultai con il professor PAROLI e lui mi disse: attenzione dottoressa, perché i parenti dei malati sono spesso carogne, chiedono la morfina e poi ti denunciano perché il paziente muore per depressione respiratoria. Quindi mi bloccai un po', anche se i trenta giorni che il trattato di Schengen mi imponeva di stabilire nel mio dettato legislativo, mi avevano portato a inviare all'ufficio legislativo una proposta di modifica con l'aumento a trenta giorni dell'articolo 43, invece degli otto giorni di terapia, per non incorrere in diversificazioni tra viaggiatori e non. Allora per tutti veniva ampliata a trenta giorni di terapia. Però non ero molto convinta e non ne sono convinta tutt'oggi sui trenta giorni di terapia. Perché a monte di questo, negli anni successivi, ho fatto modificare la farmacopea ufficiale, le dosi massime, nella tabella numero 8. Le dosi massime sono modificate nel senso delle linee guida dell'Oms, cioè ogni dose massima deve essere considerata la dose che toglie il dolore al paziente, lo previene, non lo cura. Secondo le linee guida della Organizzazione Mondiale della Sanità quindi non esiste una dose massima. Esiste sì, non è stata modificata la dose massima, ma è scritto sotto che per i pazienti terminali la dose può essere aumentata secondo le necessità del paziente. Mi pareva di essere un bel passo avanti. Ma neanche questo ha mosso le acque. Continuavo a ricevere telefonate allarmate, come una che diceva "mia moglie sta urlando da quattro giorni, l'hanno dimessa dal Regina Elena e il medico non ha ricettario". Questa era la quantità. E allora, mentre era al lavoro, il sotto gruppo della commissione unica del farmaco sulla terapia del dolore, incaricato di proporre modifiche legislative atte a favorire la distribuzione di stupefacenti a pazienti terminali, ho inviato ben due circolari, una di seguito all'altra, a un mese o due mesi di distanza. Circolari che potrete trovare, se avete qualche interesse al settore, su Internet. Minacciando i medici di omissione di soccorso, di reato di omissione di soccorso in caso di mancata prescrizione di stupefacenti, di oppiodi e di morfina. La sofferenza è connaturata alla natura umana. Ed è un momento di ascolto del medico nei confronti del paziente. Ma questo ascolto non può prescindere da un aiuto. Da un aiuto che viene fornito soltanto dai farmaci. Ed è in questa ottica che il medico deve intervenire. Dopo queste circolari, poiché è il ministero che distribuisce i ricettari, le ricette speciali, ho avuto dei grossi risultati. I ricettari non ci sono più, bisogna ordinarne dei nuovi, erano sessantamila. Quindi vi è stata una grossa richiesta e un grosso input di Federfarma e dalla Fofi, l'unione dei farmacisti e l'unione dei proprietari di farmacia. Per avere la morfina da una dose, atta a completare il ciclo degli otto giorni. Nel frattempo il sotto gruppo della commissione unica del farmaco è riuscito a far arrivare alla Commissione sanità del Senato, addirittura alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, un decreto legislativo che propone un cambiamento degli otto giorni di terapia, portandoli per alcuni farmaci, a trenta giorni. È solo una proposta. Questi farmaci sono la buprenorfina, la morfina, il metadone, l'ossimorfone, l'ossigodone. Che sono i farmaci che hanno il blocco degli otto giorni di terapia. E per questi farmaci ci sarebbe un decreto legislativo che ne attua la liberalizzazione

fino a trenta giorni. La ricetta viene modificata, non è più una ricetta in triplice copia come quella prevista dai ricettari speciali ministeriali. Ma è una ricetta in duplice copia, autocopiante, quindi con una sola firma del medico. Vi è in più, viene istituito il registro di reparto che nel DPR 309/90 non era previsto. Viene data la possibilità, in questa proposta di modifica, alle infermiere di portare morfina ai pazienti terminali. Morfina e gli altri farmaci di tabella 1. Ai pazienti terminali sotto il controllo di un medico, sotto la responsabilità di un medico, senza eccessivi aggravi burocratici. Viene data la possibilità al medico di acquistare morfina nel proprio bagaglio, senza la necessità di tenere il registro di carico e scarico. Queste sono le ipotesi liberalizzatorie. Ma quando vedo i risultati di due circolari in cui ci si richiama all'ordine medici e farmacisti, mi sto cominciando a chiedere se veramente non bastavano solo le circolari e non bastino soltanto gli otto giorni di terapia. Perché se è vero che l'eticità deve essere il mantenimento del rapporto medico paziente, e come è vero per i malati di cancro tanto lo è più per i tossicodipendenti, questo rapporto ci deve essere e deve essere almeno settimanale. Quando, permettetemi di fare un collegamento che forse va al di là delle mie competenze. Frequento molto gli ambienti internazionali per via di gruppi del consiglio d'Europa. In Francia danno la buprenorfina. La buprenorfina è un modo per liberarsi dal paziente, perché si prescrive per trenta giorni e non lo si vede più per trenta giorni. Questo, io ritengo, perché in Francia non ci sono tanti servizi per tossicodipendenti. Ecco allora la necessità di vedere il paziente almeno ogni sette giorni. Di controllare il suo stato di salute e di valutare correttamente lo stato d'animo dei parenti, come affrontano la malattia e seguire il paziente con l'appoggio psicologico. Certo, trenta giorni di terapia potrebbero far comodo per non obbligare i parenti ad andare a chiedere a tante farmacie, ma se ogni istituzione, sia il medico di famiglia che la farmacia, compie il suo dovere, cioè è ben collegata e sa esattamente a che territorio deve rispondere e con quanta morfina, allora anche gli otto giorni non hanno più tanta importanza. Questo è quanto mi viene dal mio vissuto quotidiano, senza nulla togliere alla validità di questo decreto legislativo che verrà approvato e che amplierà a trenta giorni, dando la possibilità di approvvigionarsi per tale periodo di tempo. Ci sono domande?»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Una è questa: mi pare proprio che, dato che lei è la competente, sicuramente trenta giorni per tossicodipendenze forse sono eccessivi, lo dico come operatore di tutti i giorni. Legare però l'ipotesi di dare un farmaco a quell'incontro, per poter verificare il paziente, è altrettanto lesivo, perché poi diventa rituale. Quello che facciamo tutti noi medici è la compliance col paziente, cioè molto spesso addirittura si fa trovare la ricetta o la somministrazione in un'altra parte e l'incontro con lo psicologo, con il medico avviene da un'altra, perché altrimenti una tale commistione, una tale complicità di messaggi ambigui veramente finirebbero per svilire anche questo tipo di intervento. Faccio un caso, tanto credo di non svelare segreti o soprattutto se porto qualcosa, che non fa piacere me ne assumo la responsabilità. Noi adoperavamo un farmaco che è l'acido gammaidrossibutirico nell'alcolismo. Un farmaco che aveva una sua difficoltà e pericolosità, questa riconosciuta. Ce lo siamo trovati in una tabella degli stupefacenti fondamentalmente. Questo non riguarda il Ministero della Sanità.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «No, riguarda il Ministero della Sanità.»

Chairman dott. Carlo VALENZI:- «In un'indagine, vale la pena trattare tutti quanti i medici, chi si interessa di un certo tipo di patologia, come ignoranti e mettere in condizione di avere un ulteriore blocco o confine e limite alla prescrizione, perché certamente il medico di famiglia non lo farà mai più, perché non si prende un ricettario per prescrivere questo farmaco che in alcuni casi senza dubbio è uno degli elementi più interessanti da un punto di vista terapeutico? Non era meglio limitarlo a strutture specialistiche, limitarlo a specialisti? Cioè accertarsi che questo farmaco finisse in mano a qualcuno inve-

ce che fare questo proibizionismo cieco che qualche volta per la classe medico è offensivo. Mi ricordo che lei venne al tribunale a testimoniare anche nel mio processo, con una severità e una qualità notevole.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Non contro di lei.»

Chairman dott. Carlo VALENZI:- «No, lo dico nel senso buono. Nel momento in cui veniva come testimone, sono stato rinviato a giudizio per spaccio, perché mi ero intestardito sul fatto che un decreto ministeriale, quello Aniasi, non potesse essere abolito da un altro decreto; ero un servizio pubblico, e prima si fanno i disastri pseudo - politici o pseudo - scientifici e poi c'è l'operatore del servizio pubblico al quale si scaricano, perché una s'era fatta operare, un'altra persona che prescriveva era partita per la Francia con la madre che stava tanto male. Alla fine uno si trova questi disperati in certe condizioni, e m'ero intestardito, per tre persone su mille, non mi pare proprio una percentuale altissima, che non si poteva fare altrimenti. Uno aveva un negozio di libri, l'altra faceva la traduttrice, erano moglie e marito, e invece io ero uno spacciatore, fondamentalmente. La quantità di morfina era rilevante, su questo non c'erano dubbi, ma c'era una necessità di un accanimento terapeutico fatto con morfina, che è durato più di cinque anni fuori del mio ambulatorio; quindi io prendevo in gestione una cosa, la trattenevo da funzionario pubblico, con relazione al Ministero della Sanità, una volta ogni tre mesi, ogni quattro mesi sullo Stato sociale e familiare di queste persone. A un certo momento parte un'indagine su questo numero favoloso di morfina che prescrivevo e naturalmente vengo sollevato dal servizio: niente stipendio per due anni, rinviato a giudizio per spaccio, insomma una cosa piuttosto pesante. Devo dire che il ministero fu correttissimo nella gestione severa, ma quando parlo di severità, di severità culturale non certo di severità intimidatoria, in quel caso lì fortunatamente cinque università si schierarono sul mio comportamento, che non solo era etico ma era scientifico e quindi univa scienza e coscienza. Ma voi dovete pensare che l'unica ragione per cui non sono rimasto in galera, era perché nessuno riuscì a dimostrare che io avevo preso una lira. Cioè l'eticità è uguale a non guadagno, il che, se permettete, è un po' becera come cosa. Perché, tutto sommato sì, ero un funzionario pubblico, lo facevo in un ambulatorio pubblico, il ricettario lo prendevo con il timbro del direttore sanitario della mia azienda, non dovevo spendere niente, facevo la ricetta in ospedale, non c'erano problemi, però fondamentalmente c'era la persecutorietà; una cosa che ci divide fra noi e le comunità terapeutiche, è che noi, comunque sia, dobbiamo essere perseguiti con uno spirito di proibizionismo. Siccome adoperiamo dei farmaci, fondamentalmente bisogna proibirceli. Questa cosa finì bene fortunatamente: cadde l'incriminazione. Chi non finì bene furono i due pazienti. Perché una, non volendo tornare in strada a prendersi l'eroina, si è uccisa. L'altro è diventato un barbone. Quindi io credo che forse, se gli avessimo dato questo po' di morfina prescritta gratuitamente, forse avremmo fatto qualche cosa di più etico. In quel caso mi sento di avere avuto una coscienza professionale etica. Ognuno si prenderà le sue responsabilità quando andremo da qualche altra parte a risponderne, ma su questo acido gammaidrossibutirico, se si potessero rivedere un attimo le nostre idee, soprattutto proprio per una questione proprio di decenza, di deontologia.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Il problema è che questo acido gammaidrossibutirico viene usato clandestinamente. Mentre nelle farmacie lei lo trova a settantamila lire; costa più di una bottiglia di champagne, mi permetta. I giovani lo fanno clandestinamente e non in maniera proprio corretta. Noi siamo stretti dal DPR 309/90 che impone di mettere le preparazioni delle sostanze contenute nella presente tabella, in tabella prima. Allora mettere in tabella una sostanza, significa metterne anche le relative preparazioni, a meno che non siano composti e allora vanno in tabella quinta. Se l'acido gammaidrossibutirico fosse composto con un altro, come la codeina, che sta in tabella prima, però le pre-

parazioni a base di codeina sono tabellate in tabella quinta, se lei ricorda, allora c'è questo divario. Se fossero composti, sarebbero in tabella quinta. Non essendo composti, essendo materia pura, stanno in tabella prima. Questo essenzialmente per evitare il mercato illecito. Per perseguire il mercato illecito, non certo per dare addosso all'Alcover, che, se è ritenuto un farmaco efficace, i medici lo prescriveranno comunque. Le dico, è bastata una circolare di richiamo sull'ipotesi di reato, per i medici, di omissione di soccorso per il rifiuto di prescrivere morfina, che i ricettari al magazzino centrale del materiale profilattico sono andati a ruba. Ne ho dovuti subito ordinare, in fretta e furia, altri sessantamila, perché altrimenti rimaniamo. Questa è, è stata la conseguenza dell'intervento.»

Chairman dott. Carlo VALENZI:- «Ma mi permetto una battuta. Mentre la morfina è buona, l'acido gammaidrossibutirico può essere assolutamente cambiato con una bottiglia di champagne, che non costa settantamila lire, ma uno prende un vinello a miglior prezzo. Naturalmente è uno scherzo e un paradosso.»

Voce maschile:- «Sono un medico del SERT di Genova. La mia osservazione è questa: il medico, secondo me, in alcuni casi è costretto a fare l'equilibrista, perché, al momento, non ci sono regole certe su alcuni aspetti del trattamento metadonico. Abbiamo parlato degli otto giorni, ora si parla di trenta giorni; abbiamo la legge 309 che parla di otto giorni; abbiamo le linee guida del '90 che parlano di al massimo due giorni di trattamento da dare in affido ai pazienti. Quindi, secondo me, i casi sono due: o ci sono regole certe per gestire questo tipo di terapia, o bisogna trovare dei correttivi o comunque una presa di posizione chiara, precisa che deve venire da parte delle varie organizzazioni, anche quelle di cui parlavamo ieri sera, in modo da evitare problemi come quelli che sono avvenuti a Milano, in via Boifava, oppure quel problema del bambino che, purtroppo, è morto a causa del metadone. Cioè non possiamo stare sempre in questa incertezza, secondo me. O abbiamo regole certe o abbiamo una forte valenza che si esprime a livello istituzionale e a livello legale, in alcuni casi, o se no, secondo me, è difficile gestire la situazione.»

Dott.ssa Chiara MONZALI:- «Allora, questo è un argomento a cui risponderà più precisamente il dottor NICOLETTI quando ritornerà sulla valenza delle linee guida del ministro Costa per l'affidamento di due giorni. In effetti il DPR 309/90 parla di otto giorni. Per cui molti SERT e molti medici di famiglia lo assegnano, lo danno in affidamento per otto giorni, fanno una prescrizione per otto giorni di terapia. Il DPR 309/90, così com'è formulato, non consente, con una circolare, una modifica. E quindi a livello legale, non si può sostenere un affido di due giorni con una circolare. A meno che non si vedano dei gravi pericoli di sanità pubblica e allora si decida tutti concordemente, ma è una decisione concorde del mondo, statale e scientifico, una decisione concorde. In effetti il DPR 309/90 dice otto giorni di terapia. Questo è quanto. Però risponderà più diffusamente il dottor NICOLETTI. Per quanto riguarda gli altri quesiti, i trenta giorni di terapia. Non si pone. Perché è proprio ed esclusivamente per i malati terminali, che quella modifica dei trenta giorni di terapia verrà attuata. Non sarà per la cura delle tossicodipendenze, anche se comprende anche il metadone. Non sarà per la cura delle tossicodipendenze, ma per i malati terminali. Questo è quanto previsto. Quindi non abbiate timore, il vostro mondo rimane intatto, con le sue diversificazioni.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Allora, dopo questa orgia di morfina, forse padre STENICO, dal Ceis, si troverà un po' in mezzo, bagnato dalla morfina, ma insomma, penso che riuscirà ad asciugarsi subito.»

Padre Giuliano STENICO:-«Leggo il mio intervento per essere più preciso. Il titolo è

"L'etica del prendersi cura" e ho scelto questo titolo perché mi sembra che designi in maniera precisa l'insieme delle motivazioni, degli atteggiamenti e degli orientamenti, che informano le relazioni di aiuto con persone in difficoltà, ma anche i servizi che le progettano, le organizzano e le gestiscono. Nel senso che mi sembra che possiamo parlare di etica quando ci prendiamo responsabilità della persona, globalmente presa, in tutte le sue dimensioni, ma anche rispetto all'ambiente nel quale vive, nel tempo. E che l'etica sia una questione anzitutto non tanto di proclamare dei principi astratti, ma quanto di rendere possibili delle esperienze che aiutino il soggetto a intuire delle motivazioni rispetto al miglioramento della qualità della vita. E questo non lo può fare un operatore da solo, non lo può fare un'associazione da sola, non lo può fare nemmeno un sistema dei servizi. Occorre che ci sia un riferimento alla persona, all'operatore, al sistema, ma anche al territorio nel quale si inserisce. Mi sembra che il prendersi cura comporti la scelta di vivere una tensione costante per mettere sempre al centro del proprio interesse umano e professionale la persona con il peso della sua storia, della sua sofferenza, dei suoi desideri. Richiede dunque una presa in carico dell'utente a partire anzitutto dai suoi bisogni, dalle sue potenzialità espresse, o implicite, per un periodo di tempo congruo alla sua effettiva possibilità di maturare autonomie personali sufficienti a sviluppare una capacità relazionale gratificante. Ogni individuo vive una dimensione personale, temporale e sociale. La sua vicenda, lo sappiamo, non si svolge in modo lineare, ma è soggetta ad eventi, sia interiori che esterni, che variano nel tempo la sua disposizione e la forza del suo investimento per migliorare la qualità della vita. Quindi, da un certo punto di vista, come non si può proclamare l'irrecuperabilità, è anche difficile definire e dichiarare che uno è guarito, nel senso che si trova sempre di fronte al problema, come ciascuno di noi, di gestire la propria vita, quindi di avere incontri, esperienze, reti di sostegno, per tenere questa qualità della vita alta. Perciò credo che debba poter incontrare relazioni che tendono a accogliere senza precondizioni, precomprensioni o preclusioni, per cogliere eventuali decisioni al cambiamento; accompagnare la persona sempre, a prescindere dalle sue personali scelte, e riaccoglierla creando nuove opportunità; accrescere la sua capacità di costruire rapporti positivi con il proprio contesto; sviluppare competenze lavorative, culturali e sociali; avere attenzione al percorso complessivo dell'individuo oltre che ai singoli segmenti della sua storia. Dunque il prendersi cura esclude la possibilità di considerare qualcuno irrecuperabile, valorizzando invece le esperienze positive che ha avuto coi servizi, anche se brevi, anche se intermittenti, come memoria buona. Richiede di non rassegnarsi alla cronicizzazione, nonostante i problemi che vincolano i singoli rispetto al raggiungimento di una sufficiente felicità personale. Esige dunque il coraggio di non desistere mai, di avere pazienza. Soprattutto da parte degli operatori. Perché noi non sappiamo che cosa succederà nel futuro delle persone che seguiamo. Nutrendo la speranza con la consapevolezza dell'apprendimento e della crescita che ogni relazione di aiuto genera in chi la vive, sia esso aiutante che l'aiutato. L'incontro tra persone infatti richiede che ogni partecipante all'interazione sia considerato un soggetto attivo, con la sua storia, con i suoi bisogni, le sue risorse ed anche i suoi saperi. Gli utenti, nella loro dimensione individuale e sociale, sono il riferimento determinante, non solo destinatari della relazione di aiuto, ma coattori e corresponsabili nel processo di cambiamento. Non solo soggetti di diritti, che vanno comunque garantiti, ma portatori di bisogni, di vissuti, di interrogativi, di propri saperi. Vanno riconosciuti nella loro dignità e specificità, ascoltati nelle loro esigenze e accompagnati nella propria ricerca. La relazione dunque è interattiva e circolare. L'aiutante, che si pone in ascolto autentico, riceve modificazioni da integrare nel suo modo di rapportarsi e di pensare. Credo che ciascuno di noi lavorando abbia veramente cambiato il suo modo di pensare e abbia integrato anche la preparazione professionale, i propri riferimenti valoriali, che sono elementi di questa lettura, che è anche ascolto dell'altro, che diventa contemporaneamente rilettura di sé stessi. Aiutare così a compiere un cammino permanente di apprendimento, di rivisitazione delle proprie motivazioni, di riflessione e di crescita, che è proprio del-

l'incontro tra persone. E non credo che andare attrezzati con la presunzione di avere o un impianto valoriale oppure una strumentazione professionale, ci eviti di rientrare in discussione con noi stessi rispetto a tutti i percorsi che noi facciamo con i nostri utenti. Quindi non è in questione solo il cambiamento della persona che aiutiamo, è in questione anche il nostro personale cambiamento. Gli operatori allora svolgono, nella relazione di aiuto, all'interno del sistema aiutante, un ruolo specifico dove investono precise competenze professionali da spendere per agevolare lo sviluppo e fornire il sostegno necessario per il cambiamento e il miglioramento della qualità della vita delle persone aiutate, più che da utilizzare come un punto di vista esaustivo e definitivo. Data la tipologia degli utenti, è sempre più impellente elaborare e fare proprio un approccio che abbia all'orizzonte il cambiamento come una tensione che informa ogni azione, più che un risultato da ottenere e da verificare secondo precise aspettative o sequenze temporali prestabilite, al di là della necessità di fissare dei tempi. Che dal punto di vista metodologico è corretto, dal punto di vista della tensione all'aiuto delle persone è comunque più uno strumento che un obiettivo. Ciò comporta riconoscere la persona per quello che è e per quello che vive, anche se ciò che esprime, attraverso il suo sintomo, il suo disagio esistenziale, può non avere senso per l'aiutante. Entrare in relazione, accogliere, ha comunque senso, realizza un valore. In questo penso che consista l'eticità dell'intervento. Il rispetto dell'altro e del suo mondo, la presenza e la vicinanza all'altro. L'eticità dunque è esserci, l'eticità è realizzare le condizioni di una relazione all'interno della quale sia possibile vivere degli stimoli. La modalità e il tempo in cui chi chiede aiuto attribuisce significato alle interazioni sperimentate, spesso non può essere definito. È declinato secondo parametri prestabiliti, o compreso. Gli spunti, gli stimoli, le sensazioni, le riflessioni, possono essere riutilizzati e rielaborati in circostanze, in modi, non prevedibili. Difficilmente il percorso di affrancamento dalle dipendenze è lineare, conosce alternanze di consapevolezza, di umore e di decisione. D'altra parte la motivazione al cambiamento non può essere indotta dall'esterno. Si diceva prima di questo conflitto tra la decisione a cambiare e l'offerta terapeutica. Però può essere sollecitata, alimentata o semplicemente sostenuta con l'esserci, offrendo percorsi più adeguati alla situazione esistenziale dell'utente, che non possono essere predefiniti. La cronicità del disturbo, la salienza psichiatrica rilevabile in una percentuale crescente di coloro che si rivolgono ai servizi, e qui le ricerche dicono questo, può ingenerare nell'operatore sensi di impotenza o rinuncia a investire energie. Ma credo che rendere possibile anche solo momenti di benessere e restituire spunti di dignità a chi vive una sofferenza profonda, spesso non gestibile, è azione significativa in sé. E perché questa decisione non si configuri come un ripiegamento e informi un investimento personale appiattito, mi sembra indispensabile elaborare questi atteggiamenti.

Primo è l'ascolto, inteso come attitudine ad affinare la propria sensibilità anche attraverso la padronanza degli strumenti terapeutici usufruibili e come apertura a leggere i bisogni. Secondo: il coinvolgimento, vissuto non solo come impiego corretto dell'empatia, questo naturalmente calibrata, in relazione alla specificità dei vari setting che si mettono in campo. Ma anche, e penso che questo diventi sempre più importante, per il fatto che noi andiamo ad assistere una popolazione cronica. Con problemi psichiatrici e, nel caso dell'assistenza ai malati terminali, con malattie croniche. L'empatia intesa come decisione personale ad alimentare i propri valori di riferimento, le proprie scelte, per attingere a un significato più ampio e oltre la scelta professionale. Poi ci sono i vicoli ciechi, in cui di fatto vivono molte delle persone aiutate. Le morti di overdose e gli eventi drammatici provocano l'operatore ad acquisire significati altri. La fuga nel tecnicismo o l'appello alla propria personale dedizione, non è più sufficiente. Occorre compiere un salto di qualità, che è questo: attribuire un senso al dolore che si incontra e al disagio che esso provoca in noi. Mi sembra di poter dire, non solo il non morire è importante, quindi le strategie dei riduzione del danno hanno una ampia giustificazione in questa visione, ma anche il vivere con qualità. Mi sembra fondamentale, per noi che andremo sempre di più

incontro a un numero di persone elevato che non risolvono il problema, ma che vivono con fatica la dimensione motivazionale della vita, e quindi la sfera del dolore. Mi sembra che sia veramente importante fare una riflessione su di noi, dare noi stessi delle risposte circa lo stare nella sofferenza e nel dolore. In altri termini, siamo abituati ad essere persone attive, siamo poco abituati ad essere persone passive. E la nostra cultura mi sembra che manchi di riflessione e di sostegno rispetto a questo punto. Come stare in maniera viva, senza venire svuotati, in una situazione di sofferenza, di dolore e di demotivazione. Qui, la terza cosa è la condivisione. Cioè la possibilità di comunicare i propri vissuti e di confrontarsi con il colleghi sugli interventi e percorsi da proporre. Per evitare ogni possibile soggettivismo negli interventi, per essere corresponsabili nella gestione degli stessi, per relativizzare l'incidenza dell'ansia, che può essere anche molto alta di fronte a situazioni problematiche. È irrinunciabile che l'équipe possa usufruire di supervisione. Ciò costituisce anche la garanzia per gli utenti che venga evitato l'azzeramento dei vari spezzoni di percorsi e che gli interventi vengano rifocalizzati assumendo un'ottica processuale. La multifattorialità, la complessità delle dipendenze, la sua connessione al contesto familiare e sociale, gli stili di vita, la qualità degli spazi abitativi, mette alla prova la preparazione degli operatori e della équipe, evidenziando l'impossibilità di considerare esaustivo ciò che si sa fare e si è in grado di fare. In quest'ottica le competenze acquisite sono anche abilità per attivare risorse da integrare con altre abilità e da mettere in rete con altre opportunità. La storia di ogni utente rispetto ai percorsi proposti, al suo svolgersi oltre il contatto con i servizi, pone spesso interrogativi circa l'adeguatezza e la congruità degli interventi. Molto resta da apprendere, i nuovi percorsi sperimentati, se accompagnati da un'attenta riflessione e da una appropriata verifica, possono fare intravedere nuove opportunità e aprire altri spazi di confronto. La sperimentazione, se corredata da valutazione, apre altre possibilità, induce cambiamenti anche nell'operatore già testato. L'innovazione provocata dall'esigenza di rispondere in modo adeguato al mutamento del fenomeno delle dipendenze, è anche suggerita dagli esiti stessi della sperimentazione; sperimentare è apprendere. Ad esempio, la somministrazione di farmaci sostitutivi in un contesto comunitario, finalizzato ad accrescere la responsabilità e le competenze dei singoli rispetto alla tutela della vita oppure a riprogettarsi, può insegnarci forme diverse rispetto all'utilizzo dei farmaci e potenzialità nuove, in ordine alla formazione di diagnosi più complete. Il problema infatti non è la contrapposizione di percorsi drug free a quelli caratterizzati dall'uso di farmaci sostitutivi, o tesi alla semplice tutela della vita, ma di valutare come intervenire al meglio in relazione allo stato psichico e motivazionale del soggetto. Quindi non vi sono interventi a maggiore o minore eticità. L'eticità non si identifica semplicemente con l'esecuzione dell'intervento, ma si esprime in questa tensione che è attenzione ad accogliere un possibile miglioramento della responsabilità verso la propria salute o rispetto a riprogettare la vita. Così credo che è possibile uscire dalla falsa alternanza fra controllo, motivazione al cambiamento, in quanto l'obiettivo e l'attenzione della persona al momento che vive. In questa prospettiva non è accettabile attuare interventi di riduzione del danno, se non si integra l'offerta di terapia e di beni di conforto in una relazione. L'appiattimento su atteggiamenti ispirati a posizioni ideologiche, o strettamente tecniche, non risponde al fine che ogni relazione di aiuto comporta. Non è essenziale ciò che si da, ma come lo si da. È essenziale l'accoglienza che viene espressa dando. E perché gli interventi conservino valenza etica, che tende a promuovere comunque la qualità della persona, occorre integrare le strategie di riduzione del danno con il trattamento, purché gli interventi rimangano autonomi, cioè le strategie di riduzione del danno non siano obbligatoriamente finalizzate al trattamento. Appunto perché comunque la linea, il legame, è nell'intenzionalità dell'operatore stesso. Purché gli interventi rimangano autonomi, non siano necessariamente condizionati l'uno all'altro, in quanto gli interventi proposti hanno un valore in sé, rappresentano il fare ora ciò che è possibile, pur non rinunciando a creare le condizioni per un ulteriore cambiamento. Per questo l'operatore dovrebbe lavorare

tenendo conto di tutte le priorità che il sistema dei servizi offre, in quanto l'esistenza di una rete dà senso e prospettiva ai singoli. Il senso di quel che ho detto, è cercare di rendere possibile la qualità degli interventi. Questo significa: a) tutto quello che ho detto, ma soprattutto il fatto che non si può lavorare da soli, un servizio deve per forza lavorare integrato, ma questo dovere deriva dal fatto di poter sviluppare degli interventi all'interno dei quali la qualità della vita sia possibile da esprimersi. E l'ultima cosa è questo: noi non sappiamo, perché non l'abbiamo provato, quante opportunità riusciamo ancora a creare per attivare questa vita. Questo deriva dall'esperienza, semmai nel dibattito si potrà dire. È che mi sembra che lo specifico del nostro futuro sia questo. L'innovazione intesa ad esplorare; non sappiamo quanti margini abbiamo ancora; e l'altra è quella di come resistere di fronte alla sofferenza e alle perdite che ciascuno di noi vive.»

Dott. Maurizio FEA:- «Ho scritto una relazione che probabilmente poi sarà anche pubblicata negli atti del convegno, quindi rispetto un percorso ideale che mi ero tracciato, un po' sentendo le relazioni di chi mi ha preceduto. Che hanno toccato diversi temi sui quali anch'io avevo focalizzato l'attenzione. Quindi da un lato mi sembra inutile ripercorre, anche se magari da altri punti di vista, con altri elementi di osservazione che potrebbero essere interessanti, dei percorsi già tracciati e definiti. Per cui vi porterò alcune riflessioni mie, con il rischio che siano, a questo punto, un po' slegate, non seguendo una traccia precisa, però questo forse andrà a vantaggio poi della brevità e quindi della necessità di tutti di fare l'intervallo. La prima riflessione che volevo portare era quella proprio della relazione medico paziente. Si sono dette molte cose, rispetto alle osservazioni che portava Maurizio COLETTI: focalizzerei questo aspetto della relazione medico paziente cercando di uscire un po' dalla nicchia nella quale in parte siamo stati cacciati e in parte abbiamo un po' un'ambizione a cacciarci, cioè quella di caratterizzare sempre in senso diverso la relazione col paziente tossicomane di quanto non siano invece le relazioni con gli altri pazienti. Credo che questo sia un po' un limite nostro. È un limite contestuale che ci è stato definito e assegnato. Per come vedo io le cose questi aspetti della relazione col paziente non sono molto diversi da quelli che accadono normalmente negli altri campi della medicina. Tutto il sapere medico è attraversato da questa sostanziale rivoluzione del rapporto. E cioè la rappresentazione della salute che le persone hanno, non è più un'idea legata alla ineluttabilità della malattia, alla incontrollabilità di certi eventi e alla dipendenza pressoché totale dal sapere medico scientifico. Tutti i campi della medicina sono attraversati da questa tensione, il paziente non è più paziente, è esigente, quindi non sono solo i tossicomani che sono esigenti e vengono da noi e che esigono quella determinata cura o, come diceva Maurizio prima, hanno già una loro diagnosi molto chiara. Credo che questo è un dato culturale che attraversa in maniera ampia tutto campo il rapporto fra il sapere medico e chi di questo sapere medico usufruisce, ne trae dei benefici. È evidente che di questo noi non possiamo tenerne conto. Questo apre dei grossi interrogativi etici, fondamentalmente l'interrogativo gigantesco che è allora esistono pluralità di etiche così come esistono pluralità di riferimenti alla propria salute. Ciascuno ha la propria idea di quale può essere il modo migliore per curarsi, così come ciascun medico, ha, e anche questo va detto, la propria idea di qual è il modo migliore per curare quel determinato paziente. C'è una differenza, o almeno dovrebbe esserci una differenza all'interno di queste due posizioni, cioè che si suppone che il medico o il sistema delle cure, parliamo più correttamente di sistema delle cure, altrimenti sembra davvero che è una roba tra "dottur", ha o dovrebbe avere come riferimento in più rispetto ai pazienti o a chi beneficia di queste cure, il fatto di essere supportato dal sapere scientifico. E dovrebbe essere supportato da quelle che sono, per esempio, la prove di efficacia, la medicina basata sulle evidenze. Indubbiamente questo è vero. Però io credo che sia altrettanto vero, questo non lo dico io, questo è derivato dalla storia della filosofia e della scienza, che la scienza non ha mai creato nessun fondamento morale. Quindi dalla scienza non derivano dei fondamenti morali, non deriva-

no dei principi etici. L'unica cosa etica che contiene la scienza è se la facciamo bene, se la facciamo rispettando i criteri propri del metodo scientifico, questo è un fondamento morale, così come è un fondamento morale fare bene il proprio lavoro. Questo credo che sia un dato indiscutibile. Ma su questo non possiamo fondare i criteri di giudizio che inevitabilmente e necessariamente utilizziamo nel momento in cui dobbiamo fare delle scelte, nel momento in cui dobbiamo decidere alcune cose. E, per esempio, fra queste cose che dobbiamo decidere, ce ne sono alcune rispetto alle quali credo che tutti noi siamo interrogati e ciascuno di noi ha dato le sue risposte. Forse sarebbe, anzi credo che sia davvero giunto il momento, e queste occasioni ne sono la testimonianza, di provare ad unificarle questo tipo di risposte e quindi a ricondurre comunque quello che all'inizio dicevo, questa pluralità di etiche, all'interno di un percorso tracciabile, che definisca delle contingenze all'interno delle quali ci possiamo riconoscere. Una domanda, per esempio, è di impatto: quella che ci troviamo quotidianamente a dover affrontare ogni qualvolta abbiamo una relazione con un paziente: è etico riconoscere al nostro paziente il diritto a non cambiare, se non per quelle cose che lui ritiene essere importanti e possibili per lui? Sapendo in quel momento che però noi limitiamo l'efficacia della cura. Perché il problema è questo. Non è una domanda che relativizza in assoluto la nostra posizione. La contestualizza all'interno del fatto che noi abbiamo un sapere, abbiamo delle conoscenze e sappiamo che fatte in un certo modo le cose possono funzionare così, fatte in un modo diverso funzionano diversamente. A quel punto lì il paziente mi chiede di farle in maniera diversa e io che cosa gli dico? Qual è il mio giudizio, che cosa interviene nel formulare il mio criterio e la mia idea di merito a questo punto? Il sapere scientifico mi sorregge sì, ma solo fino a un certo punto. Mi sorregge solo fino a dire: so che così le cose funzionerebbero meglio, però lui pensa che le cose siano in maniera diversa. Sto parlando proprio dell'interrogativo etico, non tanto dell'aspetto della circolarità della relazione o del fatto che comunque, all'interno di qualsiasi dimensione terapeutica c'è qualche cosa di co-costruito, quindi non siamo solo noi che diamo delle cose, ma è il paziente, o la persona con cui ci mettiamo in relazione, che ci consente di far emergere poi il risultato. Questo è un aspetto tecnico professionale sicuramente rilevante e sto sottolineando invece proprio l'aspetto dell'interrogativo etico, quindi del rapporto fra quello che noi sappiamo e dell'efficacia delle cure e del beneficio che ne può trarre il paziente. Perché poi la la domanda fondamentale finale è appunto come definire l'interesse del paziente, qual è il beneficio che lui ne può trarre e quindi quali categorie utilizziamo?

L'altra domanda, che è legata sempre a questo percorso è legata non solo al rapporto fra etica e diritto in astratto, ma fra etica e diritto alla cura. Comporta il riconoscimento al paziente della possibilità, non tanto di invocare questo diritto - caro dottore, io ho diritto a questa cura quindi tu me la dai - quanto a quello di stabilire i criteri di appropriatezza di questa cura, o la valutazione della sua efficacia. Quindi non è solo tu me la dai, ma me la dai a queste condizioni, per questo periodo di tempo, perché a me sembra che le cose così possano andare meglio. Badate questa non è una domanda che riguarda o si riferisce soltanto all'area delle tossicodipendenze, ritorno a quello che avevo detto all'inizio. Queste sono domande che attraversano tutto il campo. Quante volte il paziente ulceroso dice: "ma sì, mi dia il Ranidil". Gli si risponde: guardi che però se non segue una dieta, non fa una serie di cose. Lui risponde: "sì, ma non importa, lei mi dia il Ranidil che poi ci penso io alla mia dieta, ci penso io al costruire l'impianto motivazionale che può sostenere o meno la cura". Guardate che questo discorso del rapporto col paziente esigente non è una cosa che riguarda solo noi perché ci occupiamo di tossicodipendenza. Diventa rilevante perché è diventato ed è oggetto di osservazioni che non sono pertinenti a questo ambito. Ma le stesse domande potrebbero davvero essere fatte a qualunque medico di base nel momento in cui esercita il suo diritto a dire al paziente: "no, questa roba qui non te la do, perché se non fai una serie di cose, questa non può funzionare". E qui poi il rapporto diventa quello fra la responsabilità terapeutica e la respon-

sabilità del sistema delle cure, che è un altro aspetto su cui sarebbe interessante aprire, indagare ed esplorare. Però non lo apro neanche perché non c'è il tempo. Cos'è che consente al clinico, al terapeuta, a chi ha in cura le persone, di dire: questa cura può funzionare a condizione che tu ti attenga scrupolosamente alle prescrizioni. E, per esempio, di conseguenza, visto che non ti sei attenuto alle prescrizioni, io questa cura non te la do più. Questo è un interrogativo etico, questa è una domanda alla quale noi siamo comunque sollecitati a rispondere. Al di là del fatto che poi, nelle pieghe del quotidiano, queste risposte siano magari il risultato di mediazioni poco consapevoli e questo secondo me è grave. Cioè è molto meglio avere dei principi e delle dichiarazioni etiche fondanti, e credo che sia questo uno degli aspetti che dovrebbe sollecitarci di più. Il limite, diciamo più sotto l'aspetto degli operatori dei servizi che non degli operatori delle comunità. Gli operatori delle comunità questa idea ce l'hanno da sempre molto più chiara di noi. Ma gli operatori dei servizi hanno sempre avuto una vocazione più di tipo descrittivo che non normativo. Noi, noi descriviamo le cose, diciamo che le storie sono complesse, che i pazienti sono cronici. Ma quando dobbiamo entrare poi nel merito di puntualizzazioni di tipo più normativo, abbiamo difficoltà. Sono difficoltà di ordine culturale, formativo. Credo che questa difficoltà dobbiamo cominciare ad affrontarla, cioè dobbiamo cominciare ad affrontarla cercando di tradurre in linee di condotta non più sotterranea o non più semplicemente in assesment che servono nel momento in cui c'è da difendere un territorio. E allora si dice: la responsabilità del medico, la libertà del medico. Ma questo, voglio dire, è qualche cosa che una volta che è affermato sappiamo benissimo che poi viene costantemente e quotidianamente rinegoziato. E in questo processo di rinegoziazione abbiamo necessità non di affermazioni teoriche, ma di principi etici condivisi che ci sorreggano.»

Ripresa dei lavori

Dott.ssa Mariella ORSI:- «Sono molto contenta di stare in questa sessione, che credo sia stata voluta per avviare un percorso. Io faccio la sociologa, quindi appartengo a quel settore non medico che viene definito spesso "altro" e così via. Avete visto prima che si parlava di che tipo approccio abbiamo. Vengo però da un lavoro dal 1975 in un SERT di Firenze. Il titolo della relazione è legato a due aspetti importanti che svolgo anche all'interno del mio lavoro. Uno è l'etica della prevenzione e l'altro quella della riduzione del danno. Sono state già dette da Maurizio COLETTI alcune cose molto precise. Vorrei solo puntualizzare alcuni aspetti. Il primo è che sulla prevenzione non siamo stati sempre eticamente corretti. Credo che tutti abbiamo pensato di fare una informazione scientificamente corretta. Però non sempre ci siamo interrogati sull'eventuale pregiudizio che ci negava di acquisire informazioni su fonti più ampie. Parlo soprattutto delle nuove sostanze, che io chiamo invece che nuove droghe, perché quando iniziai nel '76 c'era già l'LSD, quindi chiamarlo nuovo mi sembra improprio. E il problema cocaina già allora era presente nel nostro paese, pur se non tra i nostri utenti. Premettere sempre "allo stato attuale delle conoscenze", credo sia un orientamento etico. Credo anche che sia importante che noi contestualizziamo il contenuto delle nostre informazioni, adeguandolo al target. Sicuramente abbiamo vissuto l'anno scorso una notevole caccia alle streghe, relativamente ad un piccolo opuscolo che era stato distribuito con lo scopo di aiutare le persone che già usavano sostanze a ridurre i danni. Il fatto di acquisirlo come materiale utile alla prevenzione tra i giovani, o alla prevenzione primaria, all'informazione sulle sostanze, ha voluto dire stravolgere i due interventi. Qualcuno l'ha dato senza una mediazione di persona, alcuni non l'hanno tenuto nel SERT, ambiente cui era stato dedicato. Credo che dobbiamo fare molta attenzione al diffondere informazione, se non abbiamo precisa coscienza delle ricadute che questo tipo di informazione ha. Dall'altra parte, è eticamente corretto aiutare le persone, a cui noi rivolgiamo gli interventi di informazione, permettere loro di acquisire gli strumenti utili a conoscere i rischi. È chiaro il nostro intendi-

mento è di aiutarli a prevenire i rischi. Ma credo che sia assolutamente importante che noi motiviamo loro a scegliere di evitare gli effetti dannosi e indesiderati. E troppo spesso chi è contro una certa sostanza, e magari è molto tollerante con altre che si chiamano sostanze droga, ma sono legali, forse non effettua questo distinguo. Infine, credo che aiutare e favorire l'autonomia e la determinazione delle persone voglia dire anche non lasciare fuori i medici di famiglia. Li abbiamo avuti, forse in certi momenti, anche un po' ostili, anche un po' indifferenti. Abbiamo ora una nuova stagione di rapporti in cui i medici di base devono ridiventare soggetti che si accorgono in modo precoce di alcuni sintomi di sostanze, dell'uso di certe sostanze, possono dare dei danni. Sicuramente molte cose hanno a che fare con l'alimentazione: anoressia e bulimia sono già molto presenti ai nostri servizi, ma credo anche che sintomi precoci di abuso di sostanze legali, in particolare stiamo lavorando per il pericolo delle sostanze dopanti, sia qualcosa che è troppo ancora sommerso. Infine è bene evitare di creare inutili e dannosi allarmismi sociali: chiamo in causa la responsabilità sì dei mass media, ma quanti di noi hanno accesso ai mass media e possono, con dichiarazioni di un tipo o dell'altro, favorire una distorsione della percezione del rischio. Per quanto riguarda l'aspetto relativo alla riduzione del danno, io credo che, riferendomi a quanto ha detto COLETTI prima, sia sicuramente un compito dei politici l'allocazione delle risorse, ma quanto noi orientiamo in un senso o nell'altro questa allocazione? Vorrei dire che siamo spesso noi a chiedere parti del finanziamento del fondo nazionale droghe, a chiederlo in modo spropositato per uno o l'altro dei settori a cui questo è dedicato. Credo che sia molto importante riconoscere che siamo di fronte a un periodo in cui l'etica e la bioetica ci chiama ad un percorso formativo. Quando dieci anni fa iniziai a fare il primo corso universitario sulla bioetica, credo che fui chiamata a occuparmi, a imparare qualcosa di più, proprio in base alla mia esperienza. Però non tutto è solo etica, troppo spesso abbiamo un'etica che si spalma un po' su tutte le cose, e credo che occorra anche avere chiarezza tra i compiti e la deontologia e l'etica in senso proprio. Un piccolo accenno, l'anno scorso osai criticare un po' i miei colleghi, sia di Federsert che di altre associazioni, che nel riprodurre in modo molto opportuno quelle linee per il comportamento etico degli operatori del pubblico e del privato sociale, delle comunità terapeutiche, omisero solo di dire che c'era un rimaneggiamento di un punto essenziale; fu votato a Palermo. Avevamo quindi permesso di deliberare anche al ministero, quando nel '93 facemmo la prima conferenza. Credo che sia importante, fu il ministro BUONPANE a metterci intorno a un tavolo dicendo: verificatevi a vicenda. Ritengo molto opportuno quel che ha detto Maurizio: proviamo a immaginare un percorso che parta da qui, dagli scalini che abbiamo già fatto per correggerci continuamente nella nostra prassi. Quello che è sicuro che stiamo passando, e mi sembra molto opportuno come ha detto prima FEA, da un paternalismo medico che ha orientato chi di voi, andando in un servizio, si accorge che se era forse giustificato nel '75, nel '80 dare del "tu" ai ragazzi tossicodipendenti, ora è molto improprio dare automaticamente del "tu", perché siamo in un servizio tossicodipendenza verso persone che hanno un'età a volte più grande di quella degli operatori che li accolgono. Credo che dal paternalismo medico si sta passando a qualcosa che ha tre perni soprattutto: il consenso informato, il rifiuto dei trattamenti e la politica della riduzione del danno, lasciando ai medici, come è stato detto prima, tutto il campo più specifico delle scelte terapeutiche. Nei nuovi modelli assistenziali la scelta etica risiede appunto nel rispetto della libertà del singolo e del suo percorso. E questo è chiaramente anche dovuto a un grosso sforzo che hanno fatto i movimenti orientati alla difesa dei diritti individuali. Ma il consenso informato, per essere tale, si realizza solo nel caso in cui un soggetto è davvero messo nelle condizioni di compiere una scelta informata e libera da condizionamenti. E quindi, in qualche senso, è aiutato a scegliere, più che messo di fronte a una opzione che a volte non è così ampia come il ventaglio che potremmo e dovremmo fare. Uno dei punti fondamentali del consenso informato è permettere alla persona di andare ed essere aiutata ad accedere a servizi in cui certe scelte vengono fatte in modo diver-

so. Quanto è etico che nello stesso territorio presente delle città in cui magari ci sono quattro o cinque servizi, ciascuno dei responsabili del servizio orienta anche leggermente in modo diverso l'etica sui trattamenti e quanto può essere utile dire: lì però fanno anche questo o lì, per caso, è più facile trovare questo altro tipo di professionalità. Credo che dal punto di vista etico occorre lasciare che sia l'altro a prendere la decisione finale, che non significa lasciarlo necessariamente solo, perché l'autonomia è una dimensione che si ottiene in modo graduale e attraverso percorsi di relazione. Il dibattito avviato in questi anni tende ad evidenziare la necessità di osservare la realtà dal punto di vista dei più deboli, dei senza voce, al di là del genere, dell'orientamento sessuale, dell'etnia e dello status socio - economico. Anche per contribuire al cambiamento delle strutture sociali e sanitarie, affinché ciascuno acquisti un ruolo più attivo. Altra questione è quella della cura al di là della guarigione. La riduzione del danno diventa in questa ottica non una tecnica, uno strumento, ma una strategia che parte da una considerazione di fondo: si deve poter curare, è già stato detto, anche se si accetta di non poter o dover guarire la tossicodipendenza. Ci si propone di prendersi cura di colui che si affida a un servizio in senso globale, non solo quindi attraverso i trattamenti sanitari, ma con tutte le forme appropriate di sostegno psicologico e sociale atte a ridurre gli effetti negativi che la tossicodipendenza comporta. Occorre quindi che il servizio attui non regole rigide per l'accesso ai trattamenti, non tempi prefissati per l'abbandono, non tetti massimi. Ma soprattutto occorre sospendere ogni giudizio che in qualche modo suddivida l'utenza tra buona, perché si adegua ai consigli terapeutici, e cattiva, perché non accetta di curarsi o di seguire le nostre prescrizioni. Non è facile, per noi operatori entrare in questa ottica, che corrisponde a un vero e proprio agire professionale, che da sempre è abituato a misurarsi con i risultati in termini di guarigioni. Ma proprio la complessità dell'approccio a questa patologia sociale, rende conto della necessità di integrare gli strumenti operativi e partire dai bisogni. Per ciascun utente, nelle particolari condizioni in cui si trova in quel momento in cui si rivolge al servizio, bisogna praticare una strategia terapeutica volta a ridurre i danni, che permetta di aumentare sì la quota dei nuovi accessi ai servizi, anche di coloro che non riescono ancora, in quel momento, a formulare un proprio progetto di uscita dalla tossicodipendenza, farsi carico della sofferenza che questa ha già provocato in lui, e non solo. Credo che sia importantissimo dire che i servizi sono ormai molto orientati da approcci sistemici, con la famiglia e con l'ambiente con cui il tossicodipendente agisce, ma anche valorizzare, e questo è già stato anche detto, tutte le potenzialità del counceling che permette alla persona davvero di evitare le tre cose che stavano alla base delle sperimentazioni, che nell'80 abbiamo fatto con la morfina, evitare e ridurre i rischi di overdose, di infezioni e altre patologie associate, oltre alle spesso, quasi inevitabili, carcerazioni. Non sembri tutto ciò riduttivo rispetto all'imperativo professionale di aiutare quante più persone possibile ad abbandonare l'uso di droghe, né rispetto ad altri compiti professionali quali quello di aiutare un utente a comprendere i fattori che l'hanno condotto a bucarsi. Sentirsi curato da, con il significato di essere accettato per come si è, essere aiutato a capire come si sta, più ancora che essere aiutati a capire perché si è diventati così e fin dove i farmaci sostitutivi possono portarti a superare la situazione di dipendenza, ci sembra essere il mezzo più efficace per questa strategia. Ciò implica, e concludo, un lavoro di rete, che, partendo dalla rappresentazione dell'entità del sommerso - fatto non solo dal nostro punto di vista, ed è stato detto, nell'etica ci sta molto del punto di vista dell'utente e di quanto questo ci può dire di come vede la stessa situazione - giunga a sensibilizzare i principali referenti politico istituzionali sull'opportunità di avere progetti di intervento che comprendano tutti gli interventi, nessuno escluso, per il quale possiamo dire di avviare sul territorio un reale intervento di riduzione del danno. Troppo spesso vediamo che in un luogo sono state messe le macchinette scambia siringhe, nell'altro c'è un'unità mobile, in un terzo c'è qualcosa, ma non c'è un qualcosa che ha, in qualche modo, impregnato il territorio di una strategia assolutamente, pur se fatta da soggetti diversi, integrata. E quello che è più impor-

tante è che dobbiamo riuscire a coinvolgere la comunità locale, in modo tale che ci sia davvero un consenso sociale e una partecipazione a questa strategia, senza il quale ogni intervento tecnico potrebbe risultare scarsamente valido ed efficace.»

Dott. Paolo JARRE:- «Sono medico, sono responsabile di un SERT in provincia di Torino, a Collegno, che si occupa di un territorio che va da Torino al confine con la Francia. E sono presidente, da un paio d'anni, del comitato etico della sezione piemontese dello studio Vedette. La mia relazione è agli atti nel sito della conferenza, per cui ne sceglierò alcuni punti, lasciando poi magari anche al dibattito eventuali approfondimenti. Riprenderò alcuni dei punti che sono già stati toccati da altri interventi questa mattina, perché questa sostanzialmente è la sorte di chi interviene verso la fine delle sessioni. Il quadro di riferimento a cui mi riferisco vede nei principi della autonomia, del beneficio, del non maleficio e della giustizia, i principi etici fondamentali nel campo dell'intervento nella tutela della salute e, più in generale, in sanità. Rispetto dell'autonomia, ripeto solo brevemente alcune cose che trovate sicuramente in letteratura abbastanza facilmente, vuol dire consenso informato, segreto professionale, non illudere le persone rispetto alle prospettive delle terapie, il non costringere ad alcunché, il comunicare bene, in modo comprensibile per le persone con le quali si ha a che fare, anche ascoltando. Beneficio e non maleficio, molto spesso tenuti insieme, vogliono dire essere in grado di assicurare un beneficio netto alle persone con le quali si ha una relazione terapeutica, essere chiari sui rischi, accettare che ciò che costituisce un beneficio per qualcuno può costituire un maleficio per un altro e viceversa, anche al di là delle opinioni personali del terapeuta. E definire quali benefici e quali danni è possibile provocare. Giustizia, sia in termini di giustizia distributiva, sia in termini di giustizia fondata sui diritti, sia in termini di giustizia legale, cioè rispetto a delle leggi che siano moralmente accettabili. In Italia il problema della giustizia è particolarmente acuto, anche perché l'Italia è uno dei paesi, come hai ricordato ieri, che riveste maggiori risorse nel campo del trattamento delle persone con problemi di dipendenza. Per cui più sono le risorse investite, sicuramente più è acuto il problema della loro distribuzione nell'ambito della popolazione trattata e rispetto ad altre popolazioni eventualmente non trattate, perché quelle risorse sono finite, quindi non sono attribuibili in modo uniforme a tutti quanti. Tutti questi principi fanno poi riferimento a un aspetto particolare che è il loro campo d'azione, in particolare per quanto riguarda le tossicodipendenze, le persone con problemi di dipendenza da sostanze, del principio di autonomia. Qualcuno stamattina diceva che sostanzialmente per i tossicodipendenti si parla di capacità di intendere, ma non di volere, che in qualche modo, delle due, quella compromessa è la capacità di volere. Una delle tendenze attuali nel mondo scientifico è quella che anche persone che per loro natura, per la loro età o per loro condizioni di salute, loro condizioni mentali, sono, possono essere considerate ad autonomia limitata, come i bambini, come i malati di mente, si tende sempre di più a rispettarne, in prima istanza, la capacità residua di scegliere il più possibile, solo scegliendo di non farlo dove ci siano ottime ragioni per non farlo. Questo dovrebbe valere, a maggior ragione, per le persone dipendenti, a mio giudizio, perché sicuramente la possibilità di giudicare incapaci di intendere e di volere, o almeno anche solo di volere, persone con problemi di dipendenza da sostanze, è una questione estremamente delicata. Credo che sia molto delicato decidere di intervenire in una persona dipendente da sostanze, che non volesse modificare il proprio comportamento di dipendenza. Laddove soprattutto questo comportamento di dipendenza non vada a ledere il diritto di nessun altro, e qualche volta neppure la tutela della salute del diretto interessato. Il dubbio che vi pongo e mi son posto quando ho pensato a questo intervento e che vi ripropongo, è quello: valgono i principi dell'ingerenza umanitaria? Nel corso di questi anni siamo stati inondati di questi principi per gli interventi militari in Kossovo, in Kuwait. Si può pensare che la parti tossicomaniche delle persone siano come Saddam, come i Milosevic della collettività mondiale? Queste sono domande importanti, a mio giudizio.

Noi siamo in una situazione in cui c'è una legge che sanziona, anche se non più in ambito penale, dei comportamenti che sono considerati di tipo patologico. Quindi c'è una sanzione su un comportamento patologico. Anche quando questi comportamenti non abbiano alcuna ripercussione sulla collettività. C'è una legge che fra questi comportamenti patologici di dipendenza da sanzionare, ne sceglie alcuni, altri li lascia fuori, in modo assolutamente casuale e bizzarro determinato dalla stratificazione, assolutamente random, di scelte plurisecolari di tipo culturale, religioso, antropologiche. Non propone trattamenti alternativi ai fumatori di tabacco, cose del genere. La legge propone uno scambio fra un bene individuale, la libertà individuale, e un bene per la collettività, che è quello della sicurezza, chiamiamola così, di tenere in condizioni di detenzione una persona perché ha fatto un reato o perché questo dissuade altri eventualmente da farne. Quindi c'è uno scambio fra due beni probabilmente; questo non riguarda solo le tossicodipendenze, riguarda tanti altri ambiti. Questo scambio viene proposto solo ad alcuni tipi di persone, non esiste un analogo per altri tipi di problemi, che so per i cleptomani, per i pedofili, per altre situazioni, e questo è un nodo etico non da poco. Allora, noi siamo quindi in una situazione sostanzialmente un po' matta, ma questo lo sappiamo tutti quanti. Il processo sul quale volevo soffermarmi un attimo, è quello che sta accadendo in Italia, oramai da alcuni anni, che il passaggio dal tentativo di perseguire un beneficio definito a priori da qualcuno, un sistema curante, molto spesso incrostato di moralismo, molto spesso sbilanciato in modo molto forte verso la guarigione, verso l'emancipazione definitiva dalla dipendenza, la normalizzazione del comportamento, spesso costi quel che costi, anche senza tenere conto delle possibili perdite, a una ipotesi di interventi basati sulla evidenza scientifica, sulle prove d'efficacia, sul beneficio, sulla possibilità del paziente di autodeterminare le proprie scelte di vita. In parte questo processo è passato attraverso l'accettazione della recidiva come parte integrante del percorso. Però molti che hanno inserito la recidiva nel proprio programma trattamentale, hanno sostanzialmente detto: recidiva va bene, ma fino a un certo punto. Poi hanno organizzato il proprio programma come se fosse propedeutico a un'emancipazione definitiva dalla dipendenza. Per cui è detto: tu hai diritto a recidivarsi, i tossicodipendenti recidivano, fintanto che non vieni sotto nel mio programma; il mio programma poi mette la parola fine, se recidivi ancora dopo allora te la sei proprio voluta, allora è cattiva volontà. Credo che il nodo etico centrale sia proprio quello sulla natura del comportamento della dipendenza. Cioè o noi accettiamo il fatto di avere ancora delle grosse esigenze conoscitive, di indagine, di ricerca del consenso, di costruzione del consenso su qual è la vera natura del comportamento di dipendenza. Se si tratta di un problema unitario, di una sindrome unitaria, chiamiamola così, in qualche modo tutti quanti quelli che noi trattiamo hanno una stessa malattia, sempre che vogliamo usare questo tipo di paradigma. Una malattia che ha decorsi diversi, acuti, subacuti, cronici, ma è quella. Sono tante, sono tutte diverse l'una dall'altra, o sono alcune incasellabili in classificazioni sindromiche. Non lo sappiamo in quali di queste due situazioni ci troviamo. Cioè sono tutte cose alle quali, tutto sommato, non mi sembra sia stata data ancora una risposta definitiva, unitaria, che ritrova il consenso. Questi dubbi sono all'origine di molti dei problemi che tuttora ci troviamo nel definire che cosa è giusto, che cosa è sbagliato, cosa è opportuno fare, cosa non è opportuno fare. Perché, se si tratta di una malattia, una sindrome, bisogna trovare una cura più efficace, una un po' meno efficace, una ancora un po' meno efficace e così via, e poi, a seconda delle possibilità, del consenso che si ottiene, applicarle in un ordine che sia rigoroso da un punto di vista scientifico. Se si tratta di situazioni tutte diverse, bisogna trovarne molte diverse, individuarne ciascuna per ciascuna. Se non lo sappiamo si tratta di studiare. Credo che per certi versi, forse, del tutto non lo sappiamo ancora. Nel senso che noi non sappiamo ancora, in modo definitivo, come distinguere le persone che hanno un'evoluzione, chiamiamola una remissione vita natural durante, se non vogliamo parlare di guarigione, e quelle che invece bisogna continuare a trattare per trattenerle presso i proprio servizi. Questo è un nodo fondamentale. Fossero anche solo uno e

novantanove, fossero cinquanta e cinquanta, fossero novantanove e uno, noi dobbiamo, e questo è un problema etico, saper distinguere, e dotarci degli strumenti per distinguere quell'uno dai novantanove, quei cinquanta da quei cinquanta, quei novantanove da quell'uno.
Molti credono, a questo proposito, di avere già delle risposte definitive. Io personalmente, faccio questo lavoro da circa vent'anni, non ce l'ho ancora e mi trovo molto spesso a dovere proporre, trovare consenso e adottare dei trattamenti, degli interventi che definisco biodegradabili in qualche modo. Sostanzialmente mi permettono di cambiare idea a un certo punto, o di cambiarla insieme al paziente. Perché sicuramente anche quelli, e questa è l'esperienza clinica di tutti, che consideravamo assolutamente e irrimediabilmente con una brutta parola, brutta non perché sia brutta, cronici, un giorno cambiano. Noi non sappiamo ancora qual è quel giorno, come ci si arriva e ci sono quelli per cui sembrava che bastassero due scappellotti e un calcio nel sedere, che un giorno diventano cronici. Noi non sappiamo ancora come e questo è un nodo fondamentale. Il fatto di non aver affrontato bene questo nodo ha portato a tutta una serie di questioni. Ve ne cito alcune. Alcune forse più divertenti di altre. Mi sembra che prendendo da un articolo che mi ha fornito Fabrizio FAGGIANO, che ringrazio, che è un po' fra lo scherzoso e il non scherzoso, un articolo dell'anno scorso, sulla sostituzione dell'evidenza scientifica con altro, direi che in qualche modo l'evidenza scientifica, l'utilizzo dell'evidenza scientifica nel campo delle tossicodipendenze, è stata sostituita da tanti fenomeni. Mi viene da dire è stata sostituita per molti anni, siamo in Italia, dall'eminenza di chi, sostanzialmente, diceva lui, ipse dixit, il barone diceva che bisognava far così e allora bisognava far così. In qualche modo come questo costui avesse appreso che bisognava far così, questo non era sindacabile. L'eminenza di quelli che definisco, chi ha la pazienza di leggersi la relazione, ci troverà questa definizione, perché non me ne è venuta una migliore, i "ritiratori di ragazzi mal riusciti". Non so se avete presente la storia di Pinocchio? Postiglione, quando porta tutti al paese dei balocchi, con la carrozza. In qualche modo nel nostro paese sono assurte ad eminenze anche molto spesso personaggi di questo tipo. L'eloquenza molto spesso ha sostituito l'evidenza. Quindi la capacità di contarla bene. Poi gli italiani hanno una particolare passione per le belle parole, i bei discorsi, fatti bene. La veemenza e la virulenza, e questo è l'aspetto più problematico. Molto spesso è stata l'intensità, l'aggressività con cui si portavano avanti certi discorsi che ha sostituito l'evidenza. Mi viene in mente, ho un libretto che ho visto che distribuivano ieri, in cui si parla di recupero integrale della persona. Come il pane: recupero integrale. Cioè da un lato ci sono quelli che vogliono recuperare integralmente, quelli genuini, rustici, ruspanti, e dall'altro ci sono gli imbelli, quelli che le persone le vogliono recuperare solo a metà, che vogliano lasciarle un po' così, magari sono "drogatelli" anche loro, magari sono anche amici dei pedofili. Quindi la sostituzione dell'evidenza con la veemenza, con l'arroganza, con la violenza verbale. Occorre tornare all'evidenza. Poi ci saranno molti altri che lo spiegheranno meglio di me anche nelle sessioni che si svilupperanno nel corso della giornata, da un punto di vista tecnico scientifico. Bisogna spazzare via l'eloquenza, la violenza, l'arroganza, l'emittenza. C'è un ultimo punto che mi preme sottolineare. Che riguarda l'etica del cambiamento. Sull'importanza dell'efficacia rispetto all'efficienza, molti sono già intervenuti, quindi lascio perdere, qualcuno se lo potrà leggere. Sull'etica del cambiamento invece volevo dire ancora due parole. Nel nostro lavoro cambiamento è spesso sinonimo di un qualche cosa di positivo, nel senso che noi partiamo da una condizione definita a priori come di sofferenza, di malattia, di disagio, di emarginazione, e bisogna cambiare. Si parla di motivazione al cambiamento, di cambiamento della famiglia, di cambiare lo stile di vita, ma non ne vuole sapere di cambiare. Tutti quanti sapete che in natura non è così. Cioè il cambiamento di per sé non è un bene, è l'equilibrio fra cambiamento e conservazione che è quello che permette l'evoluzione della specie, il mantenimento dell'individuo e così via. Credo che questo debba essere riportato anche sul piano della pratica clinica nelle persone con problemi di dipendenza

da sostanze. Ci sono ancora in giro troppe persone, troppi programmi che portano avanti ipotesi di costruzioni di nuove identità, trapianti di personalità, cose di questo tipo, di vario genere. Un ragazzo mi diceva: meglio essere tossico che esser niente. Questo credo che l'avrete sentito tutti. Credo che l'impostazione corretta, da un punto di vista etico, sia quella di proporre, perseguire il minor cambiamento necessario e sufficiente, rispetto all'obiettivo primario dato. A Maurizio RUSCHENA, che è mio amico, non piace tanto questo esempio, però ve lo dico. Se per ipotesi venisse da noi una persona che è uno sfruttatore di donne, un pluripregiudicato, un violento, che è anche dipendente da sostanze e noi riuscissimo per magia, non è possibile, a farlo smettere di essere dipendente da sostanze, quello sarebbe il nostro lavoro. E invece molto spesso, proprio perché non sappiamo se guarisce o no, non sappiamo se è uguale a quegli altri oppure no, gli applichiamo, gli spalmiamo sopra una frittata di interventi, larga, aspecifica, poco calata sull'obiettivo primario. Lo facciamo diventare un bravo ragazzo, non ruba più, ha un buon rapporto con le donne eccetera, però continua a drogarsi. Questo è un problema, nel senso che noi siamo i servizi per le dipendenze. Sicuramente, sappiamo tutti che ovviamente i cambiamenti sono connessi fra loro, che le persone sono un tutt'uno. Questo era per stressare molto l'argomento. Tante volte le persone cambiano, ritornando ad un'accezione positiva della nozione di cambiamento, ma non sappiamo perché. E questo è un problema grosso, cioè costruire conoscenza rispetto al fatto che cambiano, ritornare al fatto che facciamo una professione che non è un'arte, che deve ritornare il più possibile a ricostruire i meccanismi per cui le cose accadono per poterle rifare con la stessa persona, con altre persone e con altri gruppi di persone. Dico quello che ho adottato, che cerco di adottare per me, ma credo che molti si potrebbero ritrovare in questo: lo spirito col quale approccio le persone con problemi di dipendenza da sostanze è quello del restauratore. Credo che ogni persona abbia diritto a valere almeno quanto un quadro, quanto un mobile del '700, quanto un affresco prezioso. E abbia diritto a che siano conservati anche i suoi difetti, oltre che i suoi pregi, perché questa rappresenta l'unicità di quella esperienza umana. Per cui noi, se per il carburatore vengono da noi, il carburatore gli dobbiamo guardare, non cominciare a parlare delle gomme, di come tiene la strada, allacciati le cinture quando vai, ma perché non la butti via questa automobile. Carburatore volevano, carburatore dobbiamo fare.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Per la pace di RUSCHENA, a cui non gli piacciono gli esempi, un paziente, nei tre o quattromila che ho visto, è guarito perché l'ho messo davanti a una responsabilità: o faceva il delinquente, il ladro, e svuotava gli appartamenti, o faceva il tossicomane. Ma ogni volta che faceva il tossicomane, lo arrestavano davanti all'appartamento dove si addormentava. E questo si è messo a svaligiare appartamenti, non l'ho visto più.»

Dott. Giorgio INZANI:- «Credo che manchi all'interno di questa sessione un elemento importante, che è quello che si chiama la cartina di tornasole, il discrimine. E non ha caso, non sono solo un rappresentante del CORA, m anche un medico, che ha avuto le vicissitudini del collega qui vicino, accusato di spaccio di metadone perché secondo scienza e coscienza prescriveva metadone ai pazienti rigettati dai servizi per le tossicodipendenze. Manca il dibattito che forse indirettamente è stato accennato nella relazione introduttiva di COLETTI quando parlava di moralismo di opposta visione. Ma è davvero così? Può davvero il medico, nei suoi interventi, o anche gli operatori, visto che ha parlato anche una sociologa, prescindere dal contesto all'interno del quale la sua azione si svolge? Può far finta di ignorare, e non a caso noi siamo qui, non con uno slogan, ma con un libro molto documentato, che il proibizionismo è un crimine? Un crimine contro l'umanità. E adesso articolerò anche questa affermazione, che non è un'affermazione categorica, ma un'affermazione fondata sul diritto. È come se un medico nella Germania nazista, accettando implicitamente le leggi razziali, fingesse di vivere in scien-

za e coscienza o di svolgere la sua azione di medico. Io questo non posso accettarlo. L'assente all'interno di questa commissione, mi auguro non sia altrettanto nelle altre, è il discrimine tra proibizionismo e antiproibizionismo, non tra moralismi di opposte visioni, ma quello che esiste tra nazismo e antifascismo, tra certezza del diritto e quindi sacralità della vita dell'ebreo, come rappresentante dell'umanità, e della vita del tossicodipendente. Partiamo dal fatto che in dieci anni di leggi proibizioniste in Italia sono morte sessantamila persone, dico io, trentaduemila dicono i dati ufficiali, di AIDS, di overdose, di epatite B, di epatite C, grazie a quelle leggi criminogene. Non sto parlando di persone che sarebbero morte in ogni caso di quelle patologie. O noi questi qui ce li mettiamo sotto il tappeto, come faceva Pippo, e continuiamo a ragionare e a discettare d'altro, oppure dobbiamo anche individuare le responsabilità di queste sessantamila vite umane. E le responsabilità sono di chi fece quella legge e di chi ha fatto finta, all'interno di quella legge, adesso è abbastanza facile dopo il referendum del '93 venire qui a dire, o dimenticare, che nei primi anni di applicazione della legge i SERT, allora si chiamavano NOT, sono stati i peggiori applicatori di quella legge, dando tre mesi di aspettativa quando uno gli si rivolgeva, non dandogli il metadone subito. Adesso noi diamo per scontate tutta una serie di cose che sono intervenute con lentezza nel corso degli anni, ma che in realtà non esistevano prima. E all'interno dei SERT c'erano i medici, c'erano i sociologi, c'erano gli assistenti sociali, c'era tutta una serie di persone che parlavano e dicevano altro. Allora, il proibizionismo è o non è un crimine? Da qui dobbiamo partire per capire poi all'interno di quale etica interveniamo noi medici o noi operatori. Dice e definisce crimine di genocidio lo statuto internazionale approvato nel '98, quindi sto parlando di documenti ufficiali. È crimine di genocidio cagionare gravi lesioni all'integrità fisica o psichica di persone appartenenti ad un gruppo, sottoporre deliberatamente persone appartenenti ad un gruppo a condizioni di vita tali da comportare la distruzione fisica, totale o parziale, del gruppo stesso. È crimine contro l'umanità, nelle definizioni si parla di sterminio quando, in modo particolare, viene sottoposta intenzionalmente, la persona e le persone, a condizioni di vita dirette a cagionare la distruzione di parte della popolazione, quale impedire l'accesso al vitto e alle medicine. Si parla di persecuzione intendendo l'intenzionale e grave privazione di diritti fondamentali, per ragioni connesse all'identità del gruppo o della collettività. Questi sono articoli di uno statuto internazionale approvato a Roma nel '98 e sono le fattispecie dei reati di genocidio e di crimine contro l'umanità, commessi sotto la cappa protezionistica del proibizionismo. O noi questo vogliamo dimenticarlo, e quindi diamo pesi diversi, perché già quelli che noi chiamiamo pazienti, già quelli sono "fattispecie sociale" diversa, perché quelli che sono morti non hanno più diritto di poter parlare. Oppure noi riportiamo le responsabilità nel loro alveo specifico. O teniamo conto delle esperienze anche di altri paesi europei, come la Svizzera, come la Spagna, come la Germania, parlo delle narco salas. Perché è chiaro, noi parliamo ai servizi pubblici, diciamo: a noi si rivolgono certe persone. Una volta si parlava anche di qualche, e forse sono ridotte a poco, camper che andava a cercarli i pazienti tossicodipendenti. Adesso mi sembra che oramai il SERT sia diventato quasi autoreferenziale, che non si ponga più nemmeno quel problema degli emarginati veri che continuano ad esistere. Almeno, mi auguro che non sia così.

Dicevo che sono un medico che ha deciso di trattare dei pazienti. Mi sono trovato incriminato in base all'articolo 83, ne parlava uno dei vostri relatori, connesso all'articolo 73, quindi per tre anni, fino a quando ho trovato, in questo caso devo dirlo, un Gip intelligente, che cioè non ha seguito pedissequamente la legge, come hanno fatto altri, ma ha seguito la sua coscienza, che ha detto che il reato non sussiste. Ma in realtà io avevo previsto, sulla mia testa, una condanna di venti anni di galera. E vogliamo dimenticare? Quanti sono i medici, certo diceva qui la signora del ministero, che non vanno a prendersi i ricettari? Ma chi glielo fa fare, se poi basta un magistrato qualsiasi, per incriminare un medico e poi prima che il nodo si sciolga passano anni e anni? Mi sono trovato lo studio vuoto, perché io sono un libero professionista, non lavoro presso una struttu-

ra pubblica, mi sono trovato lo studio vuoto perché dopo la perquisizione effettuata a casa mia, pensate un po', per sequestrarmi i ricettari, non per sequestrarmi il metadone, perché lo prescrivevo presso le farmacie. Dopo la perquisizione io mi sono trovato dei titoli di giornale "Medico spacciatore di metadone", oppure i medici che prescrivevano il Tengesic, in Piemonte, che si sono trovati con una campagna terroristica e terrorizzante sulla testa, che hanno avuto stroncate le professioni e così via. O queste cose noi le dimentichiamo, oppure diciamo: c'è l'isola felice dei servizi per le tossicodipendenze, che negli ultimi anni fa un'azione positiva e poi dopo ci sono, ritengo su tutto il territorio, quelli che fanno finta di niente, perché sanno che nei fatti l'articolo 83 è una spada di Damocle per qualsiasi medico, perché dà un potere discrezionale a qualsiasi magistrato per cui effettivamente se uno non ha le spalle un po' solide, rischia veramente di esserne travolto. Allora, detto questo, è utile o non è utile parlare di proibizionismo e di antiproibizionismo? È utile capire che quella legge è sciagurata, è una legge che ci dobbiamo togliere di torno, o almeno, anche solo per parlare tra medici, togliere quell'articolo 83 deve diventare una richiesta impellente di tutta la categoria. Poi voglio vedere se tolto quell'articolo c'è ancora qualche medico che non corra il rischio di "fare i conti" con i pazienti tossicodipendenti. Perché questo ritengo che sia il nodo da sciogliere e penso che se il dibattito deve rimettere i piedi per terra, di questo bisogna ritornare a parlare perché altrimenti, e mi spiace perché le relazioni erano veramente interessanti e importanti, parleremo e continueremo a parlare del sesso degli angeli.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Mi sento di dover adottare quello che ha detto in uno dei suoi minuti. Ognuno si porta alle spalle una storia pesante, anche fatta solo di lavoro, di quel buon lavoro che tutti quanti facciamo. Sinceramente, visto che sono passati vent'anni da quanto ho cominciato a fare questa professione, sono convinto assolutamente che noi non dobbiamo essere trattati differentemente da un cardiologo, né tantomeno i nostri pazienti devono essere differentemente trattati da uno che ha un glaucoma, voglio dire. Però dall'altra parte non deve esserci nemmeno questo atteggiamento, se non ho capito male, terroristico. Un medico sceglie di fare l'oculista, perché si sente più portato verso di quello, non deve sentirsi obbligato ad avere il ricettario perché dentro il suo studio, se ha il figlio o un paziente o qualcuno che s'è iscritto, deve avercelo per forza. Credo che ognuno nella libertà reciproca e soprattutto nell'ottimizzare la compliance con il paziente, debba dare quello per cui si sente preparato. Se sfugge, è un discorso. E allora è un medico cialtrone, parlando dei medici, o altre cose. Però dall'altra parte, sinceramente, non credo che noi ci dobbiamo preoccupare come medici di essere medici come gli altri e di imporre che i nostri pazienti siano pazienti come gli altri. Seguito a litigare nella mia azienda, ho detto: ma perché non mi trattate mai come un primario cardiologo? Una volta sola, un giorno, per un giorno, chiamatemi come se fossi un primario cardiologo. Poi alla fine abbiamo delle differenze e le sopportiamo. È la nostra vita, è la nostra storia. Perché in effetti poi chi tratta la tossicodipendenza, c'è quel vecchio detto è brutto, sporco e cattivo in posti brutti, sporchi e cattivi. Quindi, alla fin fine, perché occuparcene tanto? Stavo leggendo adesso questa cosa, non farò reclame a questo libretto, però vedevo che alla fine dice: questo impegna il governo a fare una serie di cose. Io mi ricordo quando con un grande trionfalismo, come Federsert, riuscii a ottenere un impegno del governo sull'occuparsi degli infermieri generici che siccome sono brutti, sporchi e cattivi andavano nei posti brutti, sporchi e cattivi. Quindi nel sistema sanitario nazionale chi non aveva il diploma di infermiere professionale, pur non andando, perché deve distribuire stupefacenti e quindi c'è il doppio dovere, però veniva mandato lì. Facevano finta di niente. E allora stavo guardando con una certa malinconia "impegna il governo a fare sì che entro sessanta giorni vengano emanato norme per la riqualificazione di detto personale". Ma dove? Alla fine forse qualcuno è riuscito a non sopravvivere.»

Noi abbiamo queste otto richieste; credo che sia assolutamente un atto dovuto che tutti

abbiano uno spazio per poter dire qualcosa. C'è anche da dire che un atto dovuto è andarcene, perché qui non eravamo previsti nel pomeriggio. Cerchiamo di fare le cose insieme. Non mi mettete per l'ennesima volta a fare un macello, che è una delle mie prerogative essenziali. Sul giornale che abbiamo fatto per il congresso, c'è un articoletto mio, dove c'è scritto: colpito e affondato. Perché tutte le leggi che sono state fatte dallo Stato, sono state colpite e affondate. E me lo ricordo quando sottovoce uno faceva: h4, colpito e affondato, legge 45, Stato - Regioni, colpito e affondato. Dichiarazione dell'MS sul metadone, colpita e affondata.»

Voce maschile:- «Non sono un operatore, sono un infiltrato. E quindi capirete un attimo un po' di tensione. Sto tranquillo, ma ho altre persone che mi affrancano dalla tensione. Voglio solo un attimo parlare di me, naturalmente perché questo può essere uno spunto per considerare alcune cose che sono state dette. Ho cinquant'anni. Ho contratto una dipendenza da oppiacei nel 1978 e dal 1980 sono in mantenimento metadonico e ho subito, in tutti questi anni, tutti gli interventi disastrosi prima dell'ANSELMI, e poi è arrivato DE LORENZO, non li dico neanche in successione perché non li ricordo neanche più. E tutte le volte che mi è stato interrotto il trattamento ho pagato delle conseguenze inenarrabili, e cioè ricoveri in case psichiatriche e altre cose che non vi sto neppure a raccontare, perché sono veramente drammatiche. Dal 1980 ho cominciato con il trattamento continuativo, anche se non sono mai riuscito ad avere una dose appropriata; è solo in questi anni che le dosi appropriate di metadone sono state cominciate ad essere attrezzate per quello che sono. Solo quindi dal 1980, ho cominciato di fatto a vivere una vita estremamente regolare, sono un dipendente pubblico, lavoro in un servizio di formazione e comunicazione, di un Comune, sono inserito nella società a tutti i livelli, ho tre figli, di cui uno in affidamento, questo è un esempio tra tutti; naturalmente non ho detto che avevo problemi, e mi è stato tolto. Dopo quattro anni che seguivo insieme alla mia famiglia un bambino extracomunitario di quattro anni, e insieme alla mia famiglia l'abbiamo aiutato a approcciarsi nei confronti della vita in modo più accettabile, hanno preteso dopo che avevo passato tutti i colloqui, e quindi ritenevano la nostra famiglia idonea, sono venuti per via indiretta a sapere che ero in mantenimento metadonico, mi hanno obbligato a chiedere una certificazione dove ero drug free, perché con il mantenimento metadonico non ero più idoneo. Dopo cinque anni di lavoro fatto con i gruppi, con assistenti sociali, con gli psicologi, il mio nucleo familiare era tutto regolare, mi hanno tolto la possibilità formale di andare avanti con questo bambino. Naturalmente non abbiamo dato importanza agli aspetti formali, e nell'aspetto sostanziale, questo bambino continua a essere all'interno del mio nucleo familiare. In sostanza, quello che vi chiedo, è solo questo. Adesso sono estremamente spaventato, ho un terrore folle, ancora una volta, so che la scienza è quella che mi dà tutte le ragioni, perché la scienza oggi, la rete Internet, mi dà anche la possibilità di verificare le varie cose che si sentono dette nei SERT. Sono riuscito, finalmente, a uscire da una logica di droga di stato, quella droga che è diventata tale, il metadone, solo perché voi operatori, in senso lato naturalmente, avete fatto sì che questo avvenisse, con le contrattazioni. Il mio SERT, che è il SERT di Modena, dove succedono delle cose veramente particolari e molto strane. Come dice NARDINI, tutti coloro che fanno dei mantenimenti obtorto collo, poi fanno forse più danno di quelli che non accettano di farlo o per lo meno che non hanno voglia di esserci. Però non è questo quello di cui volevo parlare. Io volevo dire questo. In sostanza, io ho un terrore folle. Se la destra andrà al potere e il proibizionismo avrà i risultati che stanno in qualche modo facendo, che cosa farete voi? Ho davanti il dottor INZANI che è la prima volta che vedo, ma che conosco. Persone come NARDINI mi danno la sensazione che forse non sarò solo. Nel momento in cui questi rapporti con la sostanza, che sono rapporti positivi, stabilizzati, che danno un riscontro in termini di qualità di vita, in che modo sarò tutelato? Questo è quello che volevo chiedervi e come la vostra etica in qualche modo vi imporrà di aiutarci nel momento in cui la legge ci impedirà di farlo, se

le destre andranno al potere.»

Chairman Dott. Carlo VALENZI:- «Evidentemente non riesco ad essere chiaro, perché insieme ad INZANI, un po' meno a NARDINI, ci stavo pure io, per due anni senza stipendio, con una famiglia, t'assicuro che non è gradevole. A quei tempi ero un dipendente del professor GUZZANTI, che era ministro della Sanità. Allora andai da lui, dicendogli: guardi professore qui c'è il problema, datemi una risposta, perché poi bastava una risposta per il GIP no? GUZZANTI disse: VALENZI, ma evidentemente, era un uomo eccezionale, lo ricordo come una persona splendida, vedi che a te, poi, in fin dei conti, i guai ti fanno bene. Guarda come stai bene in salute. Dissi: mi faccia dimagrire, a me farebbe pure piacere, se divento uno scheletro, guardi che io godo.»

Dott. NARDINI:- «Due cose delle quali mi dispiaccio. Sono arrivato tardi perché ho dovuto camminare circa un'ora e mezza per trovare questa sala. E quasi nessuno sapeva dirmi dove si poteva fare questa cosa. Ho scelto questa sessione perché mi interessava proprio l'argomento. Per ribadire non tanto quelle cose che sono state dette da relatori, cose eccezionali, io li avrei ascoltati per altre mezz'ore, perché in effetti ci hanno detto quello che si dovrebbe fare, ci hanno detto di tutto, dell'ascolto, dell'approfondimento, dell'aggiornamento. Ci hanno detto che noi, a questo soggetto tossicodipendente, dobbiamo dare delle cose così sofisticate, così nutrite, piene di significato, che veramente non c'è niente da dire su queste relazioni veramente eccezionali. Però ho voluto stare su un altro piano. Prima di tutto anche perché non so rivestire così, in maniera letteraria, tutti i concetti che cercherò di esprimere. Cioè sono andato a vedere dove non c'è l'etica. Se dobbiamo parlare di etica dei trattamenti, in maniera molto lapidaria, molto immediata, ho fatto un bilancio. Dov'è che non c'è l'etica del trattamento? E allora ho visto che c'è da poche parti. Nelle carceri non c'è nessuna etica del trattamento, anche laddove sono inseriti medici. I trattamenti nelle carceri vengono fatti in modo discontinuo, in maniera coatta, perché? Perché in carcere si fa così. E se tu riesci ad avere una visita di un medico di fiducia esterno, che è pure contemplato nella legge, in carcere si fa così. Ci sono delle eccezioni. Chi è giunto nelle carceri con il suo trattamento, col suo piano terapeutico, deve rinunciarci. Ci sono carceri privilegiate, cioè a custodia attenuata, dove sono ammesse solo persone tossicodipendenti che rinunciano al trattamento. Solicianino, a Firenze, è un esempio. Si entra a Solicianino soltanto se non si fa il metadone, cioè se non ci si cura. Manca però, a valle di questa esperienza, sapere quante persone escono dal carcere attenuato, quante overdosi, quante ricadute. E questa non è etica. Voi sapete che le vicende di San Patrignano hanno riempito le aule dei tribunali. Se voi leggete gli atti del primo processo di Rimini, Vincenzo MUCCIOLI faceva lavorare gli addetti nella vigna del Signore sulla collina benedetta, che era l'unico posto che si sarebbe salvato dal cataclisma imminente. Nessuno ha posto il problema etico a questo personaggio, che è stato trovato A praticare procedure di segregazione nei pollai, nei porcili. Ben vengano le catene se salvano i nostri figli dalle catene della droga. È etico tutto questo? Cosa sappiamo, quali trasformazioni sono avvenute in San Patrignano dal giorno in cui avvenivano queste cose? L'ultima eclatante è l'omicidio MARANZANO: il cadavere è stato gettato nella discarica. Cosa ne sappiamo di quello che è avvenuto: l'immagine di questo recinto che ci danno Maurizio COSTANZO e FEDE il giorno di Natale. Allora, voglio capire se qualcuno si è interrogato, se è etico questo, se è giusto, se in un paese civile noi dobbiamo veramente fare in modo che la politica sulla droga ci venga imposta da quattro preti, o sacerdoti, con tutto il rispetto, e un guaritore. È etico don Pierino GELMINI quando dice che questo Natale libera cinquecento guariti, usciti dal tunnel della droga? È etico che questa gente voglia definire noi, voi, spacciatori di droga per conto dello Stato, senza che nessuno osi denunciarli? Io ero al "Corriere della Sera" l'altro giorno, a Milano, per un'intervista, mi hanno detto: non si può parlare male di MUCCIOLI. Perché MUCCIOLI ci denuncia. È vero, ha denunciato quella persona che

ha scritto e ha raccolto delle firme per fare intitolare la strada anziché a MUCCIOLI a MARANZANO. Adesso quello è sotto processo. Verrà anche assolto, però intanto si deve pagare l'avvocato. Non c'è etica nelle comunità terapeutiche. Ma che cos'è il mondo delle comunità terapeutiche? È il mondo che assorbe il 90% delle risorse. Pochi giorni fa ero in una comunità dove abbiamo inserito una ragazza ucraina perché partorisse. Non era contenta all'idea di abortire. Ha partorito. Mi dispiace che don Bruno FREDIANI non ci sia, perché è una delle sue comunità. Ebbene questa ragazza mi ha detto: sono terrorizzata. Perché? Perché mi mettono fuori struttura. Cosa vuol dire fuori struttura? Sai mi mandano in una lavanderia, non posso parlare con nessuno, non posso vedere la televisione, non posso fare niente. Anche quindici venti giorni, te lo immagini, esco pazza. Logicamente tutto questo dopo l'averla istigata a togliersi le cure di dosso, dopo averla riempita di psicofarmaci, dopo aver fatto in modo che questa ragazza si sia tagliata tutta un braccio, classico no? Avrete visto i tossicodipendenti col braccio tutto sfregiato, per insofferenza, perché nessuno li ascoltava. È etico questo? E allora vedo nelle carte, laddove si distribuiscono le risorse. Ceis, benissimo, è anche questo un modulo in via di trasformazione. A Firenze, quasi tutte le risorse, in Regione, sono occupate da queste organizzazioni. Il progetto Ceis è finanziato al massimo. Ma se siete una modalità che forse avrà l'impatto sul 5, 6%, perché non dovremmo riparametrare queste risorse? È etico fare così? Io dico di no. È etico che queste organizzazioni che fanno i fuori struttura, che fanno pulire le mattonelle con gli spazzolini da denti, che fanno riempire e scavare le buche terapeutiche, è giusto che abbiano le convenzioni con il servizio pubblico, che dovrebbe controllare che queste cose non avvengano, perché sono violazioni dei diritti della persona e dell'ordinamento giuridico, quindi sono fuori legge. Però il SERT magari ci va, fa una visitina superficiale. Ma interroga i reduci. L'87% delle persone che noi abbiamo in cura, sono reduci dalle comunità terapeutiche e i loro racconti sono allucinanti. Pensate che ci sono comunità che ancora adesso pretendono di essere pagate vuoto per pieno. Non c'è più la retta giornaliera. Questo è importante. Non dico questo di fare di ogni erba un fascio, ma in tanti servizi dov'è l'etica? Arriva un povero disgraziato e si trova di fronte alla griglia di ammissione. Alle soglie, basse, alte. E poi si trova di fronte una persona che vuole sapere tante cose prima di dargli un trattamento. Cioè vuole sapere se ha visto la sua mamma che fornicava col lattaio. Tante belle cose prima. Oppure gli dice: torna fra venti giorni. Perché anche l'altro giorno mi è capitata una ragazza dalla provincia di Brescia, a cui ho detto: ma sei andata al servizio? Ha risposto: sonno due mesi che vado al servizio. Ma il medico che t'ha detto? Il medico non l'ho visto mai, c'era un'assistente sociale. Ma glielo hai detto che ti buchi tutti i giorni? Mi hanno detto che loro lo sanno che io mi buco tutti i giorni, ma che vogliono approfondire molto bene che tipo di trattamento darmi. Come se io mi troncassi una gamba e arrivassi all'ospedale e mi dicessero: sì, forse ti ingesseremo anche, ma prima vogliamo sapere quali sono i motivi profondi di questo tuo comportamento, per cui ti sei anche sventatamente troncato una gamba. Questo è il punto fondamentale. Accanto ho la provincia di Massa, dove i servizi per i tossicodipendenti, qui lo dico qui e lo sostengo, sono macchine perfettamente attrezzate per la lotta ai drogati, non certo per la loro assistenza. Un'ipotesi di interazione fra noi e loro: la responsabile del SERT ci dice che non può collaborare con noi. Perché voi siete con i tossicodipendenti. In questi scenari, dov'è l'etica? Io ho 204 cartelle aperte. Oltre cento di queste cartelle aperte riguardano persone che vengono lì per consulenza e poi attuano i trattamenti nei loro servizi pubblici, perché è un diritto per legge. Un diritto che poi non vogliono riconoscere. Ebbene, noi vediamo un po' un panorama di quello gira. Torino applica il 445, che non c'è più dal 1993. Sento, a un certo punto, ma questa dove sta, dove è residente? È residente dove gli pare e va a curarsi dove gli pare. Ma se andasse a prendere il metadone da due parti? Ma lei è medico dico? Sì. Allora, scusi, ma lei lo sa che io non vado a farmi trapanare il dente due volte da due dentisti diversi. Non ha ancora capito, dopo tanti anni, che il metadone non è una sostanza da abuso, che, messo a disposizione dei bisognosi, ne

usano di meno di quello che ne dovrebbero usare? E magari andasse a prendere il metadone da un'altra parte. Perché non gli dici: scusa, ti risparmio il viaggio, te lo do io? Il famoso discorso delle dosi adeguate. E' etico che ancora nei servizi ci sia gente che non sa nemmeno cosa è il metadone e come funziona? Questo è il punto fondamentale, questo volevo dire. L'antiproibizionismo. Sono d'accordo con INZANI. Ci sono medici come INZANI, come VALENZI e come la dottoressa TRETOLO a Firenze, che è stata condannata nei tre livelli, perché dava più morfina di quella che un comitatino pseudo scientifico aveva deciso che era terapeutico. Tutti i medici sanno che con la morfina posso ammazzare uno: cinquecento milligrammi, ma se quello se la fa e non crepa, dopo tre ore è in astinenza un'altra volta. Questo comitato aveva stabilito che 120 milligrammi di morfina era il massimo da poter dare, anche perché corrispondeva ai famosi trenta milligrammi allora teorizzati dal professor MANNAIONI. Non si sa su quale base scientifica, comunque era questo quello che avveniva. Questa donna è stata buttata in un fondo di galera perché si vedeva tornare indietro questi ragazzi che dopo essersi fatti i 120 erano in sindrome di astinenza. E che cosa succedeva? Poverina, ha cercato di manipolare un po', è finita in un fondo di galera. Nonostante siamo andati io, TAGLIAMONTE, i farmacologi, anche GESSA, e abbiamo fatto mandare i messaggi da un sacco di persone è stata condannata. Poi, logicamente, ha avuto le scuse dell'ordine dei medici, insomma. Credo che abbia passato dodici anni di sofferenze. Allora, chi è il medico coraggioso come INZANI? Il medico è una bella figura, ne ho incontrati tanti, persone in gamba, eccetera, ma il medico deve cercare anche di non andare incontro a questi problemi, a queste responsabilità. È etico che, dal '93, la classe medica può interessarsi al di fuori dei SERT, collaborando o meno, insieme agli operatori SERT per la cura dei loro assistiti tossicodipendenti e ci sono soltanto mosche bianche che fanno queste cose ? Se vogliamo usare la parola etica, dobbiamo uscire dalla logica dei guaritori, dei preti, e cominciare a operare in scienza e coscienza, ma soprattutto in scienza. Perché la scienza c'è. Non è, come ha detto CARLESI l'altro giorno, che le cose non si sanno nemmeno; ci sono trenta anni di studi, ci sono valutazioni, pannelli di consenso che si sono riuniti e che hanno dato il loro consenso sull'efficacia, sulla sicurezza dei trattamenti, e non sulla sottrazione dei trattamenti, che è tutta un'altra cosa.»

Dott. Gian Luca FARFANETI:- «Sono uno psicologo del SERT di Cesena. Non farò domande, ma una piccola riflessione su questo tema che mi è sembrato molto interessante. Una piccola osservazione che volevo fare è di non ridurre questo discorso dell'etica dei trattamenti solo nel rapporto medico e paziente, ma, ovviamente, se la tossicodipendenza la riteniamo una malattia sociale, non ridurre quindi il discorso ad un rapporto tra il medico e l'organismo; sappiamo che dobbiamo tenere in considerazione l'ambiente familiare e anche, soprattutto, il senso di questa malattia. Si è molto parlato del metadone, si è molto parlato dei trattamenti sostitutivi e ovviamente non è l'unico trattamento nelle tossicodipendenze. C'è tutta una serie di interventi per cui il discorso etico è importante come per il metadone. Questo discorso è quello che penso e che mi si è riconfermato nel sentire questi interventi, cioè che le teorie scientifiche non fanno l'etica, cioè non ci dicono quello che deve essere etico o morale o giusto. Ma, gli esempi anche di VALENZI, del dottore che ha parlato prima, ci dicono che ce lo dà il discorso etico, il buon senso. Secondo me il dottor VALENZI ha fatto, con quella esperienza che raccontava prima, una cosa di buon senso, come ha fatto probabilmente il dottor INZANI e come tutti i giorni tentiamo di fare in servizio, leggi o non leggi attorno. Questo è collegato ad un altro discorso, secondo me importante per l'etica: che il medico non deve lavorare da solo. Non so l'esperienza di altri, discuto quotidianamente con i medici del mio servizio per fare trattamenti integrati. Ma questo non solo perché vogliamo essere nel ruolo, ma perché un operatore da solo è molto più debole che insieme agli altri. Per cui vorrei parlare dell'etica del buon senso dell'équipe. Mi sembra che sia un tema di cui non si sia parlato molto. Cioè il fatto che un intervento è di buon senso se fatto insieme, non fatto

solo nel rapporto solo medico paziente.»

Dott.ssa MANNUCCI:- «Lavoro in un SERT di Roma, una delle tante cose che mi preoccupa, è che non sono molto d'accordo con il collega quando dice che i SERT non rischiano molto. Noi, per come è messa la legislazione, rischiamo tutti i giorni nel dare il metadone. Ci stiamo chiedendo, e questo è molto kafkiano, che mentre grazie a questo articolo 83 si dà, nel paradosso, la possibilità ai medici di poter prescrivere dei farmaci per un dosaggio di trattamento per otto giorni, che non devono dimostrare altro se non quello delle terapia, noi medici non abbiamo niente per quanto riguarda le prescrizioni. Ogni volta che noi diamo l'affidamento del metadone, cioè l'affido, rischiamo. Perché, prima di tutto, ai medici, per esempio, o ad altre categorie di medici qualsiasi, non viene richiesto che devono dimostrare qualcosa, orine negative, dosaggi, stabilizzazione terapeutica non so da quanto tempo, ma a noi ci vengono chieste queste cose; la circolare ci mette in queste condizioni, devi dimostrare che il paziente non so da quanti anni non si buca. Poi non si parla di prescrizione. Adesso ci sono moltissimi colleghi, è un tam tam di telefonate, in cui tutti quanti dicono: facciamo delle prescrizioni fino ad otto giorni di trattamento, però rischiamo tutti i giorni. Perché non è che noi prescriviamo, noi affidiamo. E su questi termini e con questa situazione, anche di tipo legislativo che si va a definire, rischiamo continuamente.»

Dott. Giovanni NICOLETTI:- «La prescrizione e l'affidamento sono esattamente la stessa fattispecie. Poi i magistrati possono fare tutto quello che si vuole. Se c'è un rischio per l'affidamento, c'è esattamente lo stesso rischio per la prescrizione, perché la cosa è esattamente la stessa. Quello a cui lei si riferisce, è quella circolare del 1994, di cui non ho parlato perché non è una legge, è un'indicazione tecnica. E' capitato è che alcuni magistrati e Carabinieri la usino impropriamente come un elemento di valutazione dell'uso terapeutico, che giuridicamente è una cosa che sta ai margini; per questo quella circolare probabilmente dovrebbe essere rivista. Ma comunque è un'interpretazione, non è strettamente dentro la legge. Quello che è fuori dalla legge sono i più di otto giorni, oppure gli usi di farmaci che non sono registrati. L'interpretazione su quale sia l'uso terapeutico, spetta al dibattito fra scienza e coscienza e oggettività della prescrizione. Ma per quanto riguarda il discorso affidamento o prescrizione, il rischio legale è assolutamente identico. Lo chieda al Parlamento questo. Teoricamente tutto è fattibile. Non so se quella riforma andrà in porto prima della fine della legislatura, c'è un certo consenso politico, mi sembra, anche se non c'è stata l'unanimità per fare approvare la legge direttamente in commissione, e questo già la dice lunga secondo me. Si tratta di una legge che è esplicitamente rivolta ad un uso terapeutico in certe categorie di persone, come malati tumorali. So anche di alcuni operatori che hanno cercato di fare pressioni sulle commissioni, perché la levassero, ma in quella forma, secondo me, sicuramente non passerebbe. Se vuole, giù di sotto ho la bozza del disegno di legge. Quella con la stampa del Parlamento; adesso, in verità, non so se le commissioni la stiano modificando nel senso che dite voi, può essere pure. Non mi pare che ci sia l'aria politica, perché succeda. In ogni caso mi sembra che quella legge, se passa, è un primo passo per far capire che non si deve fare di tutta l'erba un fascio; l'uso dei farmaci stupefacenti, che per quanto riguarda gli usi che interessano a voi è un piccolo passo, però, concettualmente, scarta questa idea della oggettività della prescrizione, rispetto alla soggettività del trattamento, che secondo me è il concetto di base, perché secondo me rimane un po' scorretto e pericoloso mescolare l'aspetto della correttezza dei trattamenti con quello della legislazione in generale, in cui a uno piacerebbe dire che la vorrei più di un senso, più di un altro. Quello che bisognerebbe cercare di dire è escludiamo gli aspetti di trattamento dalla legislazione. Il che non vuole dire necessariamente essere più tolleranti o permessivi con l'uso delle sostanze. Secondo me sono due aspetti che vanno tenuti distinti. Quello delle cure vere e proprie e quella della maggiore tolleranza che io culturalmente

posso anche condividere, ma mi sembra scorretto mescolarlo. Dal punto di vista pratico poi porta al risultato che, per evitare di sembrare tolleranti verso l'uso delle sostanze, si è intolleranti poi verso i trattamenti, questo è quello che succede in pratica. Sarà una posizione un po' troppo pragmatica e cerchiobottista forse, però non mi pare che sia la strada per uscirne, con tutto il rispetto ovviamente per chi ha pagato in prima persona per questo genere di problemi.»

Padre Giuliano STENICO:-«No, siccome come prete, come responsabile di un Cei, sono stato designato come un responsabile di una camera della tortura, allora qualcosa vorrei dire. Ma non è solo per questo. Mi sembra che ci sono stati alcuni spunti positivi, che vorrei riprendere perché sono quelle intuizioni che si hanno rispetto alle quali bisogna condividere. Che sono: primo l'affermazione che è stata fatta circa il buon senso. Che sembra una cosa non configurabile, in realtà lo è. Io lo tradurrei così: l'esperienza che gli operatori del pubblico e del privato hanno accumulato nel tempo sulla cultura dell'intervento. Rispetto alla quale gli strumenti scientifici che noi usiamo sono estremamente importanti, ma sono scientifici. La sintesi che si fa invece fa parte del cosiddetto buon senso, che non è né una questione di buon cuore, né una questione di equilibrio, è una questione proprio di esperienza accumulata e verificata con gli strumenti. Secondo, la cosa che è stata detta, mi sembra da lei, che non si sa perché guariscono. Io me lo sono detto tante volte. Vi potrei raccontare tantissime storie. Non si sa perché guariscono anche situazioni di persone che hanno problemi di tossicodipendenze, di AIDS e qualche problematica psichiatrica, che hanno trovato un modello, uno stile di vita positivo. Così come non si sa, in fondo, perché alcuni non riescano a trovare la strada. Rispetto a questo non si sa, mi sembra importante, un po' quello che dicevo, il cuore della relazione è costruire delle opportunità, il più possibile, rispetto alle quali l'individuo possa crescere. E riprendo quello che diceva NICOLETTI. Non è che noi possiamo fare le stesse cose in ogni ambiente. Un contesto di comunità terapeutica ha degli obiettivi e deve mantenere fede a quegli obiettivi. Perché è un'opportunità. Purché non pretenda di porsi come l'opportunità. Vedo l'individuo come uno che compie un viaggio. Rispetto a questo viaggio e agli ambienti che vede, probabilmente scopre delle intuizioni che scattano dentro di lui. Penso che allora sia importante questa conclusione, che, non un servizio da solo, non l'operatore da solo, non nemmeno lo stesso sistema dei servizi, strettamente detti, ma anche l'associazionismo e il volontariato costituiscono questa opportunità.
Quello che ha detto il signore riguardo al Ceis mi sembrano francamente delle leggende metropolitane, nel senso che il SERT non viene a farci una visitina, sa esattamente quello che si fa. Siamo sottoposti al certificato anche di qualità delle procedure. Per quanto riguarda i preti, non è questione di preti o laici. Se ci sono delle persone che hanno dei disturbi di personalità, sarebbe bene che non fossero dei leader nazionali, però siccome dall'altra parte, ce ne sono altrettanti che hanno dei disturbi di personalità è molto difficile poi riuscire a intervenire. Che forza abbiamo noi operatori? È quella che ci prendiamo, quella che ci concedono, però, francamente, San Patrignano, lo sapete meglio di me, ha un potere assolutamente sovra dimensionato rispetto all'intervento che fa.»

TOSSICODIPENDENZA FEMMINILE E GENITORIALITÀ

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Sono la responsabile dell'Ufficio tossicodipendenze del Ministero della Sanità. Oggi abbiamo una tematica di grande interesse. Qualcuno di voi ha chiesto di sapere il programma degli interventi. Ora ve li leggo rapidamente. La dottoressa SAMBATARO aprirà con "Donne e tossicodipendenza: dalla complessità alle proposte terapeutiche". Seguirà l'intervento della dottoressa Maria Pia BRUNATO, che ci parlerà di "Maternità e tossicodipendenza". Poi avremo l'intervento della dottoressa Margherita RICCIUTI su "Tossicodipendenza e differenza di genere nel ruolo genitoriale", Don BENZI che ci parlerà della "Relazione particolare tra madre e figlio nel percorso terapeutico". Quindi, la dottoressa Susanna COLLODI tratterà il tema "La presa in carico e il trattamento delle donne tossicodipendenti durante la gravidanza e il puerperio", un'esperienza del SERT di Roma. La dottoressa BURRONI ci parlerà del "Progetto regionale piemontese: esiti a breve, medio e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini. Valutazione integrata delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti". La dottoressa Simona SALETTI ci parlerà de "La presa in carico di famiglie tossicodipendenti (modello di interventi residenziali)" e la dottoressa CARLETTI ci parlerà della "Genitorialità e tossicodipendenza: esperienze di una comunità residenziale". Poi abbiamo l'Associazione PARSEC, che è del Ministero della Sanità, ma realizzerà un progetto con la dottoressa Daniela CERRI che ce lo illustrerà, infine passeremo agli interventi richiesti.

Come tutti sapete, in Italia, le donne rappresentano circa il 14 per cento di tutta la popolazione tossicodipendente e circa un terzo di esse ha dei figli minori. Nell'ambito dell'utenza dei SERT che noi monitoriamo, le donne tossicodipendenti in stato di gravidanza, con figli, rappresentano una popolazione molto numerosa ma acritica, tale da richiedere un'attenzione particolare e un intervento specifico da parte di tutte le istituzioni preposte a questo problema.

L'acriticità della tossicodipendente è in relazione soprattutto al verificarsi di eventi i quali, in caso di gravidanza o di maternità, possono determinare danni al feto, danni permanenti ai figli, difficoltà psicologiche che i figli possono incontrare e complicanze che possono derivare dalla trasmissione di malattie sessuali, da un punto di vista soprattutto dei vissuti di convivenza.

I dati che abbiamo ci dimostrano come, tra i tossicodipendenti in carico ai servizi, siano anche numerosi i padri con figli minori, anche se nella problematica, il pari ruolo della donna è sicuramente quello maggiormente coinvolto e critico, anche per fattori che incidono psicologicamente di più, che legano di più la madre al figlio.

La condizione genitoriale delle donne tossicodipendenti, da una parte costituisce un elemento di crisi, ma dall'altro potrebbe essere invece individuata come un punto di forza sul quale agire per il recupero e per l'uscita dal tunnel della dipendenza, facendo leva sul ruolo, sul rapporto col figlio, sul danno che eventualmente può essere determinato al figlio e ci sono anche altri timori che potrebbero essere utilizzati forse a scopo quasi terapeutico, cioè quello di evidenziare quale può essere la possibilità di perdere il ruolo di genitore, se il figlio venga sottratto.
Credo che in questo settore ci sia molto sia da approfondire e da studiare ancora ed è per questo motivo che il Ministero della Sanità ha accolto molto volentieri la possibilità e il segnale di interesse da parte del Dipartimento degli Affari Sociali e insieme costruiranno dei progetti.
Un progetto, per la verità, è stato già finanziato con i fondi dello scorso anno e verrà bandita una gara, quindi sono state espletate tutte le procedure amministrative, è stato individuato un ente che molto probabilmente, da gennaio, comincerà la sua attività. Vi sarà illustrata dal responsabile del progetto questa iniziativa, che sarà seguita da un altro progetto che la Presidenza ha finanziato per l'anno 2000, che farà il punto, partirà un po' da dove l'altro si ferma. E' un progetto che sfiora questa tematica, nel senso che la allarga anche ad altre problematiche assai critiche come quelle del tossicodipendente con un risvolto di patologia psichiatrica e anche con le problematiche legate alla prostituzione.
Una delle altre difficoltà che si incontrano nella gestione di questi problemi è che le tante sfaccettature che la questione presenta non sono affrontate tutte da un'unica struttura e quindi con un unico progetto di intervento. Sono tante le forze che devono essere messe in campo per raggiungere l'obiettivo e il coordinamento di tutte queste risorse umane: non sempre è così logico e così ben costruito.
La nuova legge, la riforma, credo che in questo senso ci darà una grossa mano, perché vede questa rete estendersi sempre intorno a quello che è l'obiettivo centrale, cioè la persona; se tutti noi, a cominciare dalle istituzioni che per ora hanno lavorato su questo nuovo impianto, le Regioni, le ASL, le aziende, tutti quanti fino all'ultimo operatore, saremo così attenti nel realizzarlo, credo che forse effettivamente faremo un grosso passo avanti.
Passiamo agli interventi più interessanti e allora, la dottoressa Venera SAMBATARO, del SERT di Adrano, di Catania, ci parlerà, come avevamo detto prima, de "Le donne tossicodipendenti: dalla complessità alle proposte terapeutiche".»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Vi annoierò con un po' di dati che in questi giorni sono stati detti e ridetti, in modo più o meno parziale. Volevo partire da un dato di fatto e poi, se mi consentite, velocemente scorreremo un po' di dati nello specifico.
Sono cifre che si riferiscono al '98 perché soltanto ieri abbiamo avuto quelli del '99, comunque ho dato un' occhiata veloce e non ci sono differenze significative nei numeri che andremo a vedere, tra il '98 e il '99.
Come già abbiamo più volte detto, il 14 per cento dei nostri utenti tossicodipendenti sono donne e il problema diventa importante perché appunto il 30 per cento di queste donne ha figli in età minore e tra l'altro con il problema della cronicità, quindi dell'alzarsi dell'età media, questa percentuale è destinata ad aumentare.
Naturalmente, tra una regione e l'altra, abbiamo, come per gli uomini, delle differenze sostanziali e significative nel rapporto maschi/femmine e all'interno della stessa regione abbiamo differenze importanti tra una zona e l'altra, le zone rurali sono meno interessate di quelle metropolitane.
Da questo punto di vista, abbiamo delle grosse difficoltà nel centrare e focalizzare bene il problema, perché i dati epidemiologici che riceviamo dai Ministeri dell'Interno, Giustizia e Sanità, non contengono elementi specifici. Hanno il dato maschio/femmina, però non hanno quello sulla prole, né per i maschi, né per le femmine. Questo è un dato

che nel documento della Consulta avrete visto: il primo punto che abbiamo richiesto è che il Dipartimento si faccia carico di chiedere al Ministero della Sanità di inserirlo.
Nel '98, le donne censite dal Ministero della Sanità sono state nella popolazione dei tossicodipendenti, 18.916 e nel '99 sono poco più di 19.000, quindi la differenza è poca, con un rapporto maschio/femmina di 6,3 a 1. Questo rapporto, c'è da dire una cosa che mi pare positiva, conferma un trend in discesa rispetto alle donne. Infatti siamo passati da un rapporto di 5,2 a 1 del '91 a un rapporto di 6 a 2 nel '97, e questo è abbastanza significativo.
La prevalenza, a livello di regioni, è molto più marcata nel Nordest e va, man mano che noi scendiamo, fino alle regioni meridionali, decrescendo fino a un rapporto di quasi 16 a 1 in Calabria.
Probabilmente le condizioni di vita, più legate a un modello di tipo agricolo o contadino, riducono sicuramente l'incidenza della malattia.
Per quanto riguarda i dati epidemiologici relativi alle patologie correlate alla tossicodipendenza, possiamo vedere che per quanto riguarda la B, non abbiamo sostanziali differenze tra maschi e femmine, anzi, per la B c'è un lieve decremento, ma è legato anche alla campagna di vaccinazione, e invece per la C c'è un lieve aumento nelle donne rispetto agli anni precedenti.
Per quanto invece riguarda l'HIV, la situazione è un po' più drammatica, perché siamo passati, per quanto riguarda le donne, da un 16 per cento di donne nell'85 a un 25/26 per cento nel '99. Per quanto riguarda la distribuzione dei casi di sieropositività per HIV nella donna rispetto alle categorie di esposizione, c'è da dire che c'è un 60 per cento dei casi è costituito comunque da persone che fanno uso di droghe per via endovenosa.
Ancora più carenti sono i dati che riguardano l'alcool. Molto spesso noi parliamo di droghe e ci scordiamo l'alcool, che è ancora più importante, per i danni sul feto, rispetto alle droghe, perché poi ci sono anche dei danni che il medico sa, che si portano avanti anche su altri livelli. Tra l'altro, l'alcool è ancora più forte come consumo e numero di donne interessate al fenomeno. A livello dei dati del '96, il rapporto maschio/femmina era di 3,2 a 1, quindi abbastanza elevato. Mentre il dato sulla tossicodipendenza mostra che non ci sono differenze tra Nord e Sud specifiche, possiamo avere alti rapporti in alcune regioni del Nord e consistenti numeri di donne alcoliste anche al Sud. Per esempio, abbiamo che nel Sud il rapporto è di 3 a 1 in Sicilia, Basilicata e Puglia. Ci aspetteremmo qualcosa di diverso. Poi vedremo perché. Bisogna cominciare a fare attenzione a questo dato. Tra l'altro, a livello nazionale, non abbiamo neanche - forse si è già posta l'attenzione a questa faccenda delle patologie psichiatriche o somatiche collegate con la tossicodipendenza - dati specifici per le donne rispetto a questo tipo di patologie, né rispetto ai trattamenti fatti.
Rispetto alle nuove forme di dipendenza, le nuove droghe e il gioco d'azzardo, abbiamo proprio il deserto totale dei dati, non c'è nulla e sicuramente anche queste sono delle patologie che certamente coinvolgono molto anche la donna, specialmente il gioco d'azzardo.
Nei dati che andiamo a visionare o a costruire tutti gli anni, mancano informazioni puntuali sulla situazione familiare o sociale dei nostri utenti. Quindi non abbiamo modo di costruire una mappa familiare che ci aiuti. Una cosa da evidenziare, ma che poi ha un suo corrispettivo negativo da questo punto di vista, è stata che sicuramente le donne incidono percentualmente in misura minore nell'essere protagoniste di comportamenti devianti legati all'abuso. Probabilmente questo ha un suo corrispettivo diverso che vedremo dopo. Tra l'altro, questo basso rapporto donna/uomo nell'abuso di sostanze illegali, si accompagna a una rilevanza notevole nella popolazione femminile di disturbi dell'alimentazione. Ormai sappiamo tutti quanti che il problema dell'asse anoressia/bulimia è un corrispettivo, nel mondo psichico femminile, della dipendenza da sostanze e anche questo andrebbe approfondito.
Sicuramente, anche nella donna, ma forse soprattutto nella donna, la tossicodipendenza

esprime più che nell'uomo una sofferenza che viene espressa non tanto come trasgressione, come è sicuramente più nell'uomo, ma che viene compensata, comunque curata come self therapy, mediante l'uso delle sostanze. Quindi, la tossicodipendenza non ha una sua connotazione specifica di patologia ben definita a cui possa corrispondere una personalità o comunque una struttura di famiglia ben precisa. Diciamo che esprime una sofferenza che poi viene compensata in questa maniera.

Credo che sia nell'esperienza di tutti il fatto che, se anche sono di meno le donne tra i nostri utenti, sicuramente sono quelle più difficili da trattare, sia perché probabilmente hanno una maggiore resistenza a conformarsi alle regole dei servizi, delle comunità anche se poi, tutto sommato, quando decidono di farsi curare, rispondono meglio, perché sono più capaci di mettersi in gioco, di mettersi in discussione e quindi di attivare risorse interiori che sono certamente utili nel processo di guarigione, di uscita. Questo è abbastanza importante, secondo me.

Tra l'altro, la maggiore gravità, secondo me, delle nostre pazienti deriva anche dal fatto che certamente sono le più fragili, quelle che hanno vissuti più degradanti o comunque problemi psichici maggiori; la doppia diagnosi, che riguarda i problemi dell'affettività, è molto frequente nelle donne. La prevalenza di disturbi psichiatrici tra le donne tossicodipendenti riguarda la depressione, per esempio, nelle sue forme più o meno gravi. Questa valenza di disturbo dell'affettività, insieme alla tossicodipendenza, aumenta il potere invalidante della situazione di tossicomania, probabilmente perché la donna, in questo contesto, anche per un fatto culturale nostro, è più emarginata socialmente e familiarmente quando si trova in questo tipo di condizione. Tra l'altro, nella nostra cultura di tipo mediterraneo, i ruoli che storicamente e culturalmente vengono riconosciuti alla donna sono quelli che riguardano la relazione. La donna soprattutto, sia in ambito professionale che familiare, viene coinvolta, viene riconosciuta, come ruolo, come allevatrice, come educatrice, come insegnante, assistente, come colei che si prende cura degli altri, per cui una patologia che ne alteri la relazione la mette sicuramente in condizione di disagio e di incapacità a gestire questa relazione.

Probabilmente la donna viene vissuta nei nostri contesti più come viziosa quando diventa tossicodipendente, cioè noi ci aspettiamo che la donna, nella nostra cultura, sia solida, sia più sana del maschio, è un fatto culturale, diciamo e quindi quando esce fuori da questa normalità, probabilmente viene percepita in modo peggiore rispetto all'uomo e questo ne crea ancora di più l'emarginazione, perché viene vissuta come cattiva.

Tra l'altro, normalmente noi sappiamo che i nostri utenti uomini il più delle volte hanno delle compagne che non sono tossicodipendenti e lo stesso invece non avviene per quanto riguarda le donne, le quali, quando sono tossicodipendenti, hanno quasi sempre un compagno o un marito anch'egli tossicodipendente. Questo non fa che peggiorare la situazione, perché comunque, nei casi di maternità, abbiamo delle situazioni veramente drammatiche perché è vero che certamente il ruolo del padre nella gestione di un bambino è importante, però è anche vero che nella coppia in cui soltanto l'uomo è tossicodipendente c'è questa madre "sana" "forte", che comunque si fa carico di accudire e di svolgere un ruolo positivo rispetto alla maternità. Nel caso invece di donna tossicodipendente questo non avviene il più delle volte. Credo che è nell'esperienza di tutti: quasi tutte hanno un marito o un compagno tossicodipendente e questo peggiora notevolmente le cose. In questi casi di coppia tossicodipendente, vediamo che la donna spesso vive quasi all'ombra di questo uomo del quale segue le "gesta" in modo quasi inconsapevole, ingenuo, cioè accompagna questo marito costantemente in tutto quello che fa, non è capace mai di dire, di essere la molla che spinge all'uscita, al cambiamento. Tra l'altro, nella nostra cultura, in ogni caso, la donna viene doppiamente svalorizzata, in quanto donna e in quanto tossicodipendente e poi, se diventa madre, ancora di più perché, se già non vale nulla come donna perché è tossicodipendente, come madre sarà ancora un fallimento.

Tra l'altro, abbiamo anche un discorso che poi complica in modo drammatico la situa-

zione, cioè abbiamo tra le nostre utenti diverse fasce sociali. Quelle che magari hanno una condizione socio - economica, familiare di appartenenza, stabile, solida, magari tirano avanti mantenendo un contesto di normalità nella vita quotidiana, lavorano, studiano, non hanno necessità particolari. Sicuramente, quelle che invece non hanno questo sostegno economico, trovano nella prostituzione la risorsa fondamentale per acquisire la sostanza e questo sicuramente comporta una complicazione dei rapporti e dei vissuti sia per tutto ciò che riguarda la maternità, ma anche per lo sfruttamento a cui sono sottoposte, che quindi diventa un circolo vizioso.
Credo che il problema della prostituzione, giustifica quello che dicevamo prima, la bassa prevalenza nelle donne di comportamenti devianti, perché in realtà la prostituzione è un comportamento deviante "non punibile" e quindi non rientra tra i reati e non è poi riconosciuta da questo punto di vista.
Fatto questo esame molto sommario e molto veloce, ci rendiamo conto di quanto sia importante gestire la maternità e seguire in un percorso di crescita questi bambini, proprio perché dobbiamo aiutare queste donne a sapere essere madri. Sono convinta di una cosa. Quanto più noi operatori crediamo nella capacità delle nostre pazienti di essere madri, tanto più loro riusciranno a esserlo: dipende da noi, dalla fiducia che riponiamo in queste loro capacità, per tirarle fuori e amplificarle, aumentarle e renderle consapevoli.
Nella nostra cultura, e questo è un vissuto che anche la donna si porta dietro, quando uno si piglia in carico una tossicodipendente in gravidanza, ci sono linee di pensiero, o si pensa che la si può "redimere" perché la maternità mette in atto dei vissuti importanti, significativi che poi la possono aiutare a rimanere fuori da questo circuito, oppure la gravidanza di per sé può diventare, per l'incapacità a gestire regole e nuovi rapporti e relazioni, il definitivo asservimento alla tossicodipendenza stessa, quindi un fallimento totale.
E' accertato quanto sia importante la relazione madre - bambino rispetto allo sviluppo del bambino stesso. Quindi, il bambino, in sé e per sé, deve diventare un oggetto privilegiato di interventi di sostegno, che ne permettano lo sviluppo armonico perché anche lui, a sua volta, non abbia a patire nell'età più adulta, problemi che gli deriveranno da questo distorto rapporto con la madre.
Tra l'altro, il problema della diade madre - bambino diventa ancora più complicato e più "pericoloso" quando in donne che hanno avuto o che fanno un uso costante di droghe, ci sono problemi di sieropositività o di AIDS conclamato. In questo caso, il fatto di dover fare continue cure mediche, controlli, complica sicuramente la situazione, in tanto perché crea ansia nella madre e quindi aumenta quel senso di incapacità, questo senso di inadeguatezza rispetto al prendersi cura del bambino, ma sicuramente anche dove c'è una famiglia di origine che si prende cura di questa diade madre - bambino, aumenta sicuramente la conflittualità dei rapporti, perché comunque crea ansia e disagio all'interno di tutta la famiglia. Credo che ci sono già tante esperienze in Italia, Torino da questo punto di vista è un'esperienza pilota. Ci sono anche tante strutture private che hanno approfondito questo argomento e credo che sicuramente dobbiamo avere chiarezza perché le esperienze non vadano liberamente da una parte o dall'altra, ma si crei una modalità di intervento che approfondisca e affronti in modo globale l'argomento.
Gli obiettivi che dobbiamo porci rispetto alla presa in carico della donna che deve diventare madre o che è madre sono sicuramente il contenuto farmacologico della tossicomania. A questo punto, voglio fare una piccola nota, non polemica, ma proprio che ci riguarda tutti. Credo che tutti sappiamo che nella donna gravida si utilizza il metadone per ridurre l'astinenza neonatale, per evitare l'aborto precoce. Credo che bisognerebbe sollecitare una variazione della scheda tecnica del metadone, perché tutti i medici che lo prescrivono alle donne gravide rischiano di essere incriminati perché sul foglietto illustrativo c'è scritto che è controindicato in gravidanza e quindi vuol dire che lo facciamo perché clinicamente è giusto, perché da anni vediamo quanto sia utile farlo, però in real-

tà, come sempre nei nostri servizi, lavoriamo allo sbaraglio, a nostro rischio e pericolo, solo perché ci crediamo.
Poi, naturalmente, a parte il contenimento della tossicomania, dal punto di vista farmacologico, servono tutta una serie di interventi counselling, di psicoterapia, che aumentino l'autostima, e la tolleranza alle frustrazioni. Dobbiamo anche puntare, ove si può, a rinforzare questa rete naturale di risorse intorno alla donna, a riportare quello che c'è, ma ad amplificarlo, se possibile, costruendo una rete ancora più larga intorno e poi renderla consapevole del ruolo materno, perché spesso ciò manca e quindi aiutarla ad acquisire questo ruolo genitoriale che non sempre è chiaro perché spesso la donna, inizialmente, ce l'ha e poi appena comincia a nascere il bambino, da un canto la depressione post partum, da un canto i problemi del bambino, alla fine comincia a mettersi in crisi e a non credere più di essere realmente capace. Credo che lo scopo finale di tutto il lavoro che dobbiamo portare avanti o costruire o progettare, è quello di pensare a una rete di servizi che non sia casuale. Voglio dire, ci sono bellissime esperienze in Italia, ma ci sono anche esperienze, come la mia, in cui nel reparto vicino al mio servizio, non ricoverano le tossicodipendenti, perché non le vogliono e allora devo contattare altri reparti per cortesia, per amicizia, come spesso non mi ricoverano i pazienti con l'AIDS, anche se hanno l'appendicite acuta non li vogliono. Deve essere un discorso che dobbiamo sforzarci di portare su un progetto globale, che sia istituzionalmente riconosciuto e che si faccia dappertutto, quindi una rete che permetta di approfondire tutto l'ambito, la scuola, i consultori, il Tribunale dei Minori, tutta una serie di agenzie che poi, insieme al SERT, costruiscano questo progetto.
Tra l'altro, nelle comunità, inizialmente non erano presenti operatrici femminili. Adesso, man mano che ci si sta un po' specializzando, che hanno assunto una connotazione più di tipo terapeutico nel senso più stretto, sta aumentando il personale femminile. Un paio d'anni fa, con un paio di colleghe di Roma, abbiamo riflettuto su questa forte presenza nei SERT di donne, perché circa il 70 per cento degli operatori dei SERT sono donne. Questo non credo che fosse casuale, intanto perché probabilmente le professionalità del SERT sono di genere più "femminile", cioè psicologo, assistente sociale - sicuramente questa è la nostra ipotesi di partenza che poi abbiamo cercato di verificare con un progetto che adesso vi accenno e al quale magari vi chiedo di partecipare nel tempo - poi perché la donna ha una maggiore capacità di farsi carico della sofferenza, di prendersi cura, quindi anche di coloro i quali vengono poi percepiti nell'immaginario collettivo come pericolosi, e il drogato è considerato pericoloso. Questa piccola constatazione, che poi fu anche la base di questo rapporto con la Ministra TURCO, durante un lavoro che abbiamo fatto qualche anno fa, ci ha portate a costruire un progetto, un questionario che è stato fatto dalla dottoressa SPLENDORI di Roma, sulle differenze di genere nei SERT.
Una cosa che abbiamo notato e credo che anche voi ve ne sarete accorte, è che probabilmente anche gli uomini che lavorano nei SERT, quelli che ci vogliono lavorare, intendiamoci, hanno comunque questa parte femminile del prendersi cura che è molto forte, cioè il macho, nel SERT, non è molto accettato o comunque non è a suo agio. Questo progetto è ancora aperto, la dottoressa SPLENDORI è a Roma B e la si può contattare, anche perché abbiamo fatto quell'indagine nel Lazio e Sicilia, abbiamo tratto delle conclusioni che chiaramente sono parziali, perché riguardano due regioni abbastanza distanti, con caratteristiche anche culturali diverse. Quindi, è un invito a voi, eventualmente potete dirlo a me o alla dottoressa COLLODI, che è più vicina alla dottoressa SPLENDORI, a continuare questa collaborazione.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso c'è l'intervento dell'Assessore alla Solidarietà Sociale e alla Politiche Giovanili della Provincia di Torino, dottoressa Maria Pia BRUNATO, che ci parlerà della "Maternità e Tossicodipendenza".»

Dott.ssa Maria Pia BRUNATO:- «Devo dire che in quanto a emozione non sono da meno, anche perché credo che rispetto alla maggioranza di voi, mi sento un po' usurpatrice, perché questo è un argomento molto tecnico e, come voi sapete, la tecnica non è una delle virtù o delle qualità degli assessori per cui sono più portatrice di esperienza di chi collabora con me, che non di una mia esperienza diretta sul campo.
La relazione che mi ha preceduto credo apra una discussione che potrebbe andare avanti giorni e giorni.
La Provincia di Torino, da tre anni finanzia una comunità di recupero per donne tossicodipendenti all'interno del carcere Delle Vallette. E' un' esperienza unica in Italia, per come è strutturata, anche perché è una comunità che si affianca al maschile, che già esisteva da sette o otto anni, ma è fatta nello stesso reparto del maschile e questa è una grossa novità.
Sono in contatto diretto con questa comunità di donne, sono sette, e hanno quasi finito il loro percorso; sono in contatto diretto perché, essendo stata colei che ha scelto fortemente questa comunità, insieme al Direttore e a Don Paolo FINI, che gestisce anche il maschile, quasi mensilmente passo almeno una giornata con queste donne.
Il dato che mi è venuto in mente è stato questo: la maggior parte di queste donne ha figli adolescenti, la loro storia le ha portate a essere lontane da questi figli e lontane vuol dire proprio a non avere più contatti e forse il dato più importante del loro percorso all'interno della comunità, oltre al fatto di essere uscite anche forzatamente dalla dipendenza, è stato che praticamente ognuna di loro, dopo qualche mese di comunità, ha avuto la forza di rimettersi in contatto con i figli, perché finalmente si sentiva degna di potersi ripresentare a loro e questo, devo dire, come donna, mamma, scusate il personale che ci metto, l'ho trovato estremamente significativo. Nei miei contatti con uomini in comunità, in carcere o fuori dal carcere, forse perché non ispiravo la stessa confidenza in un uomo, ma questa confidenza non mi è mai stata fatta. Metterci di più, essere coinvolte di più con le donne tossicodipendenti è un dato sicuramente reale.
Perché le Province si occupano di maternità? Adesso, finalmente, con l'approvazione della Legge quadro, questa materia non sarà più di competenza delle Province, ma, nei vari passaggi di competenze, alle Province era rimasta la competenza sulle donne, madri in difficoltà e sui bimbi in situazione di abbandono morale e materiale. Rispetto a questa coda di competenza sui servizi alla persona, la Provincia di Torino, in questi anni, ha voluto creare un'esperienza forte e posso dire che, con soddisfazione, i servizi che fino ad oggi abbiamo in qualche modo sostenuto e che adesso trasferiremo ai Comuni e ai consorzi di Comuni, sono sicuramente un esempio per una parte del territorio italiano.
La Provincia di Torino ha cinque comunità di cui tre per donne gestanti e ragazze madri e due per bimbi piccoli. Perché ad un certo punto abbiamo deciso di focalizzare la nostra esperienza sulle donne tossicodipendenti? Un paio di anni fa, credo, in un' estate in cui forse i giornalisti o quel giornalista non aveva niente da fare, apparve sulla cronaca nella Stampa di Torino, un titolone, "l'Assessore BRUNATO dimentica per sei mesi un bambino in ospedale". Al di là del dispiacere di essere coinvolta in un titolone di quel genere, la situazione era questa: questo bimbo era nato in gennaio o febbraio, figlio di una tossicodipendente, in crisi di astinenza, dopo di che era stato tenuto in ospedale per il tempo necessario per essere curato, nel frattempo la madre era stata dimessa e lei, nella confusione della sua situazione, cercava di capire se voleva lasciare il bambino o se voleva andare in comunità con il bambino. Nel frattempo si stava cercando una comunità che accogliesse entrambi, nel frattempo non si sapeva cosa fare del bambino. Tra una cosa e l'altra sono passati sei mesi. Sicuramente, ognuno, cioè la Provincia di Torino, l'ospedale, il SERT, i servizi sociali, il Tribunale, stava cercando di fare al meglio il proprio compito, ma il risultato era che un bimbo era rimasto sei mesi in ospedale senza "meritarselo".
Da quell'episodio, ma in realtà da considerazioni che chi collabora con me e gli operatori con cui siamo in contatto sul territorio, è nato il desiderio di fare una riflessione seria

su maternità e tossicodipendenza, che è stata fatta il 13 e 14 di novembre, quindi poche settimane fa, nell'ambito di un seminario internazionale a cui ha partecipato il Ministro Livia TURCO, dove sono state portate diverse esperienze e si è fatto un po' il punto della situazione.

Vi racconterò che cosa ci siamo detti in questo seminario, che poi ci ha portato ad arrivare alle considerazioni che faceva la relatrice che mi ha preceduto circa il metodo di lavoro.

La Provincia di Torino gestisce cinque comunità, tre per gestanti e madri e due per neonati. Per neonati intendo per bimbi piccoli, da zero a tre anni. Queste comunità nascono negli anni '79/'81, dal progetto di ristrutturazione conseguente alla chiusura dell'IPIM, si collocano in un clima di rinnovamento nella filosofia e nella gestione dei servizi e degli interventi sociali, che vede fortemente impegnate le amministrazioni locali. Pur non essendo una novità, in quanto in quegli anni vengono istituiti diversi servizi territoriali e di comunità, queste strutture, per la tipologia di ospiti e la particolare attenzione al sostegno della genitorialità, costituiscono un'esperienza innovativa e unica nel territorio della provincia di Torino.

Sono comunità che comprendono cinque, sei donne, o gestanti o con bambino; le comunità per bambini arrivano a un massimo di otto minori.

L'ipotesi di base era e continua ed essere che la maternità non è data, ma deve essere conquistata e quindi fortemente voluta e pertanto, nelle situazioni di particolare difficoltà, tra cui la tossicodipendenza, è necessario che sia sostenuta.

Accogliere la madre fin dai primi mesi di gestazione avrebbe tutelato non soltanto il bambino da eventuali danni psicofisici, ma avrebbe, nel contempo, consentito alla stessa di avviare quel dialogo interiore, considerato propedeutico all'instaurarsi del processo di attaccamento necessario alla crescita del bambino e importante per le sue future esperienze di relazione e il suo equilibrato sviluppo psicomotorio.

Fin dalla loro apertura, tutte e cinque le comunità hanno accolto mamme con bambino e bambini soli con situazioni sociali, familiari e problematiche personali molto diversificate, di salute mentale, di disagio socio - familiare grave, di dipendenza da alcool e sostanze.

Pur non essendo nate per accogliere mamme tossicodipendenti, di fatto le tre comunità per gestanti e madri, già nei primi anni di apertura, si sono trovate ad affrontare problematiche, comprese anche situazioni sanitarie gravi, allora nuove per la realtà italiana. Apro una parentesi, adesso abbiamo il problema delle donne straniere, quindi ancora un altro problema.

Negli ultimi otto anni, sono stati accolti nelle comunità per bambini 262 minori, di cui 118 non riconosciuti, 144 riconosciuti da almeno un genitore. Tra questi ultimi, ben 79, quindi circa il 55%, erano figli di madri con problemi di tossicodipendenza.

Dalla loro apertura, le comunità per gestanti e madri, sono state accolte, con i loro figli, 490 mamme, di cui 49, quindi il 10 per cento, con problemi di dipendenza.

Attualmente, la Provincia di Torino gestisce, attraverso una convenzione con il Comune di Torino, queste comunità.

Sulla base di questa esperienza, ma anche e soprattutto tenendo conto delle azioni effettuate dalla rete dei servizi per la tossicodipendenza che si sono strutturate negli anni, e che interagisce con le comunità, l'Amministrazione provinciale, in coerenza con i propri compiti istituzionali e di promozione di un sistema integrato di interventi, previsto anche dalla Legge quadro, come vi dicevo, ha organizzato questo convegno. Scopo di tale seminario non è stato solo quello di fare il punto della situazione su tali tematiche a livello interdisciplinare e anche attraverso significative esperienze estere, ma anche e soprattutto di discutere, delineare e proporre eventuali protocolli, procedure, percorsi per favorire sia i sostegni alla valutazione del rapporto e dell'attaccamento ai figli, sia la più adeguata tutela e protezione possibile dei minori.

Attualmente nel nostro contesto territoriale, in situazioni di carenze gravi, questa funzio-

ne avviene attraverso l'inserimento temporaneo nelle comunità alloggio per bimbi. Tale permanenza, che al momento è in media di otto o nove mesi per i figli di tossicodipendenti, risulta ancora eccessiva per una equilibrata evoluzione del bambino, come viene peraltro sostenuto da tempo dalla letteratura e ricerca scientifica in materia. Assunta la necessità, anche nel rispetto della normativa vigente, di considerare il minore e il suo interesse come preminente nell'azione e negli interventi sociali, sanitari e giudiziari, il convegno ha affrontato aree tematiche quali genitorialità nella situazione di tossicodipendenza, interventi di sostegno alla madre, ma anche di protezione e tutela del minore, percorsi e azioni nella rete dei servizi.

Di seguito, cercherò di evidenziare quelle che ritengo le principali tematiche. Genitorialità e tutela del minore richiamano a due principi fondamentali per i servizi contenuti nel nostro ordinamento giuridico: il diritto del minore a essere educato nell'ambito della propria famiglia e la preminenza dell'interesse del minore in tutte le decisioni di competenza delle istituzioni pubbliche e private.

Il diritto alla famiglia, ma nel contempo alla preminenza dell'interesse del minore, comporta, per le politiche del settore, la necessità di attivare interventi di sostegno alla famiglia e quindi anche alla competenza genitoriale. Tuttavia, allorché la situazione familiare sia di grave pregiudizio per lo sviluppo del bambino, è necessario attivare interventi di protezione e tutela che possono comportare l'allontanamento temporaneo o definitivo dello stesso. Per i servizi socio - sanitari, da ciò deriva la necessità dell'esercizio contestuale di due funzioni tra loro diverse e che appaiono contrastanti: il supporto, l'aiuto alla genitorialità e dall'altro la valutazione e il controllo, che possono poi portare a eventuali relative sanzioni dall'alto. Per sanzioni intendiamo l'allontanamento.

La situazione di tossicodipendenza può comportare una condizione esistenziale totalizzante, tale da escludere ogni altra motivazione, interesse, relazionalità, che non sia connessa alla sostanza, uno star male pesante che toglie possibilità e capacità di dono all'altro, in questo caso il figlio. In tale situazione, diventa difficile, se non impossibile, fare emergere, sostenere, valorizzare aspetti e risorse genitoriali. Non solo, ma il percorso stesso non è lineare, bensì soggetto ad alti e bassi, miglioramenti e ricadute che provocano i disagi che noi sappiamo.

Entro la gravità della situazione di tossicodipendenza, per il permanere del bambino nel suo ambiente, è da considerare l'incidenza degli inserimenti in comunità per bambini di figli di tossicodipendenza, che sono stati 68 su 165 bambini, quindi il 41 per cento.

Tuttavia, pur comportando una genitorialità difficile, le situazioni di tossicodipendenza sono molto diverse l'una dall'altra, così come si diceva: ci sono situazioni che escludono totalmente il rapporto con il bambino e invece situazioni che lo consentono e quindi c'è la necessità di personalizzare il percorso. Ne deriva pertanto una capacità genitoriale del tutto assente, oppure una capacità genitoriale esistente.

La necessità di diversificare i percorsi nell'ambito del convegno è stata bene illustrata dal Presidente del Tribunale dei Minori, la dottoressa DE MARCO, che ha evidenziato anche nei comportamenti che l'autorità giudiziaria ottiene, la necessità di diversificare i percorsi, per cui, nel caso in cui la madre faccia uso di sostanze illecite in gravidanza si tende ad allontanare il bambino perché esprimerebbe, in qualche modo, la volontà a non uscire dal suo percorso di vita, invece nel caso in cui alla madre sia prescritto il metadone, in qualche modo ciò esprime la volontà di uscire dal proprio percorso e in questo caso i provvedimenti del Tribunale sono diretti a mantenere la madre vicino al bambino.

Tutti gli interventi che sono stati fatti nell'ambito del convegno hanno evidenziato che la principale strategia di appoggio alla genitorialità, anche al fine di garantire un intervento adeguato alla peculiarità della situazione, è quella dell'intervento precoce, non solo ai fini strettamente sanitari ma anche e soprattutto per definire per tempo il progetto per il bambino che nascerà e per i suoi genitori, nonché per eventuali supporti da parte dei nonni o altri parenti.

Anche qui c'è sempre la difficoltà, se non si conosce a sufficienza la storia di ogni donna,

di valutare anche i nonni inadeguati, perché hanno "prodotto" una figlia tossicodipendente, oppure di valutarli troppo adeguati senza andare a capire quali sono le ragioni che hanno portato al percorso di tossicodipendenza.

A questo proposito, da anni è attivo presso l'ospedale ostetrico e ginecologico Sant'Anna di Torino un coordinamento dei servizi ospedalieri e di maternità con i SERT cittadini, per la presa in carico delle donne in gravidanza con problemi di dipendenza. L'esperienza di questi anni ha evidenziato una significativa e positiva incidenza di questi interventi anche in relazione all'attaccamento e alla futura permanenza del bambino con la mamma.

Questa particolare esperienza è stata rappresentata dai servizi dell'ospedale Sant'Anna di Torino. Va da sé che l'ospedale Sant'Anna è quello dove maggiormente si partorisce in Torino e provincia, ma naturalmente questi casi non si presentano solo all'ospedale Sant'Anna, per cui da riunioni che avevamo fatto sul territorio risultava che c'era una disparità di trattamento, non voluta evidentemente, tra le donne tossicodipendenti che in qualche modo si rivolgevano ai servizi della città di Torino e le donne che invece appartengono a un altro territorio.

Adesso la realtà italiana è diversa, ovviamente. Per darvi un dato, la provincia di Torino ha 315 Comuni, di cui l'82% ha meno di 5.000 abitanti, in pratica la Provincia di Torino corrisponde, come numero di Comuni, alla Regione Emilia Romagna, piuttosto che alla Regione Toscana, per cui abbiamo una complessità di situazioni forse maggiore rispetto ad altre parti, ad altri territori italiani. Quindi, una rete e una presa in carico fin da quando si scopre che la donna è incinta.

Una seconda strategia di intervento emersa nel convegno, dopo la presa in carico precoce, è stata quella relativa al potenziamento della quota di aiuto sociale sul territorio, sia durante la gravidanza, sia alla nascita, sia nei primi anni di vita del bambino.

A questo proposito, uno specifico intervento a cura del Comune di Torino ha illustrato la rete dei servizi sociali territoriali e domiciliari per tutti i cittadini in difficoltà, ai quali possono anche accedere le persone con problemi di tossicodipendenza o le loro famiglie: quindi accesso ai servizi primari, progetti di lavoro, autonomia abitativa, educativa territoriale, assistenza domiciliare e via dicendo.

Noi gestiamo i servizi attraverso i consorzi di Comuni. Ho sempre avuto difficoltà da parte dal mio assessore al Bilancio a coprire tutte le spese perché l'educativa territoriale, che credo sia ormai non solo consolidata ma fondamentale, da nessuna parte c'è scritto che fa parte delle competenze della Provincia, per cui io, tutti gli anni, rischiavo di non riuscire a dare tutte le risorse necessarie al territorio.

In particolare, è stata evidenziata la necessità di orientare sempre più questi servizi al sostegno della genitorialità, poiché il bambino sta bene nella misura in cui il suo genitore agisce in relazioni significative.

Tali relazioni e competenze genitoriali, spesso carenti e deboli nelle persone o famiglie in difficoltà, possono essere aiutate a crescere, a svilupparsi attraverso l'accompagnamento alle attività di cura ed atteggiamenti positivi nella quotidianità della relazione col proprio figlio.

Qualora l'aiuto sociale non fosse sufficiente, la terza strategia dovrebbe essere rappresentata dalla comunità madre - bambino o anche dalla comunità genitori - bambini, che deve essere proposta al più presto. Non so nel resto d'Italia, ma in provincia di Torino ci sono le nostre, cioè quelle della Provincia e alcune gestite dal privato sociale.

C'è una grossa difficoltà a reperire posti per donne con bambini e quindi, la legge di riforma dell'assistenza, che attribuisce la gestione dei servizi ai Comuni, dovrebbe richiedere a questi un aiuto concreto o comunque al territorio, per poter costruire o istituire queste strutture.

Con la presa in carico precoce, il progetto dovrebbe già essere attivato durante la gravidanza in modo da evitare al bambino alcuni passaggi quali la prolungata permanenza in ospedale, l'inserimento in una comunità per minori o l'affidamento familiare a terzi.

L'inserimento congiunto di madre e bambino in comunità è certamente preferibile ad altri interventi in cui vi è la separazione dal minore. Nella comunità, la madre viene osservata e impara ad occuparsi del bambino, l'assunzione della sostanza è sospesa e può essere formulato un progetto di autonomia.
Vi sono tuttavia alcuni nodi che devono indurre alla riflessione: i tempi necessari per il reperimento del posto madre e bambino, inoltre la comunità viene spesso vissuta dalle madri come un'imposizione per non perdere il figlio e perciò il percorso rischia di non essere realmente accettato. Nonostante ciò, questo inizio può servire ad avviare processi di cambiamento. Il senso di fallimento che ne deriva quando non si regge la comunità e c'è un allontanamento della donna, viene interpretato come un non voler bene al figlio. Qualora, nelle gravissime difficoltà o per la cattiva collaborazione della madre o di entrambi i genitori, non siano percorribili queste strade, l'altra strategia è quella dell'inserimento del bambino da solo in comunità o presso una famiglia affidataria.
Queste soluzioni hanno due grandi limiti: proteggono di meno il legame dei genitori con i bambini e i tempi di recupero degli adulti, qualora questo sia possibile, sono lunghi e non rispettano i tempi dei bambini, cioè un recupero di una persona tossicodipendente va intorno ai due anni e un bambino che sta lontano due anni dalla propria mamma, dai propri genitori, come è già stato ricordato, subisce sicuramente dei danni. Questa soluzione andrebbe attuata solo quando c'è una prognosi negativa, fondata sull'assenza della famiglia estesa e su una previsione di irrecuperabilità dei genitori.
Su 79 figli di genitori tossicodipendenti ospitati nelle comunità per neonati e bambini piccoli gestite dalla Provincia dall'81 al '90, abbiamo 37 minori che sono stati dichiarati adottabili e pertanto collocati in affidamento a rischio giuridico, 11 che sono stati affidati a famiglie terze, 11 ai nonni, 6, che corrisponde più o meno all'8 per cento, sono rientrati in famiglia con il supporto e l'osservazione da parte dei servizi e 14 bambini, più o meno il 18 per cento, è stato inserito insieme alle loro madri in comunità.
Dal convegno sembra essere emerso un percorso di intervento dei servizi così delineato: presa in carico e valutazione precoce delle potenzialità genitoriali e del nucleo allargato, al fine di poter definire e attivare al più presto possibile gli interventi necessari che possono configurarsi in ordine di priorità come segue: sostegno domiciliare territoriale al genitore o alla sua famiglia, inserimento in comunità mamma - bambino, inserimento transitorio eterofamiliare, affidamento familiare, comunità e, in estremo, adozione.
Questo percorso deve considerare comunque la peculiarità di ogni situazione e quindi prevedere quella necessaria flessibilità che salvaguardi sempre e comunque sia nell'interesse del minore, sia il ricongiungimento ai propri genitori.
La necessità che il minore possa vivere con i propri genitori non deve però pregiudicare il sano e corretto sviluppo psicologico e della personalità del bambino a causa dei tempi troppo lunghi. Purtroppo, come ha evidenziato il Presidente del Tribunale dei Minori di Torino, i tempi sono ancora troppo poco rispettosi delle esigenze dei bambini in quanto, relativamente allo specifico delle tossicodipendenze, le variabili sono molteplici. Sempre rispetto ai tempi, secondo la dottoressa DE MARCO, non pare esserci che una strada: occorre anticipare la raccolta di dati da fornire al Tribunale per tutte le donne tossicodipendenti che il SERT sa essere in stato di gravidanze, tenere pronta la relazione con tutti i dati per quando partorirà. Occorre pertanto fare proposte più dinamiche e più complete. Nonostante tutte queste difficoltà, occorre potenziare l'integrazione della rete, diminuire e anticipare i tempi di intervento e di valutazione percorrendo strade diverse, senza mai stancarsi di provare, ma sempre rispettosi dei diritti delle persone e in particolare dei bambini.
La realtà della provincia di Torino, rispecchia abbastanza quello che emerge dal convegno. Spesso le difficoltà ci arrivano dalla rigidità delle norme, delle procedure e quindi rivolgo un invito a dare indicazioni, perché il percorso sia personalizzato e tenga in considerazione i singoli casi.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa Margherita RICCIUTI del SERT di Torino ci parlerà di "Tossicodipendenza e differenza di genere nel ruolo genitoriale".»

Dott.ssa Margherita RICCIUTI:- «Per quello che riguarda la differenza di genere, vi sono delle peculiarità nella tossicodipendenza femminile che riguardano sia le risorse, sia le criticità.
Rispetto alle criticità qualcuno che mi ha preceduto ha già detto alcune cose. Noi sappiamo che la tossicodipendenza femminile si instaura solitamente in tempi più brevi e in modo anche più grave e che comporta anche un numero maggiore di rischio connesso di morte e di contagio. Poi, più avanti, vedremo dati specifici su questo.
Si tratta di pazienti solitamente meno gestibili da parte dei servizi e che accettano con maggiore difficoltà dei trattamenti strutturati.
Arrivano al servizio solitamente dopo, da un punto di vista della carriera di tossicodipendente, di quanto arriva il maschio, anche forse per una questione di carattere sociale perché comunque rivolgersi al servizio, per molti, è ancora un accettare una stigmatizzazione sociale e quindi, per la donna, c'è maggiore resistenza a farlo.
Ovviamente, per la donna, esiste in misura maggiore il rischio della prostituzione, che è un modo per procurarsi la sostanza e a questo sono correlati da una parte una minore incidenza di precedenti penali in quanto sono meno indotte a delinquere per potersela procurare, avendo questa sorta di risorsa a livello del proprio corpo e, per quello che riguarda invece le positività, si nota, rispetto alla popolazione di tossicodipendenti maschile, un livello di istruzione solitamente più elevato. Questo è un dato relativo al lavoro, che vedremo poi smentito dallo studio Vedette, che vede i maschi in posizione di vantaggio rispetto al lavoro sulle donne: è un dato rilevato su un piccolissimo numero di utenti, 100, di un quartiere della periferia torinese, il quartiere Vallette. Quando la donna è in trattamento, perché questi sono dati su utenti in trattamento da parecchio tempo, anche rispetto alla capacità lavorativa, mostra una capacità maggiore rispetto al maschio di mantenere il lavoro con una certa stabilità e inoltre le donne mostrano una maggiore capacità evolutiva per quello che riguarda i trattamenti.
Dai dati dello studio Vedette, si può rilevare che i titoli di studio più elevati vedono le donne in una percentuale nettamente superiore e questo, che è un dato a livello nazionale, è confermato dalle cifre relative alla Corte di Roma, dove è stato fatto uno studio più specifico rispetto a questo tema.
Per quello che riguarda invece i fattori di rischio, in particolare per ciò che riguarda lo scambio di siringhe e i rapporti sessuali non protetti, per le donne sono dei fattori di rischio che hanno un'incidenza decisamente più alta che non per gli uomini e, riguardo ai rapporti non protetti, ovviamente c'è anche un'incidenza più elevata di affezioni da HIV.
A questo corrisponde, come abbiamo già visto prima, una più bassa incidenza delle carcerazioni. Fra l'altro, per le donne c'è anche un uso maggiore di psicofarmaci. E, come si può vedere, nelle righe più in basso, le quantità di sostanza che vengono utilizzate sono marcatamente più elevate rispetto a quelle utilizzate dai maschi.
Per quello che riguarda i fattori di rischio riferiti alla mortalità, si vede che, per tutte le cause dei fattori di rischio, le donne tossicodipendenti hanno un rischio di mortalità acquisita doppio rispetto ai fattori di rischio della mortalità maschile. Vediamo che i dati confermano che, per quello che riguarda l'infezione da HIV, il rischio è decisamente maggiore, mentre rimane uguale a quello dei maschi per quello che riguarda le overdose e poi è un po' più elevato per tutte le altre cause più specifiche: ciò fa portare al doppio la causa generica di rischio di mortalità rispetto alla popolazione maschile. In compenso, esistono meno fattori di rischio rispetto alla morte violenta.
Da un punto di vista psicologico, sono state elaborate alcune teorie, in particolare da autori come Teneto e Cirillo, che tracciano un parallelismo fra la tossicodipendenza

maschile, però per quello che riguarda le forme dell'area nevrotica di transizione legate alla depressione quindi non per tutte le forme di tossicodipendenza maschile, e i disturbi alimentari femminili, anoressia e bulimia, per cui sembra che siano i ruoli socialmente costruiti a orientare una risposta al disagio che va verso la tossicodipendenza piuttosto che verso l'anoressia e la bulimia e, in effetti, esistono molte analogie fra queste due patologie. In primo luogo, quella dell'aggressività rivolta contro di sé e da una parte vi sarebbe il tentativo di autonomizzarsi nella fuga nella droga e dall'altra, sul versante femminile, un tentativo di autonomizzarsi attraverso il rifiuto del nutrimento che è una funzione prettamente materna, di legame simbolico anche con la famiglia molto forte. In entrambi i casi viene riferito un vissuto di potenza e di lucidità, sia per la donna anoressica, sia per il tossicodipendente e per tutti e due, prima che le loro patologie diano luogo al deterioramento. Vi sono anche delle storie familiari simili nelle famiglie di origine, sia per quello che riguarda un particolare invischiamento all'interno di queste famiglie, sia per quello riguarda un particolare disimpegno.

Alcuni studi statunitensi tracciano un rapporto fra lo status socio - economico della donna e le sostanze utilizzate per cui, secondo questi studi, marijuana, cocaina e tabacco verrebbero utilizzati più frequentemente da donne nubili, disoccupate, assistite dai servizi pubblici e che hanno interrotto i loro studi, mentre l'alcool sarebbe, secondo questi studi, appannaggio delle classi sociali più elevate. Uno studio della Florida mette poi in relazione un uso di sostanze illegali maggiore fra le donne assistite dai servizi sociali e in particolare fra le donne che vivono nei centri rurali, mentre sarebbe minore nei centri urbani. Questi sono dati che potrebbero stupire, però li ho riportati, proprio perché nella loro contraddittorietà mettono in luce la necessità di affrontare, anche nel contesto italiano, degli studi specifici sulla tossicodipendenza di genere o meglio sui fattori della tossicodipendenza legati al genere.

Vediamo adesso quali sono i fattori che favoriscono nella donna la scelta di un partner tossicodipendente. In primo luogo, un fattore fortemente predisponente è quello della presenza di un familiare tossicodipendente nella famiglia di origine, spesso si tratta di una persona con la quale la donna ha un rapporto affettivo molto stretto, può essere il padre, può essere anche un fratello e la scelta di un partner tossicodipendente è una sorta di tentativo rinnovato di salvare dalla dipendenza qualcuno a cui si era affettivamente molto legato e che nella propria famiglia di origine non si è riuscito a salvare. Un altro fattore predisponente è un rapporto conflittuale con una madre che viene percepita come dominante. In questo caso, la scelta di un partner tossicodipendente offre alla donna la possibilità di agire un ruolo dominante verso un soggetto debole e quindi di poter essere dominante, potremmo dire, almeno quanto sua madre. Un altro aspetto predisponente è l'attitudine femminile a prendersi cura e l'incontro con un partner che a sua volta esprime nei confronti della donna una ricerca di accudimento materno, come spesso sappiamo fanno i soggetti tossicodipendenti. Vi sono poi alcuni studi sui ruoli alterni all'interno delle coppie con partner tossicodipendente e donna che non lo è, laddove la donna assume, di volta in volta, ruoli diversi, ora della madre nutritiva nei confronti del bambino buono, quando il partner è astinente e poi più un ruolo invece di madre poliziotto nei confronti del figlio ribelle, quando invece il partner ha delle ricadute.

Possiamo vedere come esistano dei fattori di rischio particolarmente elevati proprio per le donne che hanno dei familiari tossicodipendenti. Per esempio, fra le donne che fanno abuso di alcool, il 61 per cento aveva un parente stretto alcolista. Nelle donne in trattamento da eroina, c'è un parente stretto alcolista nel 60% dei casi e una madre alcolista nel 46% di donne in trattamento per abuso di cocaina.

Per quello che riguarda il rapporto della donna tossicodipendente con il nascituro, vediamo che spesso si tratta di gravidanze casuali, non sono certo programmate e che comunque, nel momento in cui si manifestano, vengono fatte oggetto di forti investimenti affettivi, in quanto la donna vede nella gravidanza la sua possibilità di riscatto rispetto alla situazione e spesso questo figlio viene eccessivamente idealizzato e proprio perché viene

percepito un po' come il Messia che salverà la madre dalla situazione della tossicodipendenza. Questa eccessiva idealizzazione impedisce alla donna di fare, nei confronti del figlio, investimenti emotivi adeguati che accompagnano solitamente, nella generalità delle situazione, l'attesa di una nascita. Quando la gravidanza è vissuta in questo modo, la nascita rappresenta un risveglio molto brusco, in quanto bisogna passare dalla percezione del bambino immaginato alla percezione del bambino reale e con questo bambino reale la madre ha una grandissima difficoltà a rapportarsi e questo può anche causare delle gravi ricadute nella tossicodipendenza ed è per questo che è importante, all'inizio della gravidanza, dare tutti i supporti necessari. L'impatto con il bambino reale porta spesso la madre a delegare ad altri gran parte delle principali funzioni di accudimento. L'effetto della gravidanza, se in un primo momento ha sulla donna questo effetto di cercare di distanziarla dall'uso di sostanze, questo sia per proteggere il nascituro, ma anche per proteggere la propria possibilità di tenere il bambino con sé, evitando interventi del Tribunale dei Minori, dall'altra, subito dopo la nascita, come dicevo prima, può comportare dei gravi rischi di ricadute, se non sono effettuati tutti quegli interventi necessari per sopportarla adeguatamente.

Per il partner invece, l'impatto con la gravidanza della donna può essere già questo un fattore che aumenta il rischio della ricaduta, perché in qualche modo viene fantasticata l'angoscia dell'abbandono. Questa, devo dire, è una reazione alla gravidanza che moltissimi maschi hanno. Ho lavorato per dodici anni in una clinica ostetrica prima di lavorare nei SERT e anche nei maschi non tossicodipendenti spesso si notavano delle reazioni di tipo depressivo all'annuncio della gravidanza proprio per questo rischio dell'abbandono, anche unite un pochino all'invidia, per certi versi, della gravidanza e, in particolare, un vissuto di inadeguatezza, spesso in padri che non erano tossicodipendenti e se non lo erano forse avevano qualche ragione in più per avere questi timori.

Vi mostro un lucido che indica alcuni dati che riguardano un piccolo numero di utenti del quartiere Vallette, sono 100, e hanno un significato estremamente relativo. La collega che illustrerà in seguito il lavoro di Torino vi porterà dei dati che certamente sono molto più significativi di questi, però li ho voluti presentare perché è interessante notare come quasi sempre l'uomo tossicodipendente ha una partner che non è tossicodipendente. Nel 70% dei casi, l'uomo tossicodipendente ha una partner non tossicodipendente mentre, per le donne tossicodipendenti, nel 78% cento dei casi, il partner è anch'esso tossicodipendente. Questo, ovviamente, squilibra a svantaggio della donna in modo molto significativo la probabilità, rispetto all'uomo tossicodipendente di potere tenere il figlio con sé perché, ovviamente, come già è stato detto da chi mi ha preceduto, quando all'interno della famiglia esiste almeno un genitore che non lo è, il bambino chiaramente ha molte più probabilità di potere restare all'interno della famiglia.

Nella famiglia della donna ci sono dei problemi più significativi per quello che riguarda la propria maternità, in quanto, mentre il figlio del maschio tossicodipendente riceve da parte della madre una maggiore collaborazione, un maggiore accudimento, invece il figlio della femmina tossicodipendente spesso trova nella madre un atteggiamento polemico e di rivalità nei confronti della figlia. Quindi, la femmina tossicodipendente ha anche all'interno della sua famiglia di origine generalmente un appoggio minore di quanto non possa avere il maschio tossicodipendente, proprio perché esiste questa maggiore competitività.

Altri aspetti particolari del vissuto dei nonni nei confronti di questi bambini è che da una parte questi bambini vengono vissuti come un dono, in quanto sono in qualche modo una riparazione di ciò che i figli hanno fatto loro patire. Al tempo stesso però vengono anche vissuti in modo ambivalente, perché rappresentano concomitantemente l'incapacità che i nonni hanno avuto nel loro essere genitori. Di solito sono delle famiglie che appartengono a due situazioni estreme: o sono particolarmente invischiate oppure particolarmente disimpegnate.

Vi sono poi alcuni aspetti peculiari da un punto di vista psicologico dei genitori tossico-

dipendenti che hanno dei bambini, che andrebbero particolarmente tenuti presenti soprattutto quando si fanno interventi di sostegno o di tipo psicologico nei loro confronti. Da una parte, i genitori tossicodipendenti tendono a negare la sofferenza che hanno vissuto nelle loro famiglie di origine e spesso, come abbiamo visto dai dati precedenti, sono persone che nella loro famiglia di origine hanno avuto delle grosse sofferenze. Questa sofferenza raramente, nella terapia, nell'elaborazione, viene esplicitata, si fa molta fatica a farla venire fuori. Un'altra peculiarità è la difficoltà che hanno a svincolarsi dalla famiglia di origine e, proprio per questa difficoltà, tendono a riprodurre delle reazioni invischiate oppure disimpegnate anche nel nuovo nucleo familiare, perché la tendenza è quella di trasferire il modello familiare che hanno sperimentato nella propria famiglia al nuovo nucleo.
Esiste anche un grosso rischio di investimento affettivo sul bambino che è funzionale alla relazione della coppia genitoriale con i propri nonni, appunto l'offerta ai nonni del bambino come dono, che rappresenta per loro nonni in un certo senso l'appagamento di un vuoto affettivo, ma anche questo segno di ambivalenza, di fallimento.
Un altro problema che hanno i genitori tossicodipendenti è quel rischio ad attribuire tutte le difficoltà che hanno come genitori, anche le difficoltà fisiologiche, al loro essere tossicodipendenti e questo li mette in situazioni di disagio verso se stessi, verso la propria capacità genitoriale. E' importante mettere in campo degli interventi che aiutino queste persone, proprio per sostenere l'adeguatezza del loro ruolo, che abbiano lo scopo di dare intanto un sostegno e un contenimento di tipo psicologico, di offrire anche un supporto educativo, di essere anche strumenti di tipo informativo e di mettere in campo interventi di tipo assistenziale e questi, è importante che vengano effettuati non soltanto a livello dei servizi per le tossicodipendenze, ma che possano essere la risultante di holding di tipo assistenziale, che vedano integrate tra di loro in un lavoro di rete tutte quelle agenzie che sono preposte agli interventi sulla maternità, sull'infanzia e comunque sul sostegno alla genitorialità. Quindi, un concorso di interventi che vede insieme, oltre al SERT, anche il Dipartimento di Igiene e quello di Ostetricia, i Dipartimenti Materno e Infantile, i servizi sociali territoriali e comunque quanto, a livello locale, rappresenta una risorsa in tema di sostegno alla genitorialità, cercando di portare l'intervento il più possibile al di fuori dell'assistenziale per la tossicodipendenza restituendolo proprio, per quanto è possibile, a un sostegno alla genitorialità, così come potrebbe essere offerto a qualunque donna.
E' anche importante che questi interventi mirino al coinvolgimento di entrambi i genitori, perché è ancora molto diffuso il pensiero che la maternità sia una questione di donne ed è sempre più vero il contrario: la maternità è sempre meno soltanto una questione di donne e, se per tutte le donne che hanno un figlio è importante il sostegno del partner, lo è ancora di più, evidentemente, per quelle donne che hanno un problema in più. Per cui, anche il sostegno alla paternità responsabile diventa di fatto un aiuto alla competenza materna della donna tossicodipendente.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- « Ora la dottoressa Susanna COLLODI, dell'ASL Roma B, ci parlerà de "La presa in carico ed il trattamento della donna tossicodipendente durante la gravidanza e il puerperio".»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Mentre ascoltavo gli interventi che mi hanno preceduto, riflettevo su come ancora sono grandi le differenze tra il Nord e il Sud e come gli interventi strutturati, estremamente validi al Nord, hanno invece al Sud, Roma la considero Sud, un corrispettivo completamente diverso.
Sono andata al congresso di Torino, di cui ha parlato l'Assessore alle Politiche Sociali, colma di ammirazione, ovviamente. Noi, queste cose, non ce le sogniamo nemmeno, ma non solo, prima di raccontarvi la mia esperienza, vorrei dire due parole sulla situazione nel Lazio, che pure è una delle regioni con il più alto numero di tossicodipendenti. La col-

lega prima parlava di Torino, citava delle cifre, dei numeri. Considerate che nella ASL dove lavoro, che è divisa in cinque distretti, uno dei distretti ha una popolazione che è pari a quella del Molise. E la popolazione tossicodipendente, ovviamente, corrisponde in percentuale. Nel Lazio c'è ancora fortissimo un rifiuto da parte degli operatori sanitari e sociali, non addetti ai lavori, a trattare i tossicodipendenti che sono vissuti, come diceva la dottoressa SAMBATARO, di un'altra Regione del Sud, profondo Sud, come pericolosi prima di tutto e comunque fastidiosi, portatori di problemi e quindi, se è possibile evitarli, è meglio. Per farvi un esempio pratico, se telefono, come responsabile di un SERT, a un consultorio o a un reparto di ostetricia per prenotare una visita per una paziente, l'appuntamento mi viene dato dopo circa otto mesi e quindi in genere a parto avvenuto. Se invece è la paziente che va senza dichiarare il proprio stato di tossicodipendenza ovviamente questo non avviene, i tempi sono molto più brevi. I problemi sorgono dopo, perché questa tossicodipendenza non è stata dichiarata.

A parte questo amaro excursus, noi lavoriamo appunto in un servizio alla periferia Sud di Roma e abbiamo un'alta percentuale di pazienti eroinomani, come tutti i SERT, con un'età media abbastanza elevata, sui 32 anni e quindi un'alta percentuale di pazienti con figli minori. Di questi, circa 30/35 su 250 pazienti analizzati ultimamente, sono coppie tossicodipendenti entrambi da eroina in carico al servizio e sinora il nostro lavoro, che si è svolto anche negli anni passati, di seguire le coppie tossicodipendenti con figli minori, è stato effettuato attraverso una rete che non è strutturata, codificata ma è una rete di rapporti interpersonali, quasi amicali, con delle persone rare, che hanno un'identità di vedute simili alle nostre e quindi ci consentono di non avere dei tempi di attesa così mostruosi come avviene normalmente. Le strutture del pubblico e del privato sociale che si occupano in modo strutturato del problema tossicodipendenza e maternità a Roma sono pochissime e alcune, ne sentirete parlare più tardi, sono dei progetti che pur essendo estremamente validi non sono stati rinnovati e quindi sono delle esperienze che si sono troncate bruscamente, con tutte le conseguenze che potete immaginare per delle persone che stavano usufruendo di tutta una serie di servizi e che si sono viste abbandonare di colpo.

Nel mio servizio, oltre appunto a questo lavoro che ormai dura da molti anni soprattutto con alcune persone dei servizi sociali del Comune di Roma e del Tribunale dei Minori, in questi ultimi due anni ci siamo trovati di fronte a un fiorire di gravidanze, abbiamo avuto in due anni 12 gravidanze che non sono poche in un servizio per tossicodipendenti, di coppie eroinomani, per cui abbiamo deciso di mettere in atto un protocollo operativo che poi si è andato definendo in corso d'opera e di designare una équipe che si occupasse esclusivamente o quasi di queste problematiche. E' un'équipe che è costituita tutta da donne, c'è un medico che casualmente e fortunatamente è una ginecologa e c'è una psicologa, naturalmente, un'assistente sociale e un'infermiera professionale.

La presa in carico avviene piuttosto precocemente perché è precoce la diagnosi di gravidanza. E' un esame che facciamo di routine e le pazienti lo accettano molto volentieri e proprio perché sappiamo che la dipendenza da oppiacei, siano essi sostanze sostitutive o eroina, dà frequentemente amenorrea, quindi periodicamente, tra i vari esami che facciamo, facciamo il test di gravidanza.

Quindi, la presa in carico viene fatta in tempi brevi. Per quella che è la nostra esperienza, le coppie tossicodipendenti che apprendono di aspettare un figlio e, sono d'accordo con la dottoressa RICCIUTI, non sono gravidanze cercate, ma desiderate, non hanno, per lo meno nella nostra esperienza, mai accettato un'ipotesi di effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza. Se aborti ci sono stati, sono stati aborti spontanei, questo perché, come dicevano i colleghi che mi hanno preceduto, la nascita di un figlio viene caricata di grossissimi significati salvifici e risolutivi nei confronti della propria situazione di dipendenza. Sono coppie che si amano e che quindi vedono questo figlio come colui per il quale si abbandona l'eroina: è un amore più forte dell'eroina. Questo purtroppo non sempre avviene, anche perché poi, come sappiamo, la realtà è diversa.

Comunque, la fortuna, tra virgolette, di avere un medico che è ginecologo, ci consente di effettuare tutte le visite di controllo al SERT, anche gli esami ematochimici di controllo, i prelievi. Questo, da un lato, potrebbe sembrare designante, discriminatorio nei confronti di queste donne ma, vista quella che è la realtà, fortemente espulsiva, come vi dicevo, degli altri servizi a Roma, è invece rassicurante per queste persone, che siano operatori conosciuti, che continuano a prendersi cura di loro anche in questa fase, così diversa, come è quella della gravidanza.
Come vi ho detto, le pazienti che abbiamo trattato e che stiamo trattando, sono tutte eroinomani e tutte in terapia metadonica. In questo senso, il nostro obiettivo è stato quello, durante la gravidanza, di arrivare a un dosaggio di terapia, tale da non dare alla donna né sintomi astinenziali, né sintomi disforici e da dare contemporaneamente al neonato una sindrome d'astinenza neonatale che fosse il più lieve e il più transitoria possibile.
Quindi abbiamo, poi vedremo quali sono le caratteristiche dei nostri pazienti, attuato delle progressive riduzioni, scalaggi della terapia metadonica, che sono stati accettati e vissuti bene anche perché veniva fatta una grossa operazione di sostegno attraverso il counselling, attraverso la psicoterapia, sia della donna, sia della coppia.
Abbiamo cercato laddove possibile, dove c'erano le risorse, di coinvolgere le famiglie di origine sia materne che paterne, in modo che la preparazione alla genitorialità e l'attaccamento della madre al bambino fossero un lavoro che veniva cominciato già durante la gravidanza e che procedeva di pari passo con la riduzione della terapia metadonica e quindi con un progressivo abbandono delle sostanze sostitutive.
Una svolta nel nostro lavoro c'è stata quando abbiamo cominciato a collaborare con un progetto del Comune di Roma che si chiama "Raggiungere gli irraggiungibili", che è finanziato con la legge 285 ed è coordinato da diversi servizi della nostra azienda, il SERT, ma non soltanto, la neuropsichiatria infantile e i consultori, i reparti di ostetricia e pediatria e che è in partnerariato con un'organizzazione del privato sociale. Quindi si è costituita all'interno dell'azienda, non in città, né in Regione, una rete istituzionale valida e codificata. Le operatrici del privato sociale svolgono quello che per noi è il lavoro più interessante, il pezzo che ci mancava e cioè un lavoro di assistenza domiciliare che viene fatto nei primi mesi insieme a noi, insieme per quello che riguarda le nostre pazienti perché questo progetto non è rivolto soltanto alle donne tossicodipendenti, ma a tutte le situazioni di disagio psichico e sociale, quindi a situazioni di estrema povertà, di patologie psichiatriche, di gravi forme di depressione e quindi anche di tossicodipendenza.
La prima parte dell'assistenza domiciliare la facciamo insieme a queste operatrici. Quali sono i fini? I fini sono, con una frequenza bisettimanale, di tre ore ogni volta, nelle prime 26 settimane di vita del bambino e poi con una frequenza settimanale di tre ore per tutto il primo anno di vita del bambino, quelli naturalmente di aiutare, continuare nella costruzione della relazione madre - bambino, ma anche attraverso la comprensione delle esigenze di un neonato; sappiamo tutti quale rivoluzione un neonato provochi nella vita di una famiglia, possiamo immaginare che cosa può provocare in una situazione fragile come è quella di una donna tossicodipendente.
Questa assistenza è anche un aiuto ad accettare nuovi ritmi di vita attraverso un aiuto domestico, è imparare ad osservare l'evoluzione delle competenze del bambino, i suoi progressi durante il primo anno di vita e a comprenderle, è un supporto alle cure del neonato con una particolare attenzione al coinvolgimento dei padri. E' ancora un'informazione su quelle che sono le opportunità dei servizi territoriali, è una funzione di accompagnamento ad essi.
Nei casi che abbiamo trattato in questi due anni e di cui vi illustrerò poi le caratteristiche, ci siamo trovati di fronte essenzialmente a tre tipi di problematiche che vorrei brevemente illustrarvi.
La prima ci si è presentata nel momento della diagnosi di gravidanza, quindi della decisione di tenere il bambino. Malgrado fossero persone già in carico e che quindi ci conoscevano, è scattata immediata la paura che noi, l'autorità pubblica, gli togliessimo il

bambino. La nostra esperienza ci ha insegnato che un atteggiamento amichevole, minimizzante, rassicurante da parte dell'équipe non pagava assolutamente, portava a una fuga. D'altronde, a volte, senza una coazione, non era possibile l'aggancio della coppia, ma ci siamo detti un rapporto, una relazione terapeutica coatta come può costruire una genitorialità valida e un valido rapporto madre - bambino? Per cui abbiamo visto che la metodologia che è risultata poi migliore, era quella di un contratto molto chiaro fin dal primo colloquio, in cui noi non negavano assolutamente il nostro potere di togliergli il bambino, ma manifestavamo molto chiaramente la nostra volontà invece di lasciarglielo e di lavorare perché appunto questo avvenisse.
I nostri erano tutti pazienti in carico e quindi sapevano che nel nostro servizio non si collude, non si è nemmeno giudicanti e quindi hanno tutti, nei casi trattati, accettato questo modo di lavorare.
Il periodo della gravidanza è servito a preparare la coppia al lavoro a domicilio, che certamente poteva essere vissuto come molto più intrusivo.
Il secondo problema, ne hanno già accennato alcune colleghe, è stato quello delle famiglie di origine che certamente sono una risorsa molto importante da attivare, quando ci sono le condizioni e soprattutto le nonne sono una risorsa che si fa attivare molto volentieri anche per quei motivi che spiegava la dottoressa RICCIUTI, cioè perché il bambino è una nuova possibilità, una nuova occasione di sperimentare una maternità in persone che hanno "fallito" la propria maternità avendo prodotto una figlia tossicodipendente, però è anche un discorso pericoloso perché, ovviamente, può comportare che la figlia che ha fatto un grosso investimento di ricevere amore dal proprio figlio, dalla propria madre, si veda superata da questa relazione e quindi possa avere ancora più dei vissuti di frustrazione e quindi ritornare a una situazione di uso di sostanze.
CIRILLO, volevo citarvelo un attimo, sostiene che il fallimento della strategia di ottenere una sorta di risarcimento per interposta persona si ha anche quando la nonna si mostra disponibile. Infatti, molto spesso, il suo innamoramento per il nipotino, visto come un dono della vita che le permette di fare una nuova prova di maternità, si traduce in un ulteriore rifiuto della figlia. Questa, che in un primo momento, era stata favorevole ad affidare suo figlio alla madre, sperimenta una crescente confusa gelosia, una sensazione di doppio tradimento per il legame che si crea sopra la sua testa, tra due esseri da cui sperava di ricevere amore compensatorio ai propri vuoti infantili. Da qui, il precipitare in un uso crescente di droga per ottundere le proprie sofferenze o in altri comportamenti autodistruttivi.
Quindi, nei casi in cui è stato possibile, abbiamo attivato - noi lavoriamo molto in terapia familiare nel nostro servizio - delle terapie familiari convocando le famiglie allargate e cercando di fare un lavoro sistemico che fosse volto sia a ripristinare i confini, sia a un tentativo di risolvere i conflitti. Laddove questo non è stato possibile, abbiamo preferito limitare il coinvolgimento delle famiglie di origine o quantomeno non richiederlo espressamente e lavorare invece con la coppia sulla costruzione della genitorialità rimandando i rapporti con le famiglie di origine a una fase successiva.
Il terzo e maggiore problema di fronte a cui ci siamo trovati è stato quello dei padri. Padri, appunto, anche loro tutti eroinomani in trattamento che avevano una serie di problemi. Innanzitutto, maggiori difficoltà a scalare le terapie metadoniche durante la gravidanza delle loro compagne, pur avendo lo stesso tipo di grosso investimento emotivo su questo figlio che stava per nascere, ma che soprattutto avevano avuto una serie di ricadute dopo la nascita del bambino e soprattutto è stata tanto maggiore la frequenza di ricadute quanto più la madre era libera. Abbiamo avuto delle madri che sono arrivate alla fine della gravidanza drug free, abbiamo avuto dei bambini che sono nati senza sindrome da astinenza neonatale e con un peso accettabile, buono, di 3,2 kg e quindi tranquillissimo, e queste madri poi hanno proseguito con una sorta di apparente benessere, apparente buon rapporto con il proprio figlio, in realtà operando una completa scissione della propria componente tossicomanica e proiettandola completamente sul partner

che è entrato in depressione, che ha ripreso l'uso di eroina e che veniva progressivamente emarginato. Io ce l'ho fatta, lui no. Io ho fatto un figlio sano, lui è ancora tossico e via dicendo. Che cosa abbiamo fatto in questi casi? L'intervento domiciliare ha cercato di coinvolgere il più possibile questo padre nelle cure del neonato, cambiarlo, fargli il bagno e via dicendo.
Il nostro intervento al SERT e quindi in un contesto diverso, è stato quello di cercare di fare un lavoro di coppia che cercasse di recuperare la storia di questa coppia, a prescindere dall'eroina. Ci sono stati 5 casi di persone che hanno presentato questo problema: uno si è risolto positivamente nel senso che il padre ha cessato sia l'uso di eroina e poi, nel tempo, anche quello di sostanze sostitutive e adesso è circa un anno che entrambi i genitori sono completamente astinenti, mentre altri tre sono sfociati nello scioglimento della coppia e nell'espulsione del padre.
In due anni abbiamo trattato dodici gravidanze, dieci nascite avvenute e due gravidanze sono ancora in corso. I pazienti erano 24, dai 28 ai 36 anni, 21 con la licenza media inferiore, 3 con la licenza media superiore, quasi tutti avevano un'occupazione, il 30 per cento aveva una occupazione stabile, gli altri saltuaria.
Dodici coppie di eroinomani, con alle spalle dai sette ai nove anni di uso di droga, di cui dieci coppie per via endovena, negli ultimi tre anni e due coppie per via inalatoria, sempre negli ultimi tre anni. Due partner maschi facevano anche uso di cocaina, tutti facevano uso di cannabinoidi. Tutte le coppie erano in trattamento al SERT almeno da un anno, al momento della diagnosi di gravidanza. I dosaggi medi delle donne andavano dai 30 ai 60 cc a mantenimento, quelli degli uomini dai 60 ai 120 cc a mantenimento.
Durante il periodo della gravidanza, undici femmine hanno presentato morfinurie tutte negative, una femmina ha presentato due morfinurie positive e le altre tutte negative, ci sono state dieci positività in otto maschi e ben quattro maschi che durante la gravidanza hanno avuto tutte le morfinurie negative, sono stati bravissimi.
Undici coppie erano negative all'HIV, di esse sette erano positive all'epatite B e all'epatite C, due positive soltanto all'epatite C e due negative all'epatite B e all'epatite C. Una coppia è sieropositiva all'HIV, all'epatite C e all'epatite B.
Naturalmente, le coppie che sono negative all'epatite B e all'epatite C e all'AIDS sono quelle che facevano uso di eroina per via inalatoria.
Delle dieci gravidanze terminate, otto madri oggi sono drug free, due sono in terapia metadonica a scalare, quattro padri sono drug free, tre sono in terapia metadonica a scalare e tre sono in terapia metadonica a mantenimento.
Si è parlato prima della differenza tra il mondo del possibile, che viene sognato e vagheggiato dalla donna durante la gravidanza e il mondo del reale con cui poi la donna si scontra invece dopo il parto, direi la coppia, più che la donna. Noi cerchiamo di lavorare perché questi due mondi siano il più vicini possibili.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- « Abbiamo quattro interventi di quelli stabiliti, poi apriremo quelli a richiesta. Se cortesemente preparate un sunto del vostro intervento, perché poi lo vogliamo documentare. Adesso parlerà la dottoressa BURRONI del SERT di Torino che ci illustrerà il "Progetto regionale piemontese: esiti a breve, medio e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini. Valutazione integrata delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti".»

Dott.ssa Paola BURRONI:- «Sono una neuropsichiatra infantile, sono Primario del SERT dell'ASL 1 di Torino e da molti anni mi occupo di tossicodipendenza e anche in particolare di questo settore del trattamento delle donne tossicodipendenti in gravidanza. Mi ha colpito il fatto che le colleghe che mi hanno preceduto segnalassero un divario geografico tra le realtà del Nord e del Sud. Mi sembra che questo possa essere uno degli aspetti importanti che guidano anche il Governo nell'orientamento dei trattamenti. Volevo dire, anche un po' per sdrammatizzare queste differenze che sono nel bene e nel male, per

esempio che a Torino manca assolutamente un sistema di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti extracomunitari, mentre mi risulta che a Roma ci sia un'ottima esperienza, anche coordinata a livello cittadino, su questo tema.
Lavoro nell'ASL 1, nell'ASL centrale e questo problema è abbastanza misconosciuto. La mia presentazione, che ha questo lungo titolo, è stata preparata in collaborazione con i colleghi SALAMINA, TIBALDI e PASQUALINI, POLI e TIANAROSA e in particolare vi ricordo che la dottoressa TIBALDI che lavora con me ormai da vent'anni, e che è la responsabile del centro perinatale del Sant'Anna, che ricovera al parto e gestisce l'ambulatorio ostetrico per le donne tossicodipendenti inviate dai SERT.
Il coordinamento dell'assistenza alle tossicodipendenti in gravidanza è iniziato a Torino nel 1978.
Oggi vi parlerò dei sistemi di cura, degli esiti a breve termini sui neonati dei trattamenti, a medio e lungo termine sui bambini, dei trattamenti residenziali delle madri verso l'esito sui bambini e poi di come sono stati affrontati i problemi della valutazione della capacità genitoriale. Da vent'anni è attivo a Torino un sistema di cura che progressivamente si è completato intorno alla madre in gravidanza, al neonato e alla madre col bambino. Ci piace parlare del sistema di cura, in quanto c'è un buon livello di integrazione tra i servizi che compongono questo sistema di cura. Dal punto di vista della classificazione organizzativa, in letteratura si trovano questi sistemi descritti come comprehensive care, cioè che comprendono al loro interno le diverse specializzazioni e i diversi servizi che si devono occupare di un problema complesso.
Questo gruppo di lavoro che è diviso in due settori, un settore ospedaliero e un settore più del coordinamento dei SERT, con persone in compresenza, è composto solo da donne e ha adottato una tipologia assistenziale nei confronti dei propri pazienti, che è quella tipica della holding assistenziale ampia. Le donne hanno un percorso di trattamento che va dalle diagnosi di gravidanza sino alla nascita del bambino e ai periodi successivi, che prevede un sistema di facilitazione del loro accesso alle cure per cui le donne hanno appuntamenti quando possono e quando vogliono, vengono accettate alla visita ostetrica anche quando sono in ritardo, hanno nelle liste di priorità dei SERT la precedenza sulle altre tipologie di casi, quindi è una holding assistenziale piuttosto intensa, rivolta all'accoglimento delle donne.
Oltre a lavorare sul modello assistenziale che ho brevissimamente descritto, abbiamo, nel corso di questi anni, anche raccolto i dati clinici e le informazioni di tipo anagrafico e sociale, che hanno riguardato i trattamenti delle donne in gravidanza e il loro trattamento in comunità e poi i percorsi di vita dei bambini, cioè gli accadimenti che riguardano questi bambini dal momento della nascita fino alle fasi successive della loro vita, con particolare riguardo ai provvedimenti del Tribunale dei Minori, che prevedono l'affidamento dei bambini alle diverse figure che diventano loro genitori nel corso del tempo.
Le linee di studio che si sono sviluppate nel tempo sono due, una che riguarda la valutazione degli outcome ostetrici, a breve termine, e un'altra che invece riguarda la valutazione dei percorsi di vita dei bambini. In questo progetto, che è diventato da circa due anni a carattere regionale, della Regione Piemonte, è prevista anche una sezione dedicata alla formazione degli operatori, per la valutazione delle capacità genitoriali. I tipi di interventi che sono applicati su questa casistica, sono interventi professionali, inserimenti in strutture, trattamenti farmacologici, valutazione del trattamento delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti.
Vi presento i dati della prima linea di studio che riguarda gli outcome ostetrici. La popolazione che è presentata in questa diapositiva è composta di donne che hanno partorito al centro perinatale del Sant'Anna di Torino tra il '78 e il '99. Sono 349 donne residenti a Torino e provenienti dall'hinterland torinese. Hanno delle condizioni di bassa scolarità e un'età media al parto che è leggermente superiore rispetto alle donne di pari età, che hanno partorito nello stesso ospedale, nello stesso periodo. Dal punto di vista della convivenza, cioè del vivere da sole o con il partner o con la famiglia di origine c'è una

forte distribuzione: non sempre queste donne hanno una loro collocazione abitativa e relazioni stabili. In questa nostra casistica, il partner è nel 63,4 per cento un tossicodipendente, conosciuto anche dai nostri servizi e l'età media al parto è un po' superiore a quella della popolazione di donne di pari età che hanno partorito al Sant'Anna nello stesso periodo, la media di inizio della tossicodipendenza sono i 20.4 anni, che è un dato che corrisponde alla popolazione generale delle tossicodipendenti trattate a Torino. A Torino i soggetti trattati in un anno sono circa 5.000, distribuiti nelle quattro ASL, e le donne tossicodipendenti su questa popolazione sono circa il 18%, cioè c'è una popolazione di donne tossicodipendenti lievemente superiore a quella che veniva segnalata come dato nazionale. Andare verso il Nord aumenta la probabilità che le donne diventino tossicodipendenti.

Rispetto al sistema di cura, ai trattamenti che noi abbiamo messo in atto, abbiamo cercato di individuare quali erano i fattori predittivi che si potessero collegare con gli esiti ostetrici più favorevoli. Sono due i fattori che sono stati analizzati e collegati agli esiti. Un primo è l'assistenza in gravidanza e il secondo sono i trattamenti farmacologici. Vedremo come si individuano le significatività anche elevate, mettendo in relazione queste tipologie di intervento con gli esiti in gravidanza.

L'assistenza in gravidanza è quell'insieme di interventi che vengono erogati, ai quale la donna aderisce durante il periodo della gravidanza. Negli standard riferiti alle donne normali, gli standard sono molto elevati, addirittura studi o indicazioni prevedono sette, otto visite corredate da un insieme di esami durante il periodo della gravidanza della donna "normale". Per noi e quindi per le donne incinte tossicodipendenti che abbiamo trattato, l'assistenza adeguata, che riguarda un buon 50 per cento della nostra popolazione, è definita in questo modo: sono donne che hanno avuto non solo visita ostetrica, ma interventi con esami, trattamento farmacologico in collegamento con il SERT, almeno tre eventi di questo tipo nel corso della gravidanza, di cui almeno uno è nel secondo trimestre e quindi almeno uno è un po' più precoce perché ci sono alcune donne, quelle che hanno assistenza inadeguata, molte, che hanno interventi solamente nel terzo trimestre di gravidanza, oppure nel primo trimestre e quindi diciamo che c'è una parte della gravidanza di queste donne che risulta scoperta.

Tra i vari trattamenti, abbiamo citato e utilizzato, per verificare gli outcome ostetrici, quelli farmacologi. Il 13 per cento di donne che non hanno avuto nessun trattamento, di queste alcune, il 9 per cento, hanno continuato l'uso di eroina, altre hanno avuto, il 4 per cento, l'uso sporadico o nessun uso. Abbiamo il 50,3% di donne che hanno avuto mantenimento metadonico, circa la metà con controlli di metaboliti urinari negativi e 25 per cento delle donne sono state disintossicate entro il secondo trimestre, entro la 32sima settimana di gestazione e poi ci sono, vi sottolineo questo gruppo, il 7,9% di donne che nel corso della gravidanza si sono sottoposte a una serie di disintossicazioni fallite, sono i soliti scalari ripetuti e che quindi hanno usato contemporaneamente eroina e metadone.

Questa diapositiva mette in relazione gli esiti ostetrici, l'upgrade, lo small for date, il bambino piccolo per età gestazionale, peso, il taglio cesareo, il parto spontaneo e poi, età gestazionale minore alle 32 settimane, la nascita all'età gestazionale minore di 32 settimane o meno di 36 settimane. Vediamo che le differenze tra l'avere avuto una assistenza adeguata o inadeguata sono statisticamente significative.

Per quel che riguarda la qualità dell'assistenza, quindi il fatto che l'assistenza sia adeguata o inadeguata, vediamo che abbiamo sicuramente un effetto protettivo dell'assistenza adeguata, in quanto c'è circa la metà di incidenza percentuale di eventi ostetrici sfavorevoli rispetto alle donne che hanno avuto un'assistenza inadeguata.

Riuscire a fare avere alle nostre donne una assistenza tale per cui almeno tre controlli in gravidanza, di cui uno è nel secondo trimestre e che non è una semplice visita come vedete, è protettivo di eventi molto gravi quali un upgaring per la vita prossima del bambino, inferiore a sette, quali un peso inferiore a 2.500 grammi, che è il peso medio stabilito, quali una nascita con un'età gestazionale inferiore alle 32 settimane, quali una

nascita con età gestazionale inferiore alle 36 settimane. Avere queste tre visite è protettivo e riduce della metà il rischio.
La successiva diapositiva mette in relazione gli esiti ostetrici e il trattamento farmacologico in gravidanza. Si vede che il mantenimento senza eroina, cioè le donne che hanno fatto durante la gravidanza un mantenimento metadonico controllato e che non hanno consumato eroina, dà la minor probabilità di avere esiti ostetrici sfavorevoli. Le donne che hanno la massima probabilità di avere esiti ostetrici sfavorevoli - e qui, per brevità, abbiamo messo solo l'età gestazionale minore di 32 o 36 settimane e il peso minore di 2.500 grammi - sono quelle che fanno gli scalari ripetuti, cioè sulle quali si fanno dei progetti di disassuefazione e che poi ricominciano a prendere il metadone e ricadono. L'orientamento rispetto al trattare questa popolazione che peraltro nel corso del tempo, per quel che riguarda la nostra casistica, è un po' diminuita, è quello di aiutare le donne a introdursi, ad accettare un trattamento di mantenimento ovviamente controllato, cercando di accettare dosaggi un po' superiori a quelli medi da adottarsi in gravidanza, che, secondo noi e altri, dovrebbero essere intorno ai 40 mg di metadone, quindi accettando anche dosaggi di mantenimento superiori, abbiamo visto come questo gruppo di donne non ha nessun esito in nascite con età gestazionale inferiore alle 32 settimane. Questi sono dati molto significativi per quello che è lo sviluppo psicofisico del bambino e quindi nascono dei bambini, col mantenimento senza eroina, che sono di un buon peso, che hanno una sindrome d'astinenza certamente, però che è assolutamente trattabile e le complicazioni che riguardano il parto pretermine sono inferiori.
Adesso vedremo quelli che sono invece, secondo la seconda linea del nostro studio, gli esiti a medio e lungo termine. Non so se l'ho detto prima, ma noi dobbiamo immaginarci che questi bambini, oltre a essere il prodotto di una gravidanza a rischio, sia per gli effetti della droga, per gli stili di vita della madre ma anche per gli interventi che vengono adottati dai servizi, che in qualche maniera, secondo un'ottica di tutela, circondano questo bambino e cercano di dargli una collocazione celere e stabile in una famiglia che sia sufficientemente buona nei tempi e nei modi che sono consentiti dalle nostre capacità e di quelle della madre.
La popolazione che abbiamo studiato è un po' più piccola, perché, per i problemi che ci sono al reperimento dei dati nella provincia di Torino, abbiamo ristretto il nostro campione a 333 bambini rispetto ai 400 e tanti che facevano parte della corte precedente, che sono nati a Torino da madre tossicodipendente, residente a Torino, trattati dai nostri servizi; il periodo di osservazione e del follow-up è '78/'96. Di questi bambini, alcuni sono morti perinatali, altri sono risultati irreperibili all'anagrafe, 10 non sono stati riconosciuti e per questi non abbiamo nessun tipo di dato.
Abbiamo 312 bambini che, nati dal '78 al '96, sono stati analizzati da un follow - up che ora vi mostrerò, che descrive questi esiti: l'affidamento del bambino alle diverse età della vita e cercherò anche di dire perché, i percorsi dei bambini adottati e gli inserimenti in comunità delle madri.
Questa diapositiva mostra la durata del follow - up per singolo caso: alcuni anni sono ripetuti nel senso che '88, '88, '89, '89, '90, '90, vuol dire che sono nati più bambini in quegli anni e sulle ordinate abbiamo il periodo di follow - up che va da zero per alcuni bambini, fino a 16 anni. La media di osservazione per singolo caso è di 3,4 anni.
Questa successiva diapositiva mostra le condizioni di affidamento nei primi tre anni di vita. Prima le colleghe parlavano appunto dell'evento nascita in una donna tossicodipendente come un evento che sicuramente è collegato a una serie di rischi. Credo che la nostra esperienza dimostra che questa sia una cosa molto presente nella mente degli operatori che si occupano della tutela dei minori e anche e più nella mente degli operatori che occupano di tossicodipendenza. Il punto centrale è quello di cercare di comprendere come nei primi anni di vita del bambino, nel primo, nel secondo e terzo anno, ci sono degli accadimenti che riguardano la crescita e la nascita psicologica di questo bambino che sono molto importanti e che ovviamente noi del SERT, possiamo e dobbia-

mo essere coinvolti nel cercare di tutelare questo bambino, che è figlio di un nostro paziente che è diventato genitore e capire che cosa succede rispetto agli interventi e alle cure che noi prestiamo, ai tipi di provvedimenti che prendiamo e mi sembra che sia molto rilevante rispetto al definire quale deve essere questo atteggiamento.
Abbiamo una buona alleanza terapeutica con le nostre pazienti e non possiamo intervenire nel sistema di controllo e di tutela del minore. Dico, per contro, che se una nostra paziente diventa genitore, essa diventa nostra paziente anche in quanto genitore e i suoi problemi di genitorialità entrano dentro il nostro trattamento e devono essere trattati sia dal punto di vista di quanto una donna si senta adeguata o inadeguata o di quanto si rappresenta di essere madre nelle diverse fasi, anche della gravidanza, e di quanto è in grado di fare esperienze che tutelino la sua possibilità di essere madre rispetto a se stessa, alla sua famiglia, al suo partner e anche rispetto alle istituzioni di tutela.
Per cui voglio spezzare una lancia a favore di un maggiore investimento dei SERT rispetto a questo aspetto della tutela dei minori.
Vi dicevo che analizzando i percorsi di attivamento dei bambini nei primi tre anni di vita, che sono tutti conseguenti a provvedimenti del Tribunale, si vede come aumentano dal primo, secondo e terzo anno le adozioni, si riducono in correlazione diretta gli affidamenti alle comunità per minori, c'è una certa stabilità dell'affidamento ai nonni, c'è una certa stabilità dell'affidamento alle mamme, ma soprattutto l'affidamento a entrambi i genitori diminuisce drasticamente fino al terzo anno di vita per rimanere poi stabile nel tempo. Quindi, c'è un progressivo disinvestimento del sistema dei servizi rispetto al fatto che entrambi i genitori possano essere adeguati ad accogliere nel proprio nucleo familiare, laddove esista, un bambino.
Questa diapositiva vi mostra un aspetto particolare dei percorsi di affidamento, cioè quello che accade realmente nel periodo della gravidanza. Ci sono gli affidamenti al momento della dimissione dall'ospedale. Tutti i bambini normali vanno a casa coi genitori o con la mamma, i nostri bambini vanno, circa la metà, a casa con entrambi i genitori alla dimissione dall'ospedale, 47, che sono una percentuale molto bassa, vanno a casa con la sola madre, uno solo va a casa col solo papà, 29 con i nonni, 3 coi parenti, 13 vanno direttamente dall'ospedale con la mamma in comunità, 8 rimangono in ospedale, 53 escono dall'ospedale e vanno in comunità per minori.
Vediamo gli spostamenti dei bambini dalle diverse collocazioni al successivo provvedimento, cioè al secondo, e vedete come ci sia un'enormità di spostamenti: c'è un forte spostamento dai genitori verso la madre da sola, verso i nonni, verso le comunità per minori e che ci sono molti bambini che già alla nascita sono destinati all'adozione.
La successiva diapositiva vi fa vedere la situazione di affidamenti riferita all'ultimo aggiornamento disponibile: questi sono di nuovo numeri assoluti e questo tipo di distribuzione ci sembrava già, in rapporto ai numeri assoluti precedenti, significativo. I figli che sono affidati a entrambi i genitori sono più che dimezzati, aumentano un po' gli affidamenti alla madre da sola e ai nonni, ci sono mamme in comunità, le comunità per minori si riducono per il fatto che i bambini transitano verso l'adozione e alcuni bambini nel corso degli anni sono andati in affidamento eterofamiliare, che è una soluzione che, per esempio a Torino, dal Tribunale viene difficilmente accettata, in quanto prevede un rapporto complesso tra famiglia affidataria, famiglia naturale e i servizi.
In termini di significato, i percorsi di questi bambini mostrano le numerose esperienze di separazione e di confusione dei ruoli genitoriali e questo è il fattore di rischio per la crescita e la nascita psicologica dei bambini, non è tanto la droga, ma il fatto che le madri tossicodipendenti partoriscono a Torino dei bambini con buon peso che però, nel momento in cui incontrano i servizi e il problema della tutela di sé stessi da minori, incontrano un sistema che direi, dà origine a queste eventi.
Pensate che addirittura ci sono, su bambini, anche cinque provvedimenti di seguito, che prevedono lo spostamento del bambino dai genitori poi alla mamma, poi la mamma va un po' in comunità, poi va dai nonni, poi ritorna; è una situazione che rappresenta un

fattore di rischio per la separazione e confusione dei ruoli - penso mi comprendano molto bene i colleghi che sanno che questi sono fattori di rischio per le patologie nei nostri pazienti. E' importante che si cerchi, in un sistema integrato e attento, di ridurre il danno intorno alla nascita di questi bambini. Vi faccio vedere in seguito il percorso dei bambini adottati. Ci sono 53 bambini adottati, nel nostro follow - up: vi ricordo che 10 erano stati adottati immediatamente alla nascita e quindi sono 63, sono un buon 20 per cento. Hanno provenienze diverse rispetto al primo affidamento: c'è un bambino che è adottato all'ottavo anno di vita, dopo un affidamento eterofamiliare che non è male, dopo la comunità per minori, dopo essere stato affidato ai nonni con due provvedimenti, dopo essere stato affidato alla mamma, dopo essere stato affidato a entrambi i genitori. Questo bambino è stato adottato a otto anni, ha avuto tutti questi passaggi. La maggioranza dei provvedimenti di adozione avviene tra il secondo e il terzo anno di vita, però proseguono abbastanza numerosi anche nel quarto e nel quinto anno e ci sono numerosi cambiamenti. Ovviamente, quelli che paradossalmente hanno i minori cambiamenti nel regime di affidamento sono i bambini che, alla nascita, vanno in comunità per minori direttamente, anche se alcuni di questi risalgono, per età di affidamento diverse, per poi riprecipitare nel regime dell'adozione.

La successiva diapositiva che vi ho portato mostra invece i cambiamenti degli atteggiamenti dei servizi. Questa è la nostra azione verso l'adozione. Tra il '78 e l'85, il sistema ha mandato in adozione circa il 10% dei bambini nati da tossicodipendenti. In un secondo periodo, abbiamo considerato dall'86 al '90, andava in adozione circa il 18% dei bambini e attualmente mandiamo in adozione una cifra che quest'anno è poco più del 19% cioè il sistema di cure intorno alla madre e al bambino sta aumentando la sua tendenza a mandare in adozione.

Nel convegno di Torino una collega olandese, che ha presentato un servizio per figli di tossicodipendenti, ci ha detto che la loro percentuale di bambini adottati è intorno al 35 per cento. A me sembrava veramente molto elevato questo 20 per cento di bambini adottati e in realtà ho visto che in altri Paesi, che hanno anche storie molto diverse, soprattutto valutano diversamente i rapporti tra madri e figli, la concezione del materno è diversa, comunque hanno una percentuale superiore alla nostra.

Entriamo nel campo un po' più del trattamento non solo della gravidanza e quindi degli esiti a breve, ma nel campo del trattamento della donna. Noi abbiamo provato a vedere come l'inserimento in comunità durante la gravidanza o entro i due anni successivi al parto di un gruppo di nostre donne, quelle che hanno partorito tra l'87 e il '96, in qualche modo sia correlato con l'esito di affidamento del bambino. In sostanza, volevamo capire: ma se noi mandiamo queste donne in comunità, come facciamo? In diverse tipologie di comunità - e qui non abbiamo inserito quali sono queste tipologie, ma sono le comunità che usiamo per le donne, alcune sono comunità per madre e bambino, molto poche, perché il periodo considerato è ancora un po' precoce - adesso ci sono più inserimenti per mamma e bambino, molti di più, direi forse per tutte le donne, almeno come proposta. Le donne che hanno avuto un ingresso in comunità hanno una maggiore probabilità rispetto agli altri bambini di avere il loro bambino affidato a loro stesse? No.

Sono state prese in considerazione donne che sono state più molto più di sei mesi in comunità, che sono circa il 40 per cento delle donne che hanno partorito e quindi è un buon numero e certamente in queste donne l'inserimento in comunità era finalizzato anche a un recupero delle loro capacità e potestà genitoriali. In realtà, dal punto di vista degli esiti, cioè la destinazione finale del bambino, mostra una distribuzione che è paragonabile a quella delle donne che sono trattate in altre forme o che non hanno inserimento in comunità. Gli esiti delle donne inserite in comunità specializzate madre e bambino: siamo fermi al '96, adesso ci sono molte più comunità per madre e bambino, molto interessanti e molto belle. A Torino ce ne sono molte, so che qualcuno anche oggi parlerà, che si occupano della relazione madre e bambino nel contesto della tossicodipendenza con grande competenza; mi fa molto piacere sapere che ci sono questi tipi di

comunità, questi colleghi che lavorano su questo settore.
In termini tendenziali, anche secondo quella che è la mia esperienza più recente, vediamo che comunità con questa specializzazione potrebbero essere pensate come più protettive rispetto al radicamento del bambino nella propria famiglia di origine, i genitori e la madre; non dico neanche i numeri perché sono ridicoli dal punto di vista statistico, però tendenzialmente ritengo che questa indicazione sia valida per la mia esperienza e che soprattutto, laddove si fanno questi tipi di percorsi, l'adozione non rappresenta un esito così presente.
Prima delle conclusioni, volevo presentarvi che cosa si sta facendo dal '98 a Torino e in regione rispetto a questo problema che vi citavo, cioè al fatto che c'è un problema abbastanza grosso collegato al fatto che questi bambini hanno dei percorsi di vita così accidentati e che, come diceva l'Assessore BRUNATO c'è una certa lentezza. I tempi delle madri sono diversi da quelli dei figli. Poi, c'è un altro elemento, che i servizi degli adulti sono sempre stati fortemente protettivi rispetto ai propri pazienti genitori, rispetto al lavorare in integrazione con i servizi che si occupano più della tutela del minore, al fine di dare a questi bambini il genitore che si merita e che si meriterebbero.
A Torino abbiamo pensato di costituire dei centri di valutazione delle capacità genitoriali, che abbiamo chiamato CARE, Centro per l'attività sul rischio in età evolutiva. Questi CARE, che sono attualmente uno nell'azienda 1 e ne sono in corso di costituzione altri tre, avranno un nome uguale o similare a Torino, oltre alle esperienze che ci sono già; sono servizi di secondo livello, di valutazione delle capacità genitoriali, composti da operatori provenienti dai servizi degli adulti, quindi dai SERT e anche dalla psichiatria, che si occupano della tutela dei bambini e della valutazione delle capacità genitoriali dei propri pazienti.
Se dei bambini non si occupano gli adulti, non si sa chi se ne dovrebbe occupare e quindi, in qualche maniera, perché il SERT non si deve occupare di comprendere, capire, probabilmente in un setting diverso da quello che è il setting di trattamento del proprio servizio, quali sono gli interventi da prestare rispetto alla valutazione e quindi il tentativo di CARE è quello di assumere all'interno del trattamento e della valutazione del proprio paziente genitore anche l'aspetto della tutela del minore.
Abbiamo visto che assistenza adeguata e mantenimento metadonico migliorano gli esiti ostetrici cioè danno dei bambini più sani. Disassuefazioni fallite danno esiti peggiori del proseguimento dell'uso di eroina e quindi non sono da praticare, che il destino dei bambini presenta queste caratteristiche: ci sono numerosi cambiamenti in affidamento tra il primo e il terzo anno di età, che il 20% dei bambini va in adozione e che questa adozione avviene tra il terzo e il quarto anno di età, cioè in epoche anche abbastanza tardive e poi, che all'ultima rilevazione del follow - up, solo il 20 per cento dei bambini risultavano affidati a entrambi i genitori.
Abbiamo visto che i servizi hanno fatto un forte investimento sull'inserimento in comunità terapeutica i cui esiti restano ancora incerti rispetto all'affidamento finale dei bambini.
Non entro nei meriti degli esiti dei trattamenti in comunità, perché penso che le comunità per mamma e bambino e per coppie debbano essere valorizzate e probabilmente dovrebbero poter forse anche accettare in fasi precoci donne in trattamento metadonico.
Abbiamo sottolineato la necessità di migliorare la qualità della valutazione, la precocità rispetto ai destini che abbiamo visto, della valutazione e capacità genitoriali e vi segnalo, perché ho sentito l'intervento di Roma e mi è molto piaciuto, che c'è una scarsità di interventi di holding assistenziali ampie, che siano rivolte al sostegno della relazione madre e bambino, coppia e bambino, cioè ci sono pochissimi interventi nell'area educativo - pedagogica che seguano le donne coi bambini in mantenimento metadonico.
In Piemonte c'è un progetto di questo tipo, ad Asti, è sostenuto dal 309 e l'ultima cosa che dico, per ringraziare anche tutti i miei colleghi, è che l'esperienza nostra ha evidenziato l'importanza di una buona integrazione funzionale tra i diversi servizi che si occupano del problema.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Ora l'intervento della dottoressa Simona SALETTI della Comunità di Bessimo, Struttura di Gabbioneta, che ci parlerà de "La presa in carico di famiglie tossicodipendenti in un modello di interventi residenziali".»

Dott.ssa Simona SALETTI:- «Inizio il mio intervento cercando di illustrare il mio lavoro, che si svolge in una comunità residenziale per coppie tossicodipendenti. I lucidi mostrano un campione statistico che va dal '93 al '98, e illustra la tipologia di utenza e dei minori inseriti. Il campione è di 54 bambini, il dato evidente è che si inserisce prevalentemente nei primi anni di vita e c'è una fetta che è pari al 18,5 per cento di nati in comunità.
Questi bambini nati in comunità sono frutto di gravidanze che sono iniziate o durante il percorso o prima del percorso. Questo significa anche farci carico del trattamento metadonico, che accompagna le madri nelle gravidanze che sono iniziate prima.
Su questo totale di 54 minori, il 78 per cento vengono inseriti con un decreto del Tribunale per i minorenni. La maggioranza delle coppie, il 68% sono coppie genitoriali che vengono in comunità appunto coi loro figli, gran parte di questi, più della metà, ha un solo figlio, c'è una fetta piccolissima che ne ha tre, è un caso solo, mi pare.
Il dato relativo alle condizioni, però ormai è poco attendibile, è quello che riguarda l'infezione da HIV e il dato aggiornato ad oggi è che circa il 20 per cento delle coppie inserite è portatrice di HIV.
Relativamente alle persone con doppia diagnosi, solo il 6,6% ha manifestato problematiche psichiatriche e per problematiche psichiatriche abbiamo incluso solo quelle con sintomi gravi, escludendo le problematiche border o i disturbi dell'umore.
Nel nostro campione, sia relativamente agli uomini che alle donne, circa la metà degli inserimenti avviene nella fascia di età attorno ai 31/35 anni, dato significativo perché è l'età media in cui le nostre coppie arrivano con i bimbi.
Per maggiore chiarezza di esposizione, leggo la mia relazione. Genitori e figli in comunità terapeutica. Mi sembra importante iniziare con l'articolo 1 della legge 184: il minore ha diritto a essere educato nell'ambito della propria famiglia. Credo sia questo lo spirito con cui la cooperativa di Bessimo, nel 1984, ha iniziato ad accogliere i nuclei familiari con problemi di tossicodipendenza.
All'inizio degli anni '80 la cooperativa disponeva l'apertura di una comunità rivolta alla popolazione femminile e alla nuova realtà di coppie tossicodipendenti. Fin dai primi tempi ci si trovò di fronte alle richieste di quelle donne o nuclei familiari che chiedevano un inserimento anche per i propri figli e tempi e spazi per gestire il rapporto con i bambini il più delle volte collocati presso i nonni.
Il percorso educativo inizialmente non prevedeva l'immissione dei bambini, che vennero mantenuti fuori dal programma fatti salvi gli incontri ritenuti indispensabili affinché si conservasse un minimo di rapporto relazionale affettivo tra madre e figlio, genitori e figlio.
La gestione di queste situazioni e ancor più l'inserimento di alcune donne in gravidanza, che partorivano durante il programma in comunità, ci fecero avvertire la necessità di accogliere anche i figli di queste donne, di queste famiglie.
Si può immaginare come la presenza di un bambino sia divenuta a quel punto parte integrante della proposta di recupero indirizzato alle famiglie tossicodipendenti con le dovute considerazioni.
Un figlio non cambia la madre o i genitori tossicodipendenti, benché ve ne sia spesso l'illusione. La maternità è spesso subita, è risultato dell'ingestibilità della solitudine, è voluta come autoterapia, è strumentale, è incosciente, è una rivalsa sulla famiglia e sulla società.
Il figlio può diventare un elemento estremamente positivo però. La sua presenza può incentivare la famiglia a un maggiore impegno nella reale conoscenza di se stessi e dei propri bisogni, nell'affrontare la realtà e nel fare fatica; un figlio che piange, che chiede di giocare, che ha fame richiama ognuno di noi a un impegno concreto e quindi anche le famiglie.

Nella scoperta della responsabilità, il figlio è elemento gratificante che permette alla famiglia di riconoscersi positivamente, nell'appropriarsi della consapevolezza che, fornendo cure adeguate ed avendo un sufficiente grado di amorevolezza, si consente al figlio uno sviluppo armonico e psicologico adeguato, nell'apprendere ad anteporre ai propri bisogni quelli di un altro, nell'imparare a osservare e cogliere lo stato di bisogno, per creare ed intraprendere proficue soluzioni.
La nostra comunità ospita diverse tipologie di famiglie: con figli presenti in comunità, con figli in affido o in adozione, con entrambi i genitori tossicodipendenti, più raramente con un solo genitore tossicodipendente. Spesso i genitori arrivano in comunità dopo l'emissione di un decreto da parte del Tribunale per i Minorenni a tutela del figlio, che impone chiare prescrizioni e l'obbligo per i genitori di occuparsi anche e prevalentemente della propria tossicodipendenza.
Talvolta la presa in carico in una situazione di coazione, come appunto dopo l'emissione di un decreto, rende ancora più complesso l'aggancio relazionale, con la presenza di un delicato intreccio di sentimenti contrastanti e ambivalenti nei confronti delle istituzioni, ma anche nei confronti della stessa comunità. La tematica affrontata è quella di fare i conti con l'inesistenza di motivazioni personali al cambiamento a cui seguono spesso momenti di crisi, di tensione, di acting out.
In ogni caso è importante partire da qui con i genitori per aprire un confronto, per iniziare un percorso di crescita partendo dalla tutela che altri, il Tribunale per i Minorenni, il servizio sociale, la comunità stessa hanno pensato relativamente ai loro figli, cercando costantemente un adeguato rapporto tra presa in carico e controllo.
Spesso il figlio del tossicodipendente viene rivestito di aspettative salvifiche, il figlio viene pensato come una garanzia sul futuro, come un aspetto di normalità, come una rivalsa sulle famiglie di origine.
Accogliere queste aspettative, aiutare i genitori a ridimensionarle, accettare di condividere le eventuali cadute motivazionali legate alla genitorialità, è una parte significativa del percorso comunitario. Accogliere in comunità i figli dei genitori tossicodipendenti è prendere atto che una situazione familiare questi bambini se la portano addosso comunque, ce l'hanno davanti nella loro vita, ce l'hanno dentro quando parlano, quando giocano. Non bastano tempo e distanza fisica per scrollarsi di dosso la propria famiglia.
E' importante farsi portatori di una cultura che valorizzi il recupero insieme dell'intero nucleo familiare senza mistificazioni, con chiarezza, lavorando per superare le differenti letture dei problemi che altri servizi hanno, con la disponibilità a correre anche il rischio dell'insuccesso.
Ciò significa guardare al minore inserito in comunità non come ad un ospite, ma come ad un utente, come individuo a cui rivolgere attenzione in termini di prevenzione di un disagio futuro, di accudimento, di presa in carico, di cura.
Non si può dimenticare che il minore è una persona distinta e portatrice di un proprio mondo interno, con un ritmo di crescita diverso da quello dei propri genitori, che va salvaguardato e tutelato.
Diventa quindi fondamentale supportare i genitori e anche gli educatori coinvolti in questo progetto, nel considerare e trattare il bambino, rispettandone la dignità, i bisogni e i tempi, riconoscendo il suo passato e aiutandolo a capire, a vivere la dimensione presente. Dal novembre del '98, la cooperativa sociale di Bessimo, dapprima nell'ambito della legge sul fondo nazionale Lotta alla Droga e poi sul fondo regionale della legge 45, ha avviato presso le comunità terapeutiche residenziali per nuclei familiari e per donne con figli un progetto di presa in carico integrata, che consideri sia gli adulti che i minori come utenti della comunità.
La durata di questi progetti è triennale. Il progetto di presa in carico delle coppie tossicodipendenti o della donna con figli, si realizza prestando attenzione non soltanto all'individuo portatore di disagi rintracciabili nella sua storia, ma anche nella relazione che è nata o è cresciuta nella condizione di tossicodipendenza.

Una prospettiva integrata che ci porti a vedere il sintomo dell'individuo, permette di individuare le ragioni che hanno portato al sintomo e le condizioni attuali presenti all'inizio del percorso terapeutico.
La stessa prospettiva ci porta anche a identificare le risorse che spesso esistono nella relazione genitoriale e che possono diventare il motore per il cambiamento e per la ricerca di nuovi equilibri per la famiglia.
Caratteristica peculiare della comunità per nuclei familiari è che, oltre alla dimensione individuale, ci si occupa anche della relazione e dei legami affettivi fra genitori e i loro figli.
I nostri utenti spesso hanno alle spalle esperienze relazionali disturbate dall'uso di sostanze che interferivano nei rapporti familiari e sociali, con la conseguenza di avere impedito loro una chiara interiorizzazione dei modelli relazionali sani.
La presenza di un figlio richiede, oltre a un equilibrio e un benessere personale, la capacità di accogliere e accudire il bambino, distinguendo i suoi bisogni da quelli dei genitori. Spesso questi genitori non sono consapevoli del valore del figlio inteso come persona e lo utilizzano come strumento per soddisfare desideri personali. E' importante che nel periodo di permanenza in comunità, i genitori imparino ad assumere sempre più responsabilmente e in modo autonomo la gestione del figlio, avendo scoperto dentro di sé le proprie risorse e il proprio ruolo genitoriale.
La comunità può accompagnare e sostenere questa ricerca ed allenamento dell'essere un genitore sufficientemente buono, graduando le richieste e i pesi di tale ruolo, fino a restituirlo pienamente ai papà e alle mamme, al termine del percorso terapeutico.
Il progetto propone una presa in carico terapeutica integrata della persona con problematica di tossicodipendenza e supporto formativo agli operatori.
La compresenza di interventi differenziati, mirati e in sinergia tra loro, costituisce per la persona tossicodipendente un'indispensabile esperienza di coesione e quindi di sviluppo.
Si tratta pertanto di un progetto terapeutico multifocale che tiene presenti le varie professionalità che intervengono nella costruzione del progetto famiglia, che si articola a più livelli e si realizza attraverso la messa in comune e l'integrazione delle competenze di ciascuna professionalità coinvolta nel trattamento.
Un primo livello del progetto è quello dell'intervento diretto e specialistico con l'utenza.
Un secondo è quello della collaborazione coordinata fra i diversi operatori coinvolti nel trattamento, i SERT, i servizi materno infantili, il Tribunale per i Minori.
Il progetto prevede supporto al ruolo genitoriale, osservazione dei minori e delle loro dinamiche personali e relazionali, presa in carico del minore, presa in carico delle relazioni affettive disturbate, interventi psicologici rivolti ai soggetti tossicodipendenti con figli minorenni inseriti in comunità, come consultazioni per la valutazione psicologica, presa in carico di gruppo o individuale, possibili consultazioni brevi individuali, presa in carico delle relazioni affettive disturbate, valutazione psicologica.
Gli interventi formativi vengono rivolti agli operatori impiegati nella comunità, sia nella presa in carico dei soggetti adulti che dei minori, nella forma di consulenza all'équipe degli operatori della comunità, consulenza e formazione del personale della comunità impegnato direttamente nella cura dei minori e dei soggetti, supervisione teorico - clinica rivolta all'équipe degli operatori della comunità, consulenza sui casi rivolta all'équipe.
Bessimo è in Val Camonica, Provincia di Bergamo. Si chiama cooperativa di Bessimo, perché la prima casa l'abbiamo aperta appunto lì. Lavoriamo nell'ambito della tossicodipendenza dal '76 e il nostro lavoro ormai è esteso su tre Province, Bergamo, Brescia e Cremona. A Cremona c'è la comunità nella quale lavoro, Bessimo, a Bergamo, è un'altra comunità per nuclei familiari e nella provincia di Brescia è raggruppato il maggior numero dei servizi.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa CARLETTI, del Gruppo ABELE, farà un intervento su "Genitorialità e tossicodipendenza: esperienze di una comunità residenziale".»

Dott.ssa Laura CARLETTI:- «Presento il lavoro del Gruppo ABELE con le persone tossicodipendenti e i loro figli. Abbiamo pensato di fare anche una pubblicazione piccola, molto minima, per illustrare il progetto in forma più dettagliata.
Vi presento i dati della comunità per coppie di Murisengo, che lavora sul progetto coppie, dal 1989 ad oggi, e da quell'anno ad ora sono vi passate circa 250 persone. La ricerca che abbiamo fatto sulla presa in carico di queste persone coinvolge i primi dieci anni di lavoro con loro.
Le aree di intervento su cui la comunità lavora, chiaramente sono il contenimento dell'uso e abuso della sostanza e il lavoro sulla persona, la verifica delle capacità o meno di mantenersi coppia in assenza della sostanza, l'appoggio e la valorizzazione delle capacità genitoriali.
Le coppie, in questi primi dieci anni di lavoro, sono state 95, il 36 per cento è arrivata in comunità senza figli ed è rimasta senza figli, il 58% erano coppie genitoriali e poi abbiamo avuto un 6 per cento di coppie che ha concepito il primo figlio in comunità.
Quanto alla provenienza dei bimbi, prendendo in considerazione, chiaramente, soltanto la fetta delle coppie genitoriali: abbiamo avuto 42 bambini arrivati in comunità, il 68% è arrivato già in gestione della famiglia di origine, il 9% è arrivato a noi con un inserimento curato quindi un passaggio dalla comunità per minori, che è un 13%, un 6% da un affido familiare, quasi sempre ai nonni, e l'affido extra familiare è stato del 4% e questo vuol dire famiglia extra rispetto all'entourage familiare e alla comunità madre - bambino, che è stato del 9%; quindi si è evidenziata una scelta, una modifica di progetto da una mamma sola a un investire sulla coppia e quindi anche con il partner.
Dopo il trattamento in comunità, dopo un anno e mezzo, due, di lavoro con loro, la situazione si è modificata, abbiamo avuto un 82% di gestione ai genitori. Questo vuol dire anche una conferma da parte del Tribunale e dei provvedimenti di affido e quindi un investimento sulla coppia. C'è stato poi un affido extra familiare del 9% e un affido familiare ai nonni di un 9%.
I percorsi sono stati poi così articolati: tutta la questione non è stata così lineare e semplice, abbiamo avuto, dei 32 bambini inseriti subito con i genitori, 27 sono stati confermati e quindi hanno fatto praticamente tutto il percorso con la famiglia e sono anche usciti, nel reinserimento con loro, sono passati 3 in affidamento extra familiare e 2 in affidamento familiare. I bimbi che arrivavano già da un affido sia ai nonni che a una famiglia, sono stati confermati alla famiglia di origine. Dei 6 bimbi che arrivavano da una comunità per minori, 2 sono andati in affido familiare, 1 è rimasto da noi solo, senza la mamma, perché la mamma poi se ne è andata, 3 sono stati confermati alla famiglia di origine. I 4 bimbi che arrivavano da una comunità madre - bambino sono poi stati confermati alla famiglia di origine. Quindi, un totale di 39 bimbi hanno praticamente avuto la possibilità di vivere con la famiglia. Questi bimbi hanno una fascia di età compresa maggiormente tra i zero e i tre/ quattro anni, questo perché chiaramente i provvedimenti del Tribunale, avvengono chiaramente alla nascita e quindi con un procedura d'urgenza di affidamento e di prescrizione per la madre e per il padre di fare un percorso terapeutico.
Qui c'è un dato territoriale nostro sulla provenienza: lavoriamo maggiormente chiaramente con la città di Torino, 24 bimbi li abbiamo gestiti insieme ai servizi di Torino, nella Provincia, cioè fuori dal centro, abbiamo gestito 7 bimbi, nella regione 4. La nostra ASL territoriale che è quella di Casale Monferrato, la ASL 21, chiaramente ci coinvolge di più e quindi abbiamo lavorato con loro su 9 situazioni e fuori regione, ma molto poco, questo proprio per scelta, per lavorare meglio sul territorio, anche rispetto a inserimenti post - comunità, soltanto con 3 bimbi.

L'adesione al trattamento di coppia dei nostri ospiti. C'è un 75% di coppie che riesce a portare a termine il programma, tenendo conto che un 58% dei trattamenti sono stati completati anche in accordo con i servizi e con chi ha lavorato con loro e invece per un 17% c'è questa interruzione concordata, però è una interruzione dopo l'anno di comunità, quindi già con un percorso avviato e strutturato. C'è un 8 per cento di trasferimenti, quasi sempre quando la coppia si scoppia e quindi sceglie percorsi separati, un 11 per cento di abbandoni fino al terzo mese e una espulsione del 6 per cento.
Gli ultimi dati sono più riferiti alle altre aree di lavoro, sulle sostanze. Abbiamo visto una remissione permanente di un 43 per cento dalle dimissioni dalla comunità, un 18 per cento dopo una ricaduta post - comunità, a volte anche abbastanza fisiologica, una ricaduta di coppia che coinvolge il 35 per cento delle coppie accolte. Un 20 per cento, dove la coppia è in ricaduta, sia il partner femminile che maschile, un 6 per cento della ricaduta di lei, un 9 per cento della ricaduta di lui, un trasferimento (sono il 4 per cento). Quando avviene che la ricaduta coinvolge solo uno dei due partner, quasi sempre avviene poi anche la separazione della coppia.
Questo è un po' più complesso, ma forse riuscite a capirlo meglio nel librettino. Vediamo le remissioni rispetto all'uso di sostanze, suddivise per anni di dimissioni, quindi partendo dall'89/'90. La composizione dei gruppi è sempre molto varia e a volte va bene e a volta ci sono un po' più situazioni di difficoltà. Ultimi dati: coppia e separazione. Dicevo prima che a volte la coppia si scoppia e abbiamo una conferma della coppia del 66%; le coppie che si sono separate in comunità durante il percorso sono l'11 per cento, con un 18% di separazione post - trattamento e un 5 per cento di separazioni intermittenti. Quelle classiche coppie che insomma sono sempre sull'orlo di una separazione, ma non si separano poi mai.
Sulla sieropositività: abbiamo avuto HIV negativi, 76 per cento, positivi concordanti, quindi ambedue i partner, il 12 per cento, lei HIV positivo il 3 per cento, solo lui il 9 per cento, quindi una percentuale tutto sommato, molto bassa.
Alcune riflessioni sulle esperienze di due comunità del gruppo ABELE. Il lavoro relativo alla genitorialità con coppie e mamme in situazioni di dipendenza, svolto rispettivamente nelle due comunità del Gruppo ABELE di Murisengo che è una comunità per coppie con figli, e di San Mauro, che accoglie solo mamme con figli, ha evidenziato nel tempo alcune costanti che vorremmo utilizzare per cercare di spiegare i vissuti, i problemi, le paure, le difese che si evidenziano nelle relazioni della vita di comunità. Vivere la dipendenza da una o più sostanze e al contempo una relazione educativa di tipo genitoriale non è cosa semplice. Infinite sono le interconnessioni che creano alleanze e separazioni, chiarezza e confusione, piacere e disagio, forse paura, così come sono varie e variegate le risposte genitoriali in quanto ogni diade madre - bambino o triade, madre - padre - bambino è un universo a sé, un mondo complesso unico e irripetibile. E' anche vero che si possono riscontrare delle costanti delle modalità di risposta e reazioni simili su cui si innestano le personali originalità. La nascita di un figlio costituisce per tutti un delicato passaggio in cui si fanno i conti con la propria famiglia di origine, con la propria situazione di coppia, con la propria trasformazione da figli in genitori. Laddove si vivono situazioni già difficili, si può assistere a un passaggio più sofferto, caratterizzato da un marcato accentuarsi delle preesistenti difficoltà.
Diversa poi è la modalità di approccio al figlio, se la genitorialità è vissuta in coppia o come singoli.
Si passa ora a delineare alcune immagini che valgono per entrambe le situazioni, tenendo presente che i vari modelli presentati sono strettamente interconnessi, interdipendenti, sfumati e sfumabili, al contempo attigui e in contrapposizione, tutti rientranti con sfaccettature differenziate nella più vasta modalità reattivo difensiva. Ci si difende dal proprio passato, perché disturba anche le azioni, ci si difende dal presente perché non si è capaci di affrontare e decifrare i messaggi del contingente, ci si difende dal futuro perché sconosciuto e fonte d'ansia. All'interno però di queste modalità difensive si possono coglie-

re delle peculiarità specifiche alla base di atteggiamenti e comportamenti spesso riscontrabili.
Il modello del dito puntato, cioè del "siamo obbligati" a. Ci si sente giudicati all'esterno, dalla famiglia, dai servizi, dal Tribunale per i Minori, dalla comunità, dai coetanei poiché, a ben riflettere, ci si autogiudica, ci si sente colpevoli nel profondo, anche se lo si nega, per le scelte fatte, e si utilizza la modalità del giudizio, come difesa tramite un meccanismo proiettivo. L'atteggiamento conseguente è però spesso quello della rabbia, dell'aggressività, dell'avversione verso la progettualità e l'accompagnamento. Ci si atteggia come vittime, si effettuano continue richieste assistenziali, si pretende molto, tutto è dovuto. Questi sono i comportamenti di superficie con cui gli operatori devono inizialmente fare i conti. Nello scontro, il figlio è in seconda fila o percepito come ostacolo. Compito della comunità è di stimolare la rivalutazione del ruolo genitoriale e del figlio come una priorità per la vita del genitore. Il mondo ce l'ha con me: è il ritornello di sottofondo.
L'abbiamo chiamato il modello guscio: "tutto solo mio". Si vive il figlio come possesso personale, tesoro prezioso da preservare da attacchi esterni. Simbiosi enfatizzata, da vivere con determinazione. Spesso il figlio riempie, come faceva la sostanza, tant'è che spesso, quando la simbiosi diminuisce, ricompare l'assunzione della sostanza stessa. In questa fase, prevale con modalità esclusiva la diade madre -bambino, da cui anche il padre è escluso. L'atteggiamento conseguente è quello di non accettare aiuti e sostegno esterno, nel non riuscire a vedere i veri bisogni di sé e del figlio, nel non riuscire a distinguerli, nel percepire come imperioso e minaccioso tutto ciò che è altro dalla nuova coppia, perché aprire un varco può significare crisi ulteriore. "Il figlio è mio, solo mio e ci penso io": è la rivendicazione di una genitorialità di cui si ha bisogno per esistere e autoaffermarsi nel nuovo ruolo rigeneratore rispetto a quello precedente. Chiusura, isolamento, presunzione, apparente sicurezza, strumentalizzazione della maternità per sentirsi buoni, validi e capaci sono atteggiamenti frequentemente osservati. Si vuole nascondere a se stessi ogni fragilità o paura. Toccherà agli operatori delle comunità aprire spiragli sul sé profondo per stimolare uno sguardo interno.
Modello saponetta e quindi "svicolo volentieri". E' un tentativo di svicolare dall'impegno del figlio, senza svicolare però dall'immagine del genitore adeguato utilizzando ad esempio i propri genitori, quindi i nonni del bimbo come surrogato di genitorialità. In questo modo non ci si fa troppo coinvolgere, toccare dai problemi profondi della genitorialità e della gestione del figlio. Niente mi tocca: sembrerebbe il ritornello ripetuto per allontanare da un coinvolgimento profondo famiglia di origine, comunità, servizi e partner. Ciò consente anche di svicolare dai problemi, alleggerendo il carico emotivo, affettivo, pratico, delegando ad altri la gestione, ma tuttavia rivendicandola a sé. Spesso ci si percepisce genitori molto validi e buoni, il figlio assume un valore terapeutico. Se la madre è sola, spesso diventa la grande Dea Madre, onnipotente e onnicomprensiva. Compito degli operatori è di smascherarle l'illusione provocata dal prevalere dell'esperienza rappresentazionale della genitorialità, a volte ai limiti del caricaturale, per promuovere una genitorialità affettivamente più adeguata nella quotidianità. Si tratta di superare il processo mimetico in cui la confusione tra essere figlio ed essere genitore gioca un ruolo determinante e regressivo.
Queste sono tre modalità molto diffuse e osservabili, su cui è possibile lavorare per spostare il centro di interesse. Il lavoro in comunità propone la rimotivazione del proprio essere genitore a partire dalla riscoperta dell'essere stato figlio, per arrivare ad assumere, con più consapevolezza, il ruolo genitoriale. In questo modo, gli individui possono così uscire dalla rigidità dei propri modelli, sperimentandosi in modo nuovo e quindi dall'obbligato al provare piacere di, da "I figlio è solo mio" al parliamone insieme, dallo "svicolo volentieri" al "mi coinvolgo un po'".
Il lavoro svolto ha consentito, pur in due contesti comunitari differenti, di suscitare domande prima che di dare risposte, di aumentare l'autostima, prima che di sapere cosa fare col figlio, di imparare ad imparare prima di credere che basti partorire per essere un

buon genitore, di scoprire il valore individuale della persona, prima di percepirsi solo come coppia, per poi saper scindere la capacità genitoriale dall'esito del rapporto di coppia. E' possibile quindi riflettere sulla genitorialità, per aumentare la propria personale conoscenza e presa di coscienza di una nuova vita e di un nuovo ruolo così che la sostanza stupefacente non diventi l'ostacolo, il sostituto o la molla per la scelta genitoriale.
Il lavoro di comunità intende far sì che la condizione di vita sperimentata con l'arrivo di un figlio possa stimolare movimenti, passaggi, un tumulto di emozioni e anche concettualizzazioni, che inducano cambiamenti nel proprio sé genitoriale profondo.
L'accompagnamento residenziale, attraverso la situazione individuale e di coppia e il lavoro di gruppo insieme alle competenze specialistiche offerte dai servizi, consente di attivare quindi un processo di assunzione di nuove e progressive responsabilità genitoriali.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa CERRI del PARSEC ci illustrerà il progetto che il Ministero della Sanità ha affidato al PARSEC sulle problematiche che sono state oggetto oggi di illustrazioni varie. Questo progetto partirà intorno ai primi mesi dell'anno, tra gennaio e febbraio.»

Dott.ssa Daniela CERRI:- «In realtà sono qui per presentare due progetti. Uno si è già concluso nel dicembre del '99 e uno è il progetto invece di cui si parlava poc'anzi e che è in via di attuazione.
Questo primo progetto, appunto il progetto Diade, quello che si è concluso nel dicembre '99, è rivolto a donne tossicodipendenti in gravidanza o madri di bambini piccoli, ovvero una comunità transitoria che accoglieva anche donne ancora in trattamento metadonico.
Questo progetto è stato finanziato dal fondo nazionale ed è stato realizzato dall'Associazione PARSEC in partnerariato con l'ASL Rm B, sempre perché questa ASL è particolarmente sensibile a questa problematica, visto che stamattina la dottoressa COLLODI ci ha raccontato di questo nuovo progetto sulla presa in carico delle coppie tossicodipendenti in attesa di un figlio. Il progetto era in realtà inizialmente ideato per la durata di due anni. Poi, in realtà, per una riduzione di finanziamenti, è stato attivato solamente per un anno. A conclusione del progetto, naturalmente, abbiamo ripresentato il progetto, però non è stato rifinanziato e questa purtroppo è stata una grande perdita nel senso che si era proprio appena iniziato a creare anche un orientamento di intervento, un senso, un riconoscimento anche a livello territoriale e invece purtroppo il fatto che non è stato rifinanziato è stata proprio una grande perdita di valore e di significato.
Il secondo progetto, di cui accennerò brevemente qualcosa, è stato commissionato dal Ministero della Sanità, ed è uno studio relativo alla valutazione dell'offerta dei programmi di assistenza per le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e dei loro figli.
Parlarvi di questi due progetti, in realtà, è raccontarvi anche un po' quella che è la modalità e la cultura di intervento dell'Associazione PARSEC, nel senso che, nella loro specificità e complementarità, raccontano come il lavoro svolto negli ultimi vent'anni da PARSEC ha avuto sin dall'inizio una precisa impostazione, quella di unificare le esperienze concrete e quindi di campo con una riflessione che potesse a volte precederle e a volte invece seguirle.
Non a caso, alla fine degli anni '80, PARSEC è stato registrato quasi contemporaneamente nell'albo degli enti ausiliari nel settore delle tossicodipendenze e nell'albo degli enti di ricerca istituito dal Ministero per la Ricerca Scientifica.
I termini ricerca - intervento o ricerca - azione non sono per noi delle etichette che potevano andare di moda qualche anno fa, ma un vero e proprio indirizzo concettuale e un panorama culturale di riferimento. Perciò è abbastanza naturale affrontare una determi-

nata problematica sociale da un doppio punto di vista, quello dell'operatore e quello di un ricercatore sociale. Tutto ciò porta a due conseguenze principali. La prima riguarda l'individuare precocemente il manifestarsi di bisogni e di esigenze di sostegno da parte delle persone a rischio di esclusione sociale. La seconda, strettamente connessa alla prima, è relativa alla tendenza a proporre agli interlocutori degli enti pubblici attività sperimentali e innovative, che tentano di formulare una prima risposta alle nuove esigenze che si sono rilevate. Anche sul fenomeno delle donne tossicodipendenti in gravidanza, e/o con figli, si è seguita la stessa strada e quindi: rilevazione del bisogno, attivazione dell'intervento e studio, a livello nazionale, del fenomeno.

Come nasce quindi il progetto Diade? Prima di tutto la gravidanza nelle tossicodipendenti si evidenzia come un fenomeno di notevole rilevanza da diversi punti di vista, che invitano a considerare l'assistenza della gestante tossicodipendente nella sua globalità e multidisciplinarità. Da un punto di vista medico, la gravidanza entra immediatamente tra quelle situazioni a rischio elevato. L'assunzione non controllata di oppiacei e di altre sostanze stupefacenti concorre in maniera determinante a complicare il decorso fisiologico della gestazione e del parto. L'idea del progetto nasce proprio dalla constatazione della complessità della realtà della gravidanza nelle donne tossicodipendenti e dalla rilevazione di una carenza di strutture, che siano in grado di offrire una presa in carico integrata e globale. Infatti, solo l'attivazione di una strategia di rete volta a cogliere e a valorizzare le risorse presenti sul territorio, può dare la possibilità di cogliere la maternità come un incentivo per uscire dal problema della dipendenza e fornire alle donne quegli strumenti che le rendano capaci di tutelare lo sviluppo psicofisico del nascituro. L'obiettivo generale del progetto è stato fornire una risposta specifica a un'ulteriore dimensione dell'utenza tossicodipendente, la genitorialità. L'intento è quello di cogliere l'occasione della maternità come contributo alla risoluzione del problema tossicomanico a favore di un processo di responsabilizzazione e crescita individuale, in relazione al bambino e al nascituro.

La creazione di un centro diurno e residenziale inserito nella rete di servizi già esistenti sul territorio svolge il compito di sostenere la donna affinché arrivi alla maternità, nel periodo precedente e in quello successivo al parto, in modo sereno e responsabile e libero da interferenze con l'ambiente da lei abitualmente frequentato. La struttura costituisce l'elemento focale di un intervento che funge da collante tra le varie istituzioni formali e informali collegate alla tossicodipendenza e alla genitorialità, offrendo alla donna tossicodipendente in gravidanza o con figli, la possibilità di intraprendere un percorso educativo e terapeutico insieme al proprio bambino, evitando drammatiche separazioni che accentuerebbero le difficoltà ad affrontare un programma terapeutico.

Il progetto è nuovo nel suo genere, almeno nel territorio del Lazio. Risultano infatti inesistenti sul territorio romano strutture che in modo specifico rispondano alle esigenze in questo particolare tipo di utenza. Il semplice reperimento di un alloggio per donne in gravidanza o per coppie madre e bambino presenta spesso delle difficoltà poco superabili anche da parte delle comunità terapeutiche. Inoltre, l'accesso ad esse, ove è possibile, è subordinato nella maggior parte dei casi all'aver già effettuato un percorso di disintossicazione.

Il progetto Diade prevede per ciascun utente un progetto individualizzato che può andare dal reinserimento lavorativo all'accesso poi in una comunità terapeutica, in cui è prevista la possibilità di effettuare all'interno del centro lo scalaggio e il mantenimento metadonico e farmacologico sulla base delle indicazioni concordate con il SERT.

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale, vengono forniti alla donna quegli strumenti atti a renderla capace di tutelare la propria salute psicofisica, nonché lo sviluppo psicofisico e sociale del bambino attraverso la possibilità per la gestante/madre di compiere un lavoro educativo terapeutico rispetto all'abuso di droghe, la presa in carico della diade madre - bambino, nell'ottica di una quotidianità il più possibile nella norma, l'offerta del supporto necessario per formare e rinforzare la rete familiare e sociale della

diade e la trasmissione di competenze teorico - pratiche e il sostegno psicologico alla madre in merito alla crescita e cura del figlio in un clima decolpevolizzante e responsabilizzante.
Il centro residenziale Diade è rivolto a giovani donne tossicodipendenti in gravidanza o madri di bambini piccoli senza fissa dimora o con situazioni familiari particolarmente problematiche e può ospitare complessivamente cinque persone. L'invio al progetto Diade può avvenire tramite i servizi territoriali, socio - sanitari, sia pubblici che privati. Ogni utente della comunità, tenendo comunque sempre ben presente la presenza del bambino e quindi della diade madre - bambino, ha un progetto individuale da seguire e ciò porta inevitabilmente alla differenziazione degli interventi. La vita comunitaria che si svolge in autogestione rispetto alle attività generali, supportata da quotidiane riunioni organizzative, legate alla manutenzione della casa, alla cucina, insomma alle attività quotidiane, prevede gruppi di confronto con cadenza trisettimanale in cui vengono osservati e discussi comportamenti ed emozioni in un contesto di convivenza con altre persone. Il tempo libero è in gran parte strutturato, in particolare il week end, nell'ottica dell'apprendimento di una personale organizzazione degli spazi personali. Con cadenza bisettimanale vengono dedicati spazi definiti alle attività che vanno dalla lavorazione del legno ai laboratori musicali. Parallelamente, i bambini sono impegnati nelle attività ludiche e in gruppi di educazione psicomotoria. Nell'arco della giornata, sono previsti momenti in cui la madre e il bambino possano trovarsi in intimità, ciò allo scopo di favorire nella madre il maternage e nel bambino l'attaccamento. Le diadi residenti presso il centro infatti sperimentano spesso per la prima volta uno stare insieme così intenso. Una sola regola prevede l'esclusione automatica dalla comunità, ovvero l'introduzione di sostanze stupefacenti all'interno della struttura. Anche la violenza fisica può comportare l'esclusione, anche se questo è più legato poi alla possibilità di elaborazione dell'evento da parte dell'utente. Le regole necessarie alla convivenza comunitaria vengono comunque stabilite dagli stessi utenti in gruppi di responsabilizzazione. Il progetto prevede che anche il padre, coinvolgendo quindi in questo modo la triade, possa incontrare periodicamente, questo sempre dopo attenta valutazione del caso, la madre e il bambino, nonché c'è la possibilità per la coppia di usufruire di un sostegno psicoterapeutico che accompagna il percorso di disintossicazione e riabilitazione.
Vediamo alcuni dati. Da agosto a dicembre del '99 le richieste ricevute sono state 19, un numero notevole se consideriamo l'estrema specificità della popolazione bersaglio e l'esistenza di un consistente numero sommerso della stessa.
Tutte le donne contattate risultano disoccupate, provengono quasi tutte da Roma, 17, due dai dintorni ed hanno un'età media di 27,7 anni, con un minimo di 20 ed un massimo di 40. Su 7 primi colloqui effettuati nell'arco dei primi quattro mesi, sono state accolte 5 donne presso il centro, tutte in forma residenziale.
Il progetto, nella sua prima formulazione, era stato ideato per la durata di due anni, ma la riduzione del finanziamento a un solo anno di operatività ha portato a modificare lo stesso, focalizzandolo essenzialmente sulle fasi pre parto e post parto ed a cercare sul territorio strutture in grado di accogliere la coppia madre e bambino per gli interventi successivi.
Il progetto iniziale prevedeva come sede per il centro asilare e diurno, l'ex ospedale del Sant'Anna che avrebbe garantito la possibilità di poter usufruire, all'interno di uno stesso spazio, di un polo psico - sociale e medico, con una presa in carico totale dell'utenza. La mancata consegna dei locali in tempo utile per l'avvio del progetto ha dunque causato non solamente un notevole ritardo nell'attuazione operativa del progetto nel senso che poi, nel momento in cui questi locali non erano più utilizzabili, ci si è dovuti attivare per trovare un appartamento adeguato, ma soprattutto, non potendo più confidare su un polo medico e sociale, la necessità di dover costruire una rete esterna coi servizi, per poter prendere in carico l'utenza, nel senso che appunto bisognava ricostruire tutta una serie di rapporti con il DSM, i consultori, i ginecologi, i pediatri.

Per quanto riguarda la popolazione bersaglio, dalla rilevazione dei bisogni a livello territoriale, è emersa immediatamente la difficoltà di tale popolazione ad accedere ai servizi pubblici preposti all'assistenza. Altrettanto rapidamente è emersa l'esistenza di un consistente sommerso che non accede ai servizi per due ordini di motivi: prima di tutto un timore che la madre e il bambino vengano allontanati, separati e un secondo motivo, il ritorno della donna durante il periodo della gravidanza, spesso, nella famiglia di origine: mi collego un po' al discorso già fatto più volte stamattina per cui questo momento della gravidanza diventa il momento, illusoriamente, nella fantasia, sia per la famiglia di origine che per la donna tossicodipendente, della possibile salvezza e in realtà poi vi sono frequenti ricadute nella tossicomania dopo la nascita del bambino. Inoltre, alla gravidanza e alla maternità fa da sfondo, nella maggior parte dei casi contattati, l'esistenza di un rapporto di coppia caratterizzato dal vincolo tossicomanico, che rende più difficoltosa l'elaborazione di uno spazio psicologico e fisico per la diade. Il bisogno si fa evidente quando, nei confronti della diade madre - bambino, interviene il dipartimento materno infantile, il Tribunale per i Minori, con decreti che prevedono o l'allontanamento del minore dal nucleo familiare, considerato inadatto a un sano sviluppo del bambino, o il collocamento della coppia madre e bambino in una struttura protetta con l'obbligo per la madre di seguire un programma terapeutico ed è appunto soprattutto in queste situazioni che il centro Diade ha offerto e dimostrato quanto sia necessario continuare a offrire una risposta, evitando la separazione della coppia madre e bambino e garantendo quindi alla donna uno spazio per la riappropriazione delle sue funzioni genitoriali. Tutto ciò avviene all'interno di un più ampio percorso di recupero e di ridefinizione del sé. Il trattamento comunitario per la donna tossicodipendente comporta spesso la separazione dai figli o lo scontato assorbimento del minore da parte della famiglia di origine, in assenza spesso di una valutazione adeguata delle stesse, creando un clima estremamente colpevolizzante per la donna.

La presenza dei bambini all'interno della struttura ha richiesto di modificare degli spazi, nonché un rapporto diretto con gli agenti territoriali, che favoriscano la socializzazione del bambino, quindi scuole, ludoteca, associazioni sportive, nella visione di un bambino che non sta seguendo un programma terapeutico e nella convinzione del diritto che il bambino ha di vivere una quotidianità il più possibile vicina alla norma.

Due parole su questa ricerca nazionale, riprendendo alcuni punti che ho accennato nella premessa, che raccontano di come nella storia di PARSEC c'è sempre stata una forte e inscindibile connessione fra l'azione e la ricerca. E' proprio su questa base che il Ministero della Sanità ha deciso di commissionare uno studio relativo alla valutazione dell'offerta di programmi di assistenza per le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e dei loro figli e noi, come associazione, abbiamo deciso di partecipare alla gara sottolineando la forte interconnessione fra l'attività di ricerca e quella operativa. La nostra proposta non si basava su uno studio completamente avulso dalla realtà fattuale, approccio che molti ritengono come unico requisito idoneo a garantire una certa scientificità della ricerca, ma su una stretta interconnessione fra esperienza e riflessione su di essa. Riteniamo infatti che soltanto un'attenzione di questo tipo garantisca che gli esiti di qualsiasi studio possano tradursi in azioni concrete, con tempi abbastanza ridotti.

Questo tipo di impostazione è comunque simile a quella che il Ministero della Sanità sottolineava nel capitolo tecnico relativo alla ricerca da realizzare. Pertanto il poter svolgere oggi questa indagine su tali basi ci tranquillizza sulla possibilità di concretizzare in futuro ciò che emergerà.

Una volta esplicitato l'approccio metodologico, basato sulla ricerca - azione, sono stati definiti gli obiettivi dello studio, di carattere generale o di sfondo, che sono i seguenti: primo, definire le caratteristiche e i bisogni specifici della popolazione femminile tossicodipendente, in secondo luogo delineare il quadro epidemiologico della condizione psicofisica dei figli delle donne tossicodipendenti, con particolare riguardo agli aspetti neu-

ropsicologici e affettivi relazionali, quindi verificare l'offerta di programmi assistenziali effettivamente specifici per le problematiche delle donne tossicodipendenti e infine delineare strategie di intervento comuni alle esperienze già in atto, che si siano dimostrate efficaci nel dare adeguato supporto alla crescita del bambino e della sua famiglia.
Naturalmente, queste finalità di massima verranno rese operative attraverso l'approfondimento delle seguenti aree tematiche: valutazione dei fattori che condizionano la prognosi e l'impostazione terapeutica personalizzata, quindi caratteristiche sociali, storia tossicomanica, profilo psicologico della donna tossicodipendente con riferimento anche al ruolo positivo o negativo legato alla gravidanza, follow - up con bilancio dello stato di salute dei figli delle tossicodipendenti sotto diversi aspetti, medico, neurocognitivo, psico - affettivo, tipologia dei programmi terapeutici adottati e loro organizzazione, rapporto con i servizi territoriali e gestione dei problemi legali. Per concretizzare lo studio in tutte le sue articolazioni, si procederà attraverso le seguenti attività, che si realizzeranno seguendo una concatenazione logica e contemporaneamente, al fine di raggiungere gli obiettivi predetti, si cercherà di identificare i servizi e i programmi già esistenti attraverso il coinvolgimento degli organismi della Regione, i SERT, i coordinamenti e le associazioni rappresentative del privato sociale e le società scientifiche, realizzando così una prima mappatura del territorio nazionale relativa all'offerta assistenziale. Quindi si dovrà: definire i modelli più significativi e adeguati, complessivamente, i bisogni delle specifiche problematiche della tossicodipendenza femminile, individuando così le best practices, ovvero le pratiche migliori da attuare, costituire un comitato tecnico - scientifico nazionale composto dai responsabili delle strutture di eccellenza, più esperte e rappresentative, e da rappresentanti dei Ministeri e delle Regioni, che individui alcune priorità e modalità di intervento, sviluppare e sperimentare con il contributo del comitato un protocollo di intervento integrato e di sostegno al nucleo madre e bambino, riassumere in una pubblicazione i risultati di detta sperimentazione pilota, proponendo anche modalità organizzative del sistema assistenziale, che consentano alla rete territoriale dei servizi una adeguata risposta al problema.
Posso solamente dire che sicuramente, a conclusione di questa ricerca, ne sapremo forse un po' di più anche rispetto ai servizi, alla loro presenza e alla risposta che c'è su tutto il territorio nazionale, in particolar modo rispetto alle donne tossicodipendenti in gravidanza.
Da una breve riflessione rispetto anche agli interventi di stamattina, mi sembra di capire che in realtà c'è bisogno di incentivare, approfondire e allargare questo territorio di intervento, specialmente nel Sud d'Italia, che è quello un po' più povero e più in difficoltà rispetto al Nord, che è sempre un po' più emancipato e in avanti in queste cose.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Grazie, dottoressa. Adesso iniziamo gli interventi a richiesta. Ne facciamo uno solo.»

Dott. Paolo STOPPO:- «Mi interesso delle problematiche di tale genere di trattamento, soprattutto per quanto riguarda donne e nuclei familiari, di edema del bambino, da una quindicina d'anni e volevo manifestare innanzitutto un sincero apprezzamento per le relazioni che si sono succedute qui stamattina, perché le ho trovate di estremo interesse, soprattutto anche per lo sforzo che è stato profuso nel tentare di individuare non solo delle modalità di intervento, ma anche di corroborare l'intervento con la ricerca scientifica, cosa che non è assolutamente semplice e scontata.
Ho soprattutto apprezzato anche la relazione della dottoressa BURRONI, che ci ha presentato un modello di eccellenza, e non vorrei però che questo modello, così talmente ben articolato e che credo davvero rappresenti un'esperienza da best practice, ci traesse in inganno di pensare a una sua facile replicabilità perché così non è; credo che questo modello che ci è stato rappresentato sia il portato di almeno una decina, forse di più, una ventina d'anni di lavoro e questo mi consente di segnalare due aspetti.

Il primo riguarda la fatica di interagire con servizi diversi. Quando parliamo di modelli di intervento madre e bambino, abbiamo visto quali sono gli attori che si giocano dal punto di vista della tutela degli interessi del bambino, con quelli che invece si occupano del trattamento, della cura dell'adulto. Interagire con orientamenti culturali diversi, con questioni che toccano anche la giurisprudenza, con orientamenti giurisprudenziali diversi è una fatica improba, però credo che, se l'approccio è quello di favorire anche una valutazione sul lavoro che si svolge, credo che questo sia buono e possa sicuramente tracciare anche la strada per i prossimi anni. Saluto in maniera particolare la ricerca che promuove il Ministero della Sanità e che quindi anche dovrà definire una linea di protocollo di intervento, che sarà particolarmente avvertito dagli operatori.
Non voglio fare della propaganda scontata, ma è apparso sulla stampa un lavoro di ricerca che ho curato e che si intitola Woman and drug abuse in Europe, purtroppo è in inglese, però lo lascio qui. E' un piccolo lavoro che ho coordinato ed è stato commissionato dalla Commissione Europea, che traccia un'analisi comparativa su alcune delle best practices che ci sono in Europa e un modello di ricerca quantitativo - qualitativa. Se qualcuno fosse interessato, lo metto qui in evidenza e, ovviamente, è gratuito e quindi non avendone a disposizione che un certo limitato numero, se voi mi scrivete o siete interessati in qualche modo, ve lo forniamo gratuitamente.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Riprendiamo con gli interventi, dando la parola a QUILLICI Rosario.»

Rosario QUILLICI:- «Porto questa comunicazione che è relativa appunto al racconto di una piccola esperienza di un'impostazione di programma per donne incinte e madri con bambini; un'esperienza molto piccola che stiamo portando avanti da tre anni nella nostra comunità di Napoli, appartenente alla Associazione SAMAN.
Per molti anni, l'Associazione SAMAN, nei confronti delle madri, ha applicato modalità di accoglienza che ruotavano intorno all'idea di far svolgere alla donna un programma comunitario, attraverso il quale avrebbe riacquistato l'equilibrio, per potersi occupare adeguatamente dei propri bambini solo al termine del percorso comunitario. Di conseguenza, le madri o le coppie venivano accolte in comunità preferibilmente senza i figli e venivano accolti comunque solo quei bambini che non potevano essere collocati diversamente, di solito nelle famiglie di origine, e che avessero comunque una età superiore ai tre anni.
Non era prevista, a quel tempo appunto, un' accoglienza per donne incinte, le quali venivano invitate a rinnovare la richiesta dopo il parto.
Alcuni sviluppi negativi di questa impostazione sono stati osservati nel biennio '96/'97 dalla nostra équipe di Napoli, al ritorno di queste donne alla fine del programma comunitario. E' stata osservata, per la maggior parte dei casi, la difficoltà di riprendere, dopo una media di due anni di programma, il rapporto con i propri figli, soprattutto con quelli molto piccoli. Sulla base di questa osservazione, l'Associazione SAMAN ha provato, a partire dal '98, a sperimentare un'accoglienza di madri con bambini molto piccoli presso la nostra sede di Napoli, individuata come idonea perché di piccole dimensioni e quindi più a carattere familiare e perché situata in un contesto cittadino. Inoltre, l'équipe vedeva la presenza di una pedagogista che affianca, integra nello specifico il lavoro dei terapeuti. L'idea iniziale era quella di salvaguardare il più possibile il rapporto madre - bambino in un periodo così importante per lo sviluppo dei piccoli, mettendo al centro dell'intervento terapeutico e pedagogico il bambino stesso. Quindi, un cambio di rotta rispetto alla concezione della centralità della persona tossicodipendente che ave-

vano fino a qualche tempo fa. Da quel momento, si è provato a porre una maggiore attenzione alla relazione madre - figlio, nel senso di incoraggiare il più possibile il mantenimento del rapporto durante il programma, partendo dal bisogno dei bambini di essere rassicurati in questa vicenda di separazione e dalla necessità di sollecitare la responsabilità genitoriale delle madri. Maternità e genitorialità quindi come aspetti importanti della realtà di queste persone. I programmi delle madri e in alcuni casi delle coppie di genitori, di conseguenza, sono stati finalizzati a verificare quanto questi aspetti potessero essere integrati e migliorati all'interno di un percorso terapeutico, sempre nell'ottica della responsabilità e di garantire ai bambini l'accudimento del quale avevano bisogno o almeno di arrivare a una consapevolezza di quale fosse il massimo legame possibile, considerandolo un valore a priori. Informati i servizi di questa possibilità, abbiamo subito registrato molte richieste.

La comunità e le attività. La nostra comunità terapeutica, SAMAN LA STELLA, non è specifica per questo particolare tipo di intervento, offre accoglienza residenziale e semi residenziale. Negli ultimi quattro anni, valutate le nuove richieste provenienti dal territorio, abbiamo ridefinito e modificato il nostro progetto terapeutico, diversificando alcuni interventi e al momento due sono i nostri principali campi di intervento: accoglienza di madri o coppie con bambini e donne incinte e accoglienza a bassa soglia, disintossicazione, programmi brevi. Nella definizione delle attività giornaliere all'interno della comunità, abbiamo cercato un'organizzazione che garantisse alle madri sia la possibilità di partecipare alle attività terapeutiche, sia la salvaguardia dei tempi e degli spazi necessari all'accudimento dei bambini e al mantenimento di un rapporto privilegiato madre - figlio. Durante la giornata, una o più madri si occupano a turno dei bambini nei momenti di svago, quando questi non sono impegnati in attività esterne come scuola, asilo, mentre le funzioni primarie, mangiare, pulizia, sonno vengono svolte esclusivamente dalla madre. Particolare attenzione e supporto anche da parte di utenti avanti nel programma, quindi nell'ottica dell'auto aiuto, viene dato alle madri appena entrate e in fase di disintossicazione. Le madri, oltre alle normali attività terapeutiche e di gruppo insieme agli altri utenti, partecipano settimanalmente a un gruppo con la pedagogista che verte su contenuti relazionali, educativi e organizzativi rispetto alla gestione dei bambini. Nell'organizzazione della giornata dei bambini, si è cercato di favorire quanto più possibile il loro rapporto con l'esterno. Sono incoraggiate uscite quotidiane con le madri, di varia natura, spese, giostre, gelaterie, pizzerie. Uno stretto collegamento con alcuni servizi essenziali è stato attivato a livello territoriale, come il consultorio familiare di zona che ha fornito assistenza ginecologica e pediatrica, la clinica pediatrica per malattie infettive del Policlinico, alcuni progetti attivati dal Comune di Napoli per l'assistenza alle ragazze madri, l'asilo e la scuola elementare della zona, il Tribunale dei Minori.

Volevo indicare alcune problematiche che sono sorte appunto in questo tipo di intervento. Una prima considerazione riguarda i bambini. La nostra esperienza, fino ad oggi, ci ha mostrato una grande capacità di adattamento dei piccoli, sia che essi provengano da situazioni fortemente disagiate, sia che viceversa avessero vissuto i primi mesi di vita con la propria famiglia in condizioni discrete. I bambini da noi osservati sono circa 24, con un'età che va da zero a sette anni, tendono a vivere le regole, l'organizzazione della comunità e l'attività degli adulti come un gioco. Il loro essere sempre e comunque al centro dell'attenzione di operatori e utenti, li sottopone a continui stimoli che ci sembra, specie per i più piccoli, portino a un precoce sviluppo delle capacità linguistiche e motorie. La difficoltà più grossa è quella di riuscire a fargli interiorizzare la figura di riferimento materno in quanto tendono a riconoscere il ruolo genitoriale nelle varie figure adulte che si dedicano a loro.

Un'altra problematica particolare riguarda le madri. Le difficoltà psicofisiche della fase della detossicazione, di solito lo scalaggio metadonico, che caratterizza l'ingresso della maggior parte delle madri, le porta all'inizio del programma quasi sempre a vivere in modo conflittuale il rapporto con il proprio figlio.

Il bambino, da un lato, è visto come causa di uno stress eccessivo, dall'altro è vissuto come vittima dei propri errori. Nella fase successiva ai primi mesi, le madri solitamente riescono ad integrare con più calma il loro rapporto con il figlio e con il programma terapeutico. Per quanto riguarda gli altri utenti, perché appunto vi ricordo che questa non è una comunità specifica per questo tipo di intervento e quindi abbiamo altri tipi di utenti, l'integrazione tra bambini e adulti si è sempre rivelata abbastanza spontanea. Le uniche difficoltà che a volte abbiamo riscontrato sono la scarsa capacità di adattamento all'esuberanza dei bambini da parte di ragazzi ancora fortemente intossicati, soprattutto nella fase finale dello scalaggio metadonico e dai vari casi di comorbilità psichiatrica accolti.
I problemi amministrativi. Malgrado negli ultimi anni il problema delle madri con bambini sia stato posto al centro dell'attenzione delle scelte politiche e sociali nazionali, tuttavia, a livello amministrativo locale, per lo meno a Napoli e nella regione Campania in generale, il problema non viene affrontato adeguatamente. L'accoglienza delle madri in comunità viene sicuramente garantita finanziariamente dal Servizio Sanitario Nazionale, come tutti sappiamo, mentre mille difficoltà e "scarica barile" nascono nel momento in cui qualcuno deve farsi carico della retta di mantenimento dei bambini. I Comuni rispondono sicuramente solo in presenza di provvedimento di affido del Tribunale. Negli altri casi, per lo meno nella maggior parte di quelli da noi trattati, rispondono che non è di loro competenza, rimandando ad altre istituzioni, a volte alla Prefettura, a volte alla Provincia e solo in pochi casi i loro bilanci prevedono la copertura di piccole, rette per cui al momento i bambini rimangono, per la maggior parte, a carico esclusivo della comunità che, dove ci sono le possibilità, chiede anche un piccolo contributo delle famiglie di origine.
L'Associazione SAMAN, alla luce dei risultati di questa esperienza e della crescente richiesta da parte dei servizi, ha voluto strutturare un programma specifico di intervento per donne in gravidanza, madri e coppie con bambini, da allargarsi anche ad altre sue sedi. Tale programma, denominato NATALE, ha come tema centrale lo sviluppo e/o il recupero di competenze parentali.
Vi elenco le caratteristiche dell'intervento. Case alloggi per giovani coppie con una storia di dipendenza, donne in gravidanza e madri con bambini piccoli, sostegno alla genitorialità, intervento psicologico centrato sulle funzioni genitoriali, attivazione delle strutture di servizio sociale, assistenza e cure mediche ai bambini, integrazione dell'équipe anche con puericultrici.»

Francesca FERRARI:- «Sono di Trento e dirigo una associazione delle famiglie dei tossicodipendenti. Noi, dato che collaboriamo molto con la Comunità di SAN PATRIGNANO e SAN PATRIGNANO accoglie coppie, magari anche con la ragazza incinta, abbiamo avuto modo di mandare molti ragazzi, molte coppie a SAN PATRIGNANO. Però, dopo aver preparato i ragazzi alla comunità, ci imbattiamo in una rigidità da parte del Tribunale dei Minori il quale, almeno quello di Trento, dice che i bambini non devono essere lasciati alle madri tossicodipendenti o alla coppia tossicodipendente e si tende sempre, in maniera molto forte, molto precisa, a togliere il bambino e a metterlo in affidamento in qualche famiglia.
Però dopo, quando i ragazzi hanno fatto un certo percorso, si chiede a questa famiglia, ci si fa anche da tramite, di poterli accompagnare a vedere i propri genitori, ma questo è molto difficile, anche perché dicono che dobbiamo chiedere al servizio sociale, al giudice, e non c'è la possibilità di portare i bambini, i figli a vedere, almeno a visitare, i genitori. Questo vuol dire che quando una coppia rimane in comunità tre, quattro anni, che cosa succede? Che quando tornano i figli non conoscono più i propri genitori. Non solo, la famiglia affidataria tende moltissimo a tenerli e fa di tutto per averli in adozione. Quindi, bisognerebbe un po' vedere che cosa voi, come Ministero, potete fare su questo.»

Replica:- «Probabilmente, laddove ci sono strutture adatte, non so come sono messi a SAN PATRIGNANO, è più facile avere all'interno i bambini, anche da parte della magistratura, però sicuramente bisognerà trovare una forma che permetta questo. Segnaleremo il problema.»

Francesca FERRARI:- «Come Provincia Autonoma di Trento, siamo piccolissimi, abbiamo 450.000 abitanti, avrò mandato una ventina di coppie a SAN PATRIGNANO, dunque con molti bambini. Quello che si deve fare in tutte le maniere è dire: non avvertite il servizio sociale, non dite niente, andate a SAN PATRIGNANO, in modo che nessuno sappia che avete in viaggio un bambino, perché altrimenti immediatamente ve lo prendono.»

Replica:- «Questo riguarda la magistratura. Probabilmente è più facile che il magistrato decida di dare il bambino ai genitori, piuttosto che tenerlo in comunità dove ci sono strutture più piccole in cui la famiglia può avere un suo habitat specifico senza promiscuità.»
Francesca FERRARI:- «Conosco molto bene SAN PATRIGNANO, i bambini sono trattati benissimo...»

Replica:- «No, non dico che li trattano male.»

Francesca FERRARI:- «Anche nell'organizzazione hanno la presenza di pedagogisti, di psicologi, i bambini da zero ai tre anni hanno un asilo nido interno con degli operatori specializzati. Poi, dai tre anni ai sei, vanno all'asilo, alla scuola materna fuori, come tutti gli altri bambini.»

Replica:- «Non è un discorso di qualità dei servizi.»

Francesca FERRARI:- «A SAN PATRIGNANO, ci saranno 150 bambini. Quando si tratta e si va a parlare col magistrato, loro dicono che noi abbiamo i servizi sociali che ci chiedono di fare questo e allora, appena nasce, il bambino viene tolto e messo nel brefotrofio.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Diamo la parola a Daniela VEGLIA, assistente sociale, del SERT, Azienda di Firenze.»

Daniela VEGLIA:- «Non lavoro a Firenze città, ma in uno dei Comuni limitrofi. Credo che la mia esperienza dei piccoli comuni, sia un po' diversa rispetto alle grandi città. Due questioni semplicissime. Una è quella delle coppie miste. Si sta verificando sempre di più da noi l'esordio di coppie miste, con la donna italiana e l'uomo extracomunitario, conosciutisi in strada e con attività al limite della legalità, senza permesso di soggiorno regolare.
Almeno nella nostra esperienza, molti uomini extracomunitari "sfruttano" questi figli e questi matrimoni per regolarizzare la loro esperienza. Quindi, a tutti i problemi già detti stamani si aggiunge anche questo. Volevo capire se c'erano esperienze in questo senso e essere confortata dai colleghi. Il Tribunale dei Minorenni di Firenze, che poi copre tutta la Toscana, usa molto affidare i bimbi alle comunità. Noi abbiamo figli di coppie a SAN PATRIGNANO in affidamento alla comunità, al CEIS di Lucca, perché così tendono a salvaguardare i bimbi rispetto alla fuga dei genitori dalle comunità. E' chiaro che è un intervento di rete, ci siamo noi, c'è il servizio territoriale. La nostra esperienza però ci dice che situazioni non dico meno complesse, ma di più facile gestione sono o l'affidamento ai genitori, alla coppia genitoriale o al singolo genitore o alla comunità. L'esperienza con i nonni è stata fallimentare e difficilissima: abbiamo avuto nonne che si facevano chiamare mamme. Non siamo così bravi come i colleghi di Roma nella terapia familiare, non

abbiamo questa attrezzatura. Da queste situazioni, l'affidamento alla comunità, al genitore o alla coppia, ai nonni laddove ci sono i nonni o alle zie o ai parenti, - questa esperienza è stata drammatica, fallimentare - si è creata una confusione indescrivibile, perché questi bambini non sapevano più dov'erano, che cosa facevano e dove andavano.»

Dott.ssa Simona SALETTI:- «Sono della Cooperativa di Bessimo. Volevo aiutare la signora di Trento anche nella comprensione di una procedura di lavoro che invece per noi, col Tribunale di Trento, è stata buona, positiva, per cui abbiamo inserito negli ultimi anni alcuni minori, figli di mamme tossicodipendenti o madri sole o coppie delle Province Autonome di Trento e Bolzano, con un esito positivo e con un appoggio da parte del Tribunale dei Minori che approvava il progetto.
Non conosco la realtà di SAN PATRIGNANO e quindi posso semplicemente parlare della mia, ma quello che credo abbia dato forza al permettere l'inserimento dei minori con le mamme o con la famiglia, era il fatto di avere un progetto strutturato, presentabile e spendibile all'esterno, di grossa collaborazione con i servizi sociali, che penso sia fondamentale per far partire un discorso. Credo anche che la dimensione giochi la sua parte. E' vero che le nostre comunità sono piccole, inserite nelle realtà locali dove si trovano, cui con una grossa interazione anche del territorio e credo che questo aiuti molto a ricostruire un ambiente il più possibile simile a quello familiare.
Non conosco la vostra realtà, ma credo che la strada da cercare, non ne abbiamo un'altra, sia quella del creare una rete, un dialogo, una collaborazione, perché la strada dell'antagonismo, dei buoni e cattivi, i buoni siamo noi, i cattivi sono i servizi, non è percorribile, non paga mai e soprattutto in questa realtà così complessa.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Credo che alla fine di questa giornata, noi dovremmo portare delle proposte o comunque dei ragionamenti fatti come succo di questa sessione. Volevo riportarvi un mio disagio di cui stavo parlando adesso con la collega di Torino, cioè pensavo alle esperienze nei servizi pubblici. Noi seguiamo i bambini, le mamme, andiamo a fare servizi cose domiciliari, in comunità si fa un certo tipo di lavoro, alcuni bambini vengono dati in adozione, ricordavo il grafico che ci ha fatto vedere la collega di Torino con questi bambini che prima vanno coi genitori, poi dai nonni, poi in adozione, in istituto, ma questi bambini, poi, cosa diventano?
Lei diceva che sono bambini ipercinetici. Ma che cosa saranno tra dieci o quindici anni? E' molto difficile scegliere qual è il male minore. La tendenza istintiva potrebbe essere quella di dire: è una coppia tossicodipendente e via. Ma via dove? In un brefotrofio? In adozione? Oppure la tendenza potrebbe essere: la cosa migliore è che i bambini stiano con le loro mamme perché il rapporto madre e figlio è più importante. Ma poi che succede? I bambini vanno in comunità con i genitori, anch'io ho esperienze in questo senso; sento dire che in comunità si cerca di creare un ambiente il più vicino possibile a quello della casa. Ho fatto un lavoro sull'evoluzione dei trattamenti in comunità terapeutica, un follow - up a otto anni di tutti i pazienti che il mio servizio ha mandato nelle varie comunità, ho fatto anche una distinzione tra le varie comunità, ma la tralascio, la leggerete. Invece ho guardato che cosa succedeva dei pazienti che andavano in comunità. Per quella che è la mia esperienza a Roma, in un SERT che ha in carico 630 utenti, i pazienti che vanno in comunità e che ne escono meglio sono quelli che rimangono in comunità come operatori, quindi che diventano, consentitemi, dipendenti della comunità, che è senz'altro una dipendenza molto migliore della dipendenza da eroina, ma comunque non è un ritorno alla vita normale. I loro bambini, che fanno? Restano in comunità anche loro? Sono una serie di domande che mi sto ponendo da tempo e stamattina in modo particolare.
Credo che dobbiamo veramente, e mi dispiace che qui non ci sia nessun esponente del Tribunale dei Minori a parlare, stare molto attenti a quello che facciamo, a quello che a ognuno di noi sembra il male minore o la soluzione migliore, perché poi ne riparliamo

quando questi bambini diventano adolescenti.»

Alessandra CERIOLI:- «Sono della LILA di Bologna. Volevo ritornare un attimo alla madre. Mi occupo di trattamenti sull'HIV. A me è sembrato che in tutte le relazioni scientifiche, il problema HIV fosse un po' tenuto distante, però mi ha colpito molto una slide in cui si metteva in evidenza la maggiore mortalità delle donne sieropositive per AIDS. Secondo me, si potrebbe iniziare a parlare di un problema di accesso ai trattamenti antiretrovirali, che c'è comunque in tutto il mondo per le persone tossicodipendenti, nel senso che poi alcune dottoresse del SERT dicevano che, quando mandano un paziente per fare un intervento in un reparto, nessuno lo vuole. Il problema è che spesso anche gli infettivologi non vogliono i pazienti sieropositivi, per cui a me interesserebbe molto cercare di capire come si può instaurare una rete su questo, perché la persona tossicodipendente attiva ha il diritto di curarsi come una persona che non usa sostanze.
Gli studi clinici sulle interazioni ci sono, i dati sono nei database, via Internet, non so se questi dati arrivino ai SERT, alle associazioni, noi li abbiamo, però vediamo proprio una scarsa informazione rispetto agli utenti e poi ovviamente sugli utenti che cosa si può dire? Che oltre all'infettivologo, che non vuole il tossicodipendente, oltre a tutta una serie di questioni, è la stessa tossicodipendente che vede la terapia antiretrovirale, parliamo della tossicodipendente, perché essendo anche una donna, mi interessa particolarmente la condizione femminile, come un dopo, come il seguito della disintossicazione. Credo che anche su questo si potrebbe intervenire, nel senso che non sempre deve esserci dopo la disintossicazione: la terapia antiretrovirale può essere prima o in concomitanza con l'uso di sostanze, con un buon counselling, con delle buone informazioni, o durante la disintossicazione. L'accesso ai trattamenti per le persone tossicodipendenti è un problema grave. Quando voi avete mostrato i dati sulle persone con HIV in carico ai SERT, sapete quanti sono in terapia antiretrovirale? Sarebbe utile iniziare a capire quanto è allargato questo accesso, anche perché, come comunità di persone sieropositive, io sono una persona sieropositiva, su questo possiamo fare qualcosa.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «A Roma è allargato pochissimo. Noi abbiamo, parlo molto tranquillamente, con cognizione di causa perché è un problema che affronto quotidianamente, un unico centro a Roma, che è il GEMELLI, che accetta serenamente i pazienti in trattamento con la terapia metadonica, a dosaggi tali da dar luogo all'astinenza perché altrimenti non ha senso la terapia metadonica, nei trattamenti con gli antiretrovirali. E' l'unica struttura che accetta l'idea che, per esempio, alcuni farmaci come il Viromone inattivano il metadone e quindi è richiesto un dosaggio maggiore. Con altri centri, anche molto famosi, facciamo delle litigate bestiali, perché non mettono in trattamento con gli antiretrovirali i pazienti o le pazienti se sono in terapia metadonica oltre un dosaggio ridicolo, solo antiastinenziale. Non parliamo poi se sono donne in gravidanza. Lì si dice proprio: ragazza mia, vai a abortire perché è l'unica cosa che puoi fare. Questo è il concetto, avviene a Roma, la capitale e mi fa piacere che ci sia il Ministero della Sanità.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Ogni tanto al Sud c'è qualche esperienza buona. Devo dire che a Catania non ho assolutamente problemi con i reparti di infettivologia. Abbiamo un collegamento molto valido sia per quanto riguarda i ragazzi, sia per quanto riguarda le donne in gravidanza, per cui c'è uno stretto collegamento, li accettano in terapia metadonica e ci sentiamo per stabilire i dosaggi in modo che li concordiamo e questo poi ci ha portato di recente, sei mesi fa, a fare un forum sull'AIDS. L'abbiamo chiamato forum, in fondo è una forma di coordinamento tra operatori dei vari servizi, infettivologia, SERT, LILA, ANLAIDS, tutto ciò che c'è sul territorio. Ci incontriamo periodicamente per fare il punto, scambiarci le informazioni, i dati, raccordarci sulle cose più importanti, in modo da creare questo filo tra di noi e non avere poi difficoltà di collegamento. Devo dire che c'è molta sensibilità da questo punto di vista anche nel seguire le

gravidanze o il parto, sia come counselling, sia come accompagnamento proprio.»

Intervento:- «L'infettivologo, nell'équipe del SERT, anche quello a me ha un po' ha sconcertato, rientrava proprio quando c'era la problematica della trasmissione materno fetale.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «La legge non lo prevedeva per quello, la 135 l'aveva previsto perché comunque facesse da supporto proprio per il discorso infettivologia, non solo per l'AIDS, ma anche per l'epatite o comunque le malattie trasmissibili sessualmente e non, solo che in molte Regioni, come da noi, non l'hanno mai applicata e soltanto in pochissimi SERT, a Palermo sono previsti nella pianta organica degli infettivologi, ma non sono stati ancora assunti e i fondi sono rimasti là, inutilizzati. Sarebbe certamente necessario che ci fossero.»

Intervento:- «A Milano c'è una situazione particolare per cui, rispetto alla tossicodipendenza, tanti SERT si sono attrezzati in modo tale da trattare l'infezione da HIV all'interno del SERT. Secondo me ci sono difficoltà rispetto all'accesso di persone che hanno una tossicodipendenza attiva; i protocolli, quelli sì, sicuramente questo vale anche per la città di Milano e per la Regione Lombardia.
Sul discorso invece delle donne in gravidanza e tossicodipendenti, rispetto ai due centri di riferimento che conosco abbastanza bene, perché ho seguito varie donne che poi hanno deciso quello che volevano rispetto alla loro gravidanza, ci siamo sempre trovati molto bene sia rispetto alla Mangiagalli, sia rispetto al San Paolo, cioè rispetto alle cliniche universitarie che si occupavano di donne incinte tossicodipendenti o sieropositive. A me sembra che in realtà grosse difficoltà rispetto a questo non ci siano. Sul fatto invece dell'inserire tossicodipendenti attivi in protocolli, quando si dà per definizione l'inaffidabilità rispetto a quello, c'è una certa resistenza.»

LAZZARI:- «Sono della cooperativa di Bessimo. Volevo provare a dire due cose. La prima è per cercare di rispondere un po' al problema legato alle coppie miste, nel senso di coppie in cui uno dei due partner è extracomunitario. Noi abbiamo avuto due situazioni molto diverse tra di loro nel senso che entrambi i casi le ragazze, donne con figli, sono entrate nella nostra struttura a Cividate, una tra l'altro proveniva da Torino, questa però era una situazione di parecchi anni fa in cui il suo compagno, non usava sostanze, ma era più nel giro dello spaccio e lì il lavoro che si è fatto è stato quello di cercare, per quanto possibile, di rendere la donna con il proprio figlio, visto che il figlio era di questo extracomunitario, il più possibile consapevole di quelli che erano i rischi all'interno di questa relazione di coppia, che di fatto non era una relazione di coppia. Poi sappiamo che la ragazza è ritornata comunque a Torino e si è rimessa ancora con questo compagno che di fatto era un clandestino, non si era mai fatto conoscere a nessun tipo di servizio.
In un altro caso la coppia di fatto non era una coppia mista, ma con entrambi i componenti extracomunitari; alla fine del percorso di lei, visto che il compagno già da tempo la famiglia lo aveva fatto rientrare in patria, di conseguenza, in modo molto forzato, l'aveva tolto dal giro dell'uso delle sostanze e dello spaccio, d'accordo con il servizio sociale e con il SERT, si è lavorato per un reinserimento in Tunisia, perché comunque la ragazza è ritornata in Tunisia. A tutt'oggi, è passato un anno, sappiamo che comunque la ragazza sta bene e sta bene anche il proprio figlio.
Volevo rispondere alla dottoressa di Roma. Senza nulla togliere alle persone che fanno un percorso in comunità e poi decidono di fermarsi in comunità a lavorare, non credo che l'unica risposta per persone che fanno un percorso possa essere quella di rimanere all'interno della struttura.
Penso invece che il lavoro grosso che le comunità devono fare è quello di riuscire, per

quanto possibile, anche nelle situazioni in cui non c'è una chiara segnalazione del minore ai servizi sociali, a far sì che queste persone riescano a maturare un desiderio di una richiesta di aiuto perché comunque, finché sono in comunità, sono in un contesto protetto.
Il problema è che noi abbiamo visto in che tante situazioni, secondo noi le peggiori, rispetto al minore non c'era nessun tipo di segnalazione e allora il lavoro da fare è coinvolgere i servizi. Qui il problema diventa: chi fa la segnalazione? Perché nel momento in cui non tutti i minori arrivano con una segnalazione, questo vuol dire che i genitori sono inadeguati, sono per forza non adatti al bambino, ma crediamo che non si debba avere tanto la logica del dito puntato, ma aiutare le persone a riconoscere che comunque in un certo momento possono avere bisogno di un aiuto, di un supporto e questo lo fanno solo se sono in carico a determinati servizi.
Laddove si lavora su una complessità di servizi, il SERT, il servizio sociale, la neuropsichiatria, il Tribunale dei Minori, a volte noi lavoriamo anche con il servizio sociale per adulti, perché uno dei due può avere comunque un'alternativa, il problema è riuscire a mettere tutti questi interlocutori seduti intorno a un tavolo per ragionare tutti assieme, per fare un progetto che sia il più possibile adeguato e all'altezza delle persone, perché altrimenti il problema poi è o c'è la visione del SERT, oppure c'è solo la visione del servizio sociale, oppure ci può essere solo la visione del Tribunale dei Minori.
Come cooperativa, dall'84 accogliamo i minori e abbiamo avuto una presenza di almeno 380 bambini; abbiamo visto anche, con alcune coppie che abbiamo in carico adesso, con dei genogrammi, che sono tossicodipendenti della seconda generazione, cioè iniziamo già ad avere in comunità delle coppie in cui una delle due componenti è a sua volta figlio di tossicodipendenti e questo è un grosso problema.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Devo dire che è un caso che non ci sia nessun esponente del Tribunale dei Minori, nel senso che si era pensato che dovesse esserci qualcuno e poi il fatto che Don BENZI ha detto prima che veniva e poi che non veniva, ci ha tolto uno spazio che avremmo voluto dedicare ad altri, solo che poi alla fine non siamo riusciti a far rientrare negli argomenti un po' tutto ed è stato un po' trascurato per questo motivo, ma non era perché non volessimo che ci fosse.»

Dott.ssa Paola BURRONI:- «Sono di Torino. Certamente il Tribunale dei Minori è un protagonista importante di questa vicenda e credo anche che tutti noi che abbiamo lavorato in questo settore, anche mettendo una lente di ingrandimento sopra questo fenomeno di figli dei tossicodipendenti, abbiamo delle preoccupazioni intorno al destino dei bambini.
Nel tempo, mi sono confermata in alcune convinzioni che sono piccole, collegate all'esperienza, che certamente la famiglia del tossicodipendente, cioè che è composta da tossicodipendenti, può essere considerata una famiglia ipoteticamente maltrattante e penso che questo non avvenga in tutte le situazioni, in tutti i casi e che i servizi si trovano a confrontarsi con la domanda che in qualche maniera, nel momento in cui nasce un bambino in una famiglia di questo tipo, è paradossale rispetto alle richieste che provengono dal Tribunale dei Minori e da chi tutela il minore, perché loro ci chiedono sostanzialmente, non so se questo è un punto importante, di disintossicare questa donna in modo rapido e subito, così lei potrà avere il suo bambino, che è la cosa che è più difficile da ottenere in quanto noi sappiamo che queste donne sono più gravi, hanno una tossicodipendenza che dura da più tempo, hanno una psicopatologia che è più rilevante, cioè una serie di condizioni di tossicodipendenza che sono significativamente più gravi rispetto anche ai loro partner maschi. Il Tribunale ci chiede di disintossicarle rapidamente e in realtà poi questo non avviene e cominciano i percorsi che ho cercato di farvi vedere questa mattina. Certamente noi ci troviamo a confronto con una situazione nella quale effettivamente potremmo essere portati a decidere, a orientare il Tribunale o i servizi a toglie-

re questi bambini alle madri, perché i fattori di rischio a cui sono sottoposti sono veramente tanti. Penso che sia anche molto grave, spesso, la situazione dei bambini che vanno direttamente in adozione. Ci sono studi molto interessanti sulla trasmissione generazionale della tossicodipendenza al di là, cioè i bambini adottati, figli di tossicodipendenti o di alcolisti hanno maggiore probabilità di diventare alcolisti anche se sono adottati.
Quindi non è questo che ci aiuterà, cioè l'adozione è come dire "togliamo il bambino dalla condizione di rischio", per metterlo in un'altra condizione in cui, probabilmente, si riproducono alcuni eventi che riportano il minore nello stesso rischio. Penso che sia più interessante lavorare in termini di progettazione di interventi assistenziali, perché se questa mamma e questo bambino trovano, molto aiutati, una situazione di possibilità di costruzione della loro elevazione, secondo me, questa è una vittoria per i servizi che se ne occupano, per il bambino e anche per le madri, e questi pensieri, queste spinte verso gli allontanamenti sono un po' fughe dal problema del nostro lavoro e del trattamento che dobbiamo proporre. Cerchiamo di trattenerci.»
Don Giulio:- «Sono della comunità NUOVI ORIZZONTI. Volevo solo dare un punto di vista su quello che è stato detto sulla persona accolta che rimane in comunità come operatrice, magari avendo anche dei figli. Credo che non si può dire tout court che questa risulta una forma di dipendenza, ma che in qualche caso, può essere una paura di uscire e di affrontare il mondo e la comunità continua a dare sicurezza; in altri casi può essere anche un atteggiamento che risponde alla definizione di maturità psicologica, cioè di una personalità capace di un comportamento altruistico, solidale, quindi che si sente, nonostante le possibilità che ci sono di fuori, di continuare ad aiutare persone che affrontano problemi che questa persona ha affrontato e conosce molto bene e quindi che può aiutare con una competenza del tutto particolare. In certi casi sono scelte di comodo, magari anche inconsapevoli, in certi altri comunque rimane un lavoro faticoso, l'operatore in comunità terapeutica è in costante scontro con problemi estremi che comunque nella realtà di tutti i giorni sono forse meno ovvianti, per cui non farei di ogni erba un fascio. In alcuni casi è possibile che risulti una paura, un'immaturità, in altri casi penso che siano una bella prova di maturità e non avrei neanche una preoccupazione, parzialmente sì, ma neanche così grande, per i bambini, perché credo che, nella misura in cui la comunità ha un'apertura, - nel nostro caso la riteniamo una comunità abbastanza aperta, perché nell'ultima fase ci sono i ragazzi in reinserimento per cui una bella parte dei ragazzi accolti e tutti gli operatori escono molto frequentemente e nella comunità viene gente di tutti i tipi - penso che anche un bambino, anche noi abbiamo bambini, che cresce lì, è costantemente a contatto con proposte esterne e, raggiunta una certa età, può fare una scelta anche libera.»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Se è una comunità come dici tu, può andare anche benissimo. Non tutte lo sono. Sono d'accordo che non si deve fare di ogni erba un fascio. Stavo raccontando quella che è la mia esperienza: non metto in dubbio che si resti a fare gli operatori non solo per bisogno di protezione, ma per qualcosa che va oltre, però credo che perché questo qualcosa che va oltre sia valido, ci voglia comunque un ritorno nella società perché comunque la comunità è sempre una situazione protetta e l'operatore un ex tossicodipendente. Lavoro col privato sociale, abbiamo tanti operatori ex tossicodipendenti che lavorano con noi nei progetti della 309, sono validissimi proprio perché, come dici tu, hanno una esperienza alle spalle, però devono avere avuto anche una formazione. L'essere ex tossicodipendenti non è una qualifica, è uno stato, ma non è una qualifica. Tu puoi essere bravo come operatore a prescindere dal fatto che tu sia o no un tossicodipendente.»

Angela:- «Sono un'operatrice e una ex tossicodipendente e sono una persona che ha finito il cammino comunitario e ha fatto la scelta di uscire dalla comunità. Avevo un lavoro

in mano, sono una ex cuoca e quindi il lavoro non mi mancava; mi sono andata a relazionare fuori con la società e devo dire che non è che abbia avuto problemi, non è che sono andata comunque a toccare la sostanza o l'alcool, perché comunque avevo anche un problema di alcool che forse era più pesante della sostanza e, a un certo punto, ho fatto una scelta radicale che è stata quella comunque di ritornare in comunità. Proprio per il fatto che tanti giovani purtroppo continuano a morire sulla strada, è facile spesso e volentieri stare in comunità, come si dice, aspettando che il ragazzo comunque ci arrivi dal SERT, da questo o da quell'altro. Potevo continuare a rimanere in una comunità dove arrivava il ragazzo, mentre ho fatto la scelta radicale proprio a settembre di andare in un centro dove il ragazzo lo andiamo a cercare, in modo particolare anche a livello di tossicodipendenza femminile, perché i centri che su Roma prendono ragazze tossicodipendenti, si contano sulla punta delle dita. Non ce n'è o ce ne sono pochissimi: quelli residenziali sono pochissimi. Vicino a San Giovanni, in Piazza Re di Roma, in Via Terni, NUOVI ORIZZONTI, centro ARCOBALENO. Su Roma, quando non abbiamo posto, e c'è qui presente un'altra operatrice di comunità, dobbiamo addirittura arrivare a Cosenza tante volte, a Regina Pacis. Il problema, che non è solo un problema di tossicodipendenza femminile, ma tante volte di prostituzione e di tossicodipendenza. Io mi prostituisco per farmi, mi faccio per prostituirmi: questo è un circolo che tante comunità purtroppo ancora oggi non riescono a vedere, non vogliono vedere, ci sono operatori sulla strada che rischiano ventiquattro ore su ventiquattro.
Noi abbiamo ragazze minorenni e dobbiamo far riferimento a Don BENZI che poveretto non sa più dove metterle, abbiamo tante volte, col Tribunale dei Minori, le mani legate, a volte non sappiamo se le leggi sono fatte per essere violate, non l'abbiamo ancora capito. Sono troppo rigide. Questo è un grosso problema.
L'altro giorno dicevo a Don BENZI: scusa, ma a te prima o poi ti portiamo le arance in galera. Perché? Per i permessi di soggiorno. Allora aiutiamo anche le comunità, perché è vero le ragazze che finiscono i programmi terapeutici si contano sulle punte delle dita, sono pochissime, perché hanno tutta una tipologia di problemi che è completamente diversa.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «La dottoressa SAVINI, dell'Associazione ON THE ROAD.»

Dott.ssa Annalia SAVINI:- «Ringrazio la collega perché mi ha dato proprio il la. Sono Annalia SAVINI, dell'Associazione ON THE ROAD, ci occupiamo da dieci anni specificatamente di prostituzione, lavoriamo tra l'Abruzzo, le Marche e adesso anche nel Molise e da dieci anni specificatamente nella prostituzione. Stanno cambiando tante cose, voglio dare soltanto dei piccoli flash, per quanto riguarda quello che diceva anche la collega, fra il binomio tossicodipendenza e prostituzione, ma non soltanto questo. Prostituzione e tossicodipendenza: c'è una differenza e lo vediamo. Perché? Perché, a mio avviso, di questo binomio dipendenza e prostituzione, non se ne parla quasi più.
Alla fine degli anni '80 in parte se ne è parlato e quindi il fenomeno della prostituzione di strada era costituito da una significativa parte di ragazze tossicodipendenti; ma dalla fine degli anni '80 la prostituzione è molto cambiata e infatti il 90% delle ragazze che si prostituiscono in strada sono immigrate extracomunitarie, di origine nigeriana, albanese, russa, moldava, ucraina, rumena, ma che portano con loro una serie di vissuti e di parole legate a questi vissuti molto forti, come tratta, sfruttamento sessuale, clandestinità, racket e gruppi malavitosi.
Su ognuna di queste parole si potrebbe parlare per un secolo, per tutto il vissuto che può creare e quindi la massiccia presenza di questa prostituzione extracomunitaria ha di fatto emarginato ancora di più le ragazze italiane che si prostituiscono; le ha emarginate ancora di più perché erano già al margine, oggi c'è molta concorrenza. Quindi, è sceso proprio il silenzio in termini di analisi del fenomeno, di attivazione di interventi, non c'è

assolutamente niente per questo specifico binomio prostituzione e tossicodipendenza e questo ha contribuito a determinare una delle fasce più marginali della devianza di strada, quindi situazioni di tossicodipendenza cronica, malattia spesso presente, molte volte legata a malattie sessualmente trasmissibili, altre volte legate all'HIV, altre proprio all'uso che i clienti fanno delle ragazze, perché le ragazze vogliono rapporti protetti, ma sono i clienti che non li vogliono e sono disposti a pagare anche di più. Quindi non puntiamo il dito contro le untrici: non sono le ragazze le untrici, sono i clienti, ma io non ho niente contro i clienti.
Comunque, anche questo ha costretto una prostituzione mordi e fuggi, dovuta molto anche alla tendenza da parte delle ragazze tossicodipendenti, che fisicamente sono anche molto debilitate, a svendere il proprio rapporto, o a svendere la prestazione più che il rapporto.
La mancanza di specifici interventi, sono infatti rare le azioni di buone pratiche strettamente attinenti a questo specifico settore e in questo ambito, non permette di individuare strategie su cui misurarsi. Si tratta di mettere in gioco azioni a doppia valenza: tossicodipendenza e prostituzione, prostituzione e tossicodipendenza. Però se da un lato c'è il mix tossicodipendenza prostituzione, dobbiamo mettere in evidenza anche il binomio prostituzione e tossicodipendenza, fatto da una popolazione sicuramente non di grandi numeri, ma presente e costituita da travestiti e da transessuali.
Probabilmente non riguarda questo specifico settore, però i transessuali, anche se giuridicamente sono maschi, si sentono donne, sono donne, però non vengono riconosciute. Ci sono diversi italiani, ma anche diversi latino - americani e poi c'è tutta la presenza ad esempio delle cosiddette ballerine che vengono dall'Est Europa, dall'America latina e che lavorano nei club privati, nei night - club e nei locali hardcore. Adesso c'è anche una nuova fascia: le ragazze che arrivano dalla Colombia e quindi possiamo vedere anche i flussi e il percorso che fanno: arrivano da Messina, Catania, fino a Trieste. Queste consumano stupefacenti, in modo particolare cocaina e, come diceva lei, c'è la tossicodipendenza legata alla prostituzione. Allora, io travestito, transessuale ho bisogno di fare una serie di cure ormonali che costano tantissimo. Per fare queste cure ormonali ho bisogno di tanti soldi e allora mi prostituisco. Per prostituirmi però, come transessuale a cui non viene riconosciuta in parte la mia femminilità e quindi mi viene chiesto un rapporto attivo, debbo comunque fare uso di sostanze per essere attivo e quindi dare una determinata prestazione e lì quindi nasce il circolo vizioso.
Sono dieci anni che ci lavoriamo, però per questo target veramente difficile non c'è ancora niente o almeno c'è pochissimo e allora all'interno di questa conferenza ci sembra quasi essenziale pensare a delle strategie di intervento per avere dei validi modelli di buone pratiche, di intervento sociale per queste fasce marginali di popolazione che possiamo definire "devianti". Pensiamo in particolare a tutta una serie di azioni che debbono essere fatte per aggiornarci tutti quanti; gli operatori che lavorano nella tossicodipendenza si debbono aggiornare su questo specifico settore della prostituzione e non parlo soltanto di operatori privati, ma anche di operatori del pubblico, che debbono conoscere tutta una serie di dinamiche strettamente collegate alla transessualità, alla prostituzione e ad altre cose. Pensiamo però anche all'attivazione di specifiche unità di strada, che non significa soltanto il contatto sulla strada, perché sicuramente così si riusciranno a contattare tante persone, tante ragazze sulla strada, ma pensare anche a degli interventi all'interno dei locali, perché molte ragazze sulla strada non ci sono mai, ma le troveremo nei locali e quindi bisogna cominciare a prendersi cura e ad accogliere persone, donne, uomini, tossicodipendenti che si prostituiscono e che sono transessuali o che sono transessuali e si prostituiscono e quindi sono tossicodipendenti. Le cose sono strettamente legate.»

Dott.ssa Venera SAMBATARO:- «Al di là degli aspetti tecnici che sono emersi, perché devo elaborare entro un'ora un documento da dare alla dottoressa TASCA che domani

lo leggerà insieme al mio, le conclusioni delle undici sessioni di lavoro della Consulta, sono due fondamentalmente: una è la modifica delle schede del Ministero per inserire le voci riguardanti la prole, sia rispetto agli uomini, sia rispetto alle donne, che è complicato perché bisognerà fare il decreto di modifica, l'altra è la modifica della scheda tecnica del metadone per eliminare la dicitura "controindicato in gravidanza" perché è un rischio che tutti quanti corriamo, almeno i medici, nei servizi.
Un'altra cosa tecnica che avevo segnato è quella di sensibilizzare gli organi competenti, perché poi sono diversificati e barricati a seconda delle situazioni, affinché prevedano una retta di ricovero per i figli nelle strutture che accolgono famiglie o coppie o madri con figli, e una forma di retta che copra le spese per i figli. Le modalità poi si possono sempre vedere, e si possono anche differenziare. Non chiederemo l'elemosina a nessuno, ma è difficile per le comunità gestire questo tipo di rapporti.
Per quanto le proposte operative nel senso stretto, mi pare che, sostanzialmente, una è quella di diffondere in modo più capillare, più generale, la presenza di strutture specifiche per la famiglia o per le coppie o per il genitore con figli, che abbiano delle connotazioni ben precise, specifiche e quindi anche piccole, a impronta quasi familiare, perché ripropongono poi il modello familiare. L'altra, e dovremo insistere su questo, è creare questa rete di servizi integrati, che abbia un background di tipo istituzionale, cioè non è che si fa quando si vuole farla e si può anche non farla se non si vuole. Questo mi pare una cosa che dovremo riferire al Ministro in modo molto chiaro e molto forte. L'ultimo punto di cui appunto stavamo ultimamente discutendo è questo che riguarda la prostituzione. Sicuramente è un argomento che la Ministra TURCO ha affrontato con molta sensibilità ed è un problema che è a cavallo tra la tossicodipendenza e altri tipi di problemi che poi si intrecciano. Questi sono gli elementi che metterò nel documento che penso sentirete domani.»

COMORBILITÀ PSICHIATRICA: ESPERIENZE E PROSPETTIVE

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Sono uno psichiatra e neurofarmacologo all'Università Cattolica di Roma e do il benvenuto a tutti i partecipanti a questa sessione della Conferenza.
E' una sessione purtroppo un po' sacrificata, sia nel tempo, sia nello spazio concesso. Inizialmente doveva durare tutta la giornata ma, per l'accavallarsi di altre sessioni, purtroppo si è dovuto contrarre il tempo. Quindi abbiamo a disposizione soltanto questa mattinata. I relatori per fortuna sono rimasti gli stessi. Purtroppo sono costretto a ridurre notevolmente il tempo degli interventi. Come prima presentazione e introduzione alla sessione avremo la relazione del dottor CLERICI, dell'Università di Milano, dopo di che ci sono una serie di interventi, alcuni richiesti dal Dipartimento degli Affari Sociali, alcuni dalle Regioni e altri che sono delle richieste fatte in anticipo dalle organizzazioni e dai servizi territoriali.
Per gli interventi richiesti dal DAS, parlerà la dottoressa Amedea LO RUSSO, il dottor Achille SALETTI e il dottor SEMBOLONI. Per quanto riguarda gli interventi invece richiesti dalle Regioni, parleranno il dottor MARGARON, il dottor ZANDA e la dottoressa ANTONELLI. Le partecipazioni che sono state prenotate alla segreteria organizzativa sono quelle del dottor Giuseppe NARDINI del CORA, del dottor Stefano VECCHIO di Napoli, di Don Michele BARBAN e della dottoressa Eddi PUTTINI.
E' già un grosso successo che finalmente si possa parlare di comorbilità in una Conferenza nazionale: dobbiamo accontentarci di questo e eventualmente darci un appuntamento, visto l'interesse, intanto alla prossima conferenza, ma forse è meglio darsene uno più vicino, che potrà essere a qualche congresso o dedicato specificatamente al problema o uno dei congressi delle società scientifiche che operano nel settore.
Allora, do la parola al dottor Massimo CLERICI dell'Università di Milano, che certamente conoscerete come uno degli esperti nazionali in tema di comorbilità, che parlerà di "Doppia diagnosi: realtà clinica o artefatto". Alla fine di questa sessione dovremo sintetizzare un documento che poi verrà riportato domani nella sessione Plenaria, al termine della Conferenza; questo documento sarà redatto appunto dal dottor CLERICI.»

Dott. Massimo CLERICI:- «Credo che di esperti in Italia ce ne siano molti, forse il vantaggio di alcuni di noi è quello di aver lavorato sul campo, nel corso di questi anni, per fare un'esperienza che fosse non soltanto teorica, ma anche clinica, direttamente con l'utenza, con i servizi che si sono occupati di questo problema, che hanno sperimentato

delle soluzioni che, come diceva prima Enrico TEMPESTA, forse nel nostro Paese arrivano un po' tardi o arrivano sull'onda di una serie di polemiche, di discussioni e conseguentemente hanno animato il dibattito talvolta anche sopra la soglia del dovuto. Credo che parlare di psichiatria nelle tossicodipendenze apra sempre un tema molto caldo, molto difficile. L'Italia ha una storia notevole di de - istituzionalizzazione, è uno dei Paesi pilota anche per l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel lavoro di riforma psichiatrica e conseguentemente l'applicazione di un discorso psichiatrico, ma d'ora in poi cercherò di chiamarlo psicopatologico, alla tossicodipendenza, indubbiamente stimola e apre moltissimi problemi sia sul piano teorico, sia su quello clinico.

Chiedo scusa ai presenti sul fatto che molte delle diapositive saranno in inglese, ma purtroppo i potenti mezzi dell'Università di Milano mi impediscono di avere le diapositive sempre in due lingue e conseguentemente, per questioni di risorse e di finanziamenti, si tende a utilizzare una versione unica.

In questa prima diapositiva sono segnalate alcune aree problematiche che la tossicodipendenza, intesa come disturbo, se vogliamo riferirci alle dizioni e alle nosografie attuali, che sono quelle del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali nelle sue diverse edizioni, che è stato un tentativo di configurare la diagnostica descrittiva psicopatologica nell'ambito delle tossicodipendenze, soprattutto nel corso degli ultimi anni, per la precisione nella seconda metà degli anni '70, e forse, per l'Italia, con la prima effettiva traduzione della terza versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali fatta da MASSON nel 1980.

Vedete che questa diapositiva, che si riferisce a un editoriale uscito su LANCET, che è una delle più grosse riviste di medicina unanimemente riconosciuta per l'attendibilità scientifica e per la serietà in tutto il mondo, sintetizza quello che è un dibattito più che centenario ormai e quindi l'imponente mole di letteratura che in realtà noi troviamo a disposizione se vogliamo avvicinarci al problema di quella che oggi è più nota come Doppia diagnosi o comorbilità; due termini che sono appunto riferiti alla pubblicistica internazionale scientifica, non da tutti apprezzati, evidentemente, ma comunque sono ancora termini di riferimento e continuano a esserlo nella stragrande maggioranza dei lavori che troviamo in letteratura.

Quindi, il problema della doppia diagnosi o della comorbilità, nel campo dei disturbi da uso di sostanze, fa riferimento a quattro grossi filoni, sostanzialmente, che noi possiamo trovare in letteratura. Uno riguarda soprattutto i rischi di dipendenza, i rischi di assunzione e di consumo di sostanze in relazione ai bisogni di auto cura; c'è tutto un filone storico che arriva dalla psicoanalisi, che è applicato anche successivamente alle teorie sistemico - relazionali, quindi che ci apre una dimensione estremamente ricca e feconda di approfondimento e che ipotizza l'uso delle sostanze e i problemi legati all'uso delle sostanze in relazione ai bisogni di auto cura dei soggetti che ne fanno uso.

C'è un secondo filone, più squisitamente psicopatologico e con questo forse ci avviciniamo di più a questa dimensione attuale del DSM, che ci parla dei problemi correlati all'uso delle sostanze e conseguentemente, guardando proprio la diagnostica descrittiva del Manuale del DSM, quel grosso capitolo dei disturbi psichiatrici che poi li comprende tutti, sostanzialmente, che si riferisce ai disturbi indotti dall'uso delle sostanze, cioè ai disturbi che possiamo sinteticamente, forse un po' semplicisticamente, definire come i disturbi che si esprimono a seguito dell'impiego di sostanze e a seguito degli effetti psicoattivi che esse inducono a livello del sistema nervoso centrale.

Ci sono poi dei filoni un po' collaterali, ma che recentemente hanno fornito alcune indicazioni di interesse. Volevo darvi alcuni cenni di carattere generale, anche per proporvi alcuni dati della realtà italiana e non soltanto della ricerca internazionale, che abbiamo a disposizione. Però ci sono alcuni filoni abbastanza interessanti di ambito socio - psichiatrico soprattutto in relazione alle influenze che i coetanei, i gruppi di pari esercitano a livello del consumo di sostanze e della costituzione di stili di consumo, soprattutto in ambito giovanile. Questa sicuramente è un'area molto importante, che sta sotto il gran-

de cappello della doppia diagnosi e per la quale soprattutto, in termini di prevenzione, dovremo nel prossimo futuro pensare a delle strategie e a delle possibilità di rilevazione, anche epidemiologica, decisamente più attente di quelle che sono state fatte nel corso degli ultimi anni, in cui in realtà abbiamo conosciuto molto, ma conosciamo soprattutto degli utenti che afferiscono ai servizi; questo non è soltanto un problema italiano, ma è un problema che viene segnalato in letteratura. Abbiamo grosse conoscenze in relazione ai problemi di doppia diagnosi negli utenti che afferiscono ai servizi, indipendentemente dalle sostanze che essi utilizzano, abbiamo pochissime informazioni sul "sommerso" tossicomanico o comunque degli utilizzatori e questo è un discorso che, in chiave psichiatrica, va enfatizzato e va sottolineato fortemente soprattutto perché, con il cambiamento degli stili di consumo rispetto alle sostanze e con la selezione di alcune sostanze che hanno degli effetti assolutamente importanti e talvolta anche drammatici sul sistema nervoso centrale, siamo probabilmente indirizzati verso un'area che conosciamo poco, ma che ci porterà molti pazienti e molti soggetti all'osservazione interessati dallo sviluppo di problematiche psicopatologiche, grazie soprattutto all'uso di quelle che vengono definite come nuove droghe.

Un quarto filone, che forse potrebbe essere più politico, se lo vogliamo intendere un po' anche alla luce delle turbolenze che hanno accompagnato l'esordio di questa Conferenza, è sulla possibilità che ci sia un percorso facilitato, un percorso agevolato verso un uso sempre più ampio di droghe, quindi verso dei consumi che sono orientati dalla poli - tossicodipendenze e che questo percorso poi proceda inevitabilmente attraverso l'uso iniziale di quelle che sono state definite per molto tempo droghe leggere e che ormai, nella manualistica descrittiva psichiatrica non si chiamano più così, perché sapete che nel DSM sono stati inseriti come disturbi da uso di sostanze tutto quelle che hanno effetti psicoattivi, dalla caffeina alla nicotina, fino a tutto lo spettro delle sostanze più problematiche e più "pesanti", almeno per come venivano intese molti anni fa.

Ormai ci sono delle indicazioni epidemiologiche molto importanti che riguardano sia l'uso delle sostanze nella popolazione generale; sappiamo che questo è il secondo problema nella popolazione generale, almeno per quelle che sono le stime americane fatte su fasce di persone molto ampie. Questo secondo problema "psicopatologico" porta all'attenzione nel corso della vita una quota intorno al 15% della popolazione generale, che ha all'interno sicuramente delle sacche o dei sottogruppi, che sono molto più interessati da problematiche psicopatologiche; se noi dovessimo fare una rilevazione epidemiologica nella popolazione, quantomeno in quella americana che ci offre delle possibilità di indagine abbastanza accurate, potremmo dire che nel corso della vita una quota intorno al 15% di soggetti manifesta problematiche in relazione all'uso delle sostanze, tali da poter essere diagnosticata per un disturbo da uso di sostanze comprendendo, sotto il cappello del termine disturbo, sia le problematiche di abuso, sia soprattutto quelle che ci interessano di più, di dipendenza, che più strettamente sono correlate anche ai danni che le sostanze stesse possono indurre nei soggetti.

Ci sono poi delle indicazioni sempre più frequenti che dicono che i soggetti con gravi disturbi psichiatrici - quindi pazienti che primariamente afferiscono ai servizi psichiatrici, ai servizi di salute mentale e non pazienti che si riferiscono, nella realtà italiana, ai servizi per le tossicodipendenze, che sono completamente separati dai servizi di salute mentale se non in alcune regioni italiane, che comunque non sono rappresentative del territorio nazionale - i soggetti tradizionalmente in carico ai servizi psichiatrici, gli schizofrenici, i soggetti con disturbi psicotici gravi o con disturbi bipolari, oggi hanno facilità di accesso al mercato e vengono riconosciuti potenzialmente come la popolazione più a rischio in termini sia di sviluppo di condizioni di abuso e di dipendenza, ma soprattutto in termini negativi in relazione all'evoluzione e alla prognosi della loro malattia psichiatrica.

Anche questo è un ulteriore filone di interesse che si apre negli anni duemila e per il quale i servizi psichiatrici, a mio parere, a tutt'oggi non sono ancora sufficientemente sen-

sibilizzati e che comunque porta ancora a grossi rilanci e a polemiche tra servizi psichiatrici e servizi per la tossicodipendenza, nel tentativo di identificare chi sono i referenti nella diagnosi e nel trattamento di questo tipo di pazienti.
Ci sono delle indicazioni in letteratura, se vogliamo fare un piccolo percorso retroattivo, che ci mostrano come storicamente, quando si parla di profili psicopatologici o di tipologie di tossicodipendenti in doppia diagnosi, ci si debba riferire ai criteri per i disturbi dell'umore con particolare attenzione alla depressione o, secondo le vecchie e tradizionali nosografie psichiatriche, ai disturbi un tempo definiti come psicopatie e sociopatie e che oggi invece vanno sotto la diagnosi DSM 3a. o DSM 4a., che è quella che attualmente utilizziamo, di disturbo antisociale della personalità.
Scorrendo la letteratura, però dobbiamo sempre fare attenzione sul fatto che la mancanza, per moltissimi anni, di criteri diagnostici standardizzati e confrontabili in psichiatria, unanimemente riconosciuti non solo dal punto di vista scientifico ma anche nella pratica clinica degli operatori dei servizi, ci abbia messo molto in difficoltà sulla possibilità di confrontare i risultati dei differenti studi che sono presenti in letteratura.
Se noi facciamo, sempre retrospettivamente, riferimento al decennio a cavallo tra gli anni '70 e la metà degli anni '85, il periodo in cui i primi criteri diagnostici strutturati hanno costituito la matrice per i criteri del DSM 3°, possiamo verificare come buona parte o la stragrande maggioranza degli studi a disposizione indichino, soprattutto sulle popolazioni di tossicodipendenti da eroina, una media tra un terzo e la metà dei soggetti per i quali può essere fatta una diagnosi di disturbo depressivo al momento della presa in carico; quando allarghiamo questa valutazione nel corso della vita, come tendenzialmente dovremmo fare sempre quando si valuta longitudinalmente un paziente che abbiamo in carico, questa distribuzione tra un terzo e la metà dei pazienti arriva fino a due terzi nella popolazione dei soggetti indagati, quindi con un impegno che in media porta a indicare come soltanto un 25/30 per cento massimo dei soggetti con problematiche di abuso e di dipendenza da sostanze, sia indenne da disturbi di ordine psicopatologico nel corso della vita in relazione a periodi di consumo sufficientemente lunghi.
Ci sono dei dati che provengono dal più grosso studio di epidemiologia applicato alle popolazioni generali in termini di disturbi psicopatologici negli Stati Uniti, che sono i dati di riferimento; purtroppo non abbiamo una casistica nazionale confrontabile, solo in Germania, nei paesi europei, è in corso una multicentrica nazionale che sia in grado di equiparare i dati di un paese europeo, con quelli degli Stati Uniti, che sono stati fatti a cavallo degli anni '80, a cavallo tra l'80 e il '90, per la precisione, su cinque grosse città americane. Questi dati ci dicono che si conferma, anche con il passare del tempo, il problema della depressione, dei disturbi dell'umore in questi soggetti e l'associazione con il disturbo antisociale e di personalità che risulta preminente all'interno dei disturbi di personalità dell'Asse Due che vengono indagati in relazione ai consumi da uso di sostanze.
Evidentemente c'è un'ombra di tipo metodologico all'interno di queste indicazioni ed è soprattutto in relazione al fatto che le interviste strutturate per il disturbo antisociale di personalità rappresentano le interviste più valide e più ricche di sintomi e di criteri di inclusione e ci permettono quindi una fotografia più specifica, più dettagliata dei problemi dei soggetti che sono portatori di questo disturbo. Quindi, vedete, ancora una volta si pone sempre il problema dei criteri di lettura dei fenomeni che noi scegliamo, della alta specificità dei criteri in alcuni disturbi psichiatrici o della bassa specificità dei criteri soprattutto nei disturbi di personalità, che sono in crescita e interessanti, ma che non sono ancora sufficientemente definiti per poterci permettere delle indicazioni, di carattere generale, soddisfacenti.
Quindi sta di fatto che dobbiamo sempre porci, quando leggiamo una letteratura, in un'ottica molto critica e cercare di capire quali metodologie sono state utilizzate per la diagnosi e se quei campioni e quegli studi possono essere confrontabili con analoghi studi reperiti in letteratura, altrimenti l'uso diventa strumentale e, come tale, non soddisfacente dal punto di vista dell'epidemiologia generale delle popolazioni alle quali ci

avviciniamo.
Ci sono indicazioni molto interessanti in relazione all'area della personalità, nel momento in cui mettiamo in stretta correlazione i disturbi di personalità in senso lato. Il Manuale diagnostico fa riferimento a dodici disturbi diversi, divisibili per tre grosse aree, tre cluster principali che sono: il più vicino alla schizofrenia, quello inerente le difficoltà di controllo degli impulsi, cluster B, che è quello più rilevante, al quale appartiene, come dicevo prima, il disturbo antisociale di personalità e il cluster ansioso depressivo, che è in grande espansione, perché pesca sempre di più nella popolazione generale e nella maggiore facilità di accesso alle sostanze che la popolazione generale e i giovani hanno attualmente, e indirizza sempre di più soggetti con profili a bassa severità di disturbo di personalità, come sono quelli del cluster C, verso l'uso delle sostanze e probabilmente verso i problemi che ciò comporta.
Nel momento in cui andiamo a vedere l'area dei disturbi di personalità, ci accorgiamo che c'è una grossa correlazione in termini epidemiologici; il 60 per cento dei soggetti in media, dalla letteratura, con disturbi da uso di sostanze ha una possibilità di diagnosi o di co - diagnosi in relazione ai disturbi di personalità, con una grande rilevanza, oltre al disturbo di personalità antisociale, di quello che è un disturbo che gli operatori conoscono molto bene perché molto spesso è la fonte maggiore di rimpalli tra operatori dei servizi psichiatrici e operatori delle tossicodipendenze, cioè il cosiddetto disturbo borderline di personalità che fa riferimento al cluster B, cioè quello della difficoltà di controllo degli impulsi.
Nell'attuale situazione epidemiologica, questi sono i due disturbi di personalità che ci interessano moltissimo. Il disturbo borderline, anche in termini di criteri predittivi, di predittori di gravità, è quello che ci interessa molto, perché stanno sorgendo tutta una serie di studi che ci dicono che la presenza, nella fase adolescenziale o addirittura infantile, di manifestazioni di deficit nel controllo degli impulsi, di iper reattività all'ambiente, di difficoltà familiari, di prime manifestazioni anche aspecifiche di disagio psicologico, soprattutto su base impulsiva, con atti di violenza, con aggressività iper o auto lesiva, è un criterio forte di predittività verso l'insorgenza successiva di un disturbo borderline di personalità e soprattutto è un criterio che ci permette un collegamento stretto con l'impiego delle sostanze in una fase molto precoce. Ancora una volta l'epidemiologia ci dà delle indicazioni cliniche di tipo predittivo che possiamo utilizzare anche in chiave di prevenzione.
Ci sono quindi dei marker che sono attualmente importanti da utilizzare e sono di tipo epidemiologico, la presenza dei disturbi di personalità, o in chiave di prognosi negativa, la cosiddetta diagnosi multipla, non più doppia diagnosi o tripla diagnosi, come alcuni oggi tendono a utilizzare, ma una diagnosi multipla in soggetti con uso di sostanze, disturbi di personalità soprattutto della fascia del cluster B e presenza invece di disturbi di sindromi cliniche psicopatologiche di Asse Uno, quindi disturbi dell'umore, manifestazioni psicotiche, disturbi da ansia. Questo spettro di situazioni è estremamente ampio e, come vi dicevo, prognosticamente negativo per la capacità di stare in trattamento e per la capacità di utilizzare favorevolmente il trattamento erogato e in più è uno spettro sul quale ancora una volta in chiave metodologica, di diagnostica descrittiva, siamo ancora abbastanza fragili; ci sono dei sistemi di diagnosi, quelli attuali, descrittivi, che mostrano sicuramente molte falle e anche i propugnatori, coloro che hanno spinto nel corso di questi anni l'adozione dei manuali cosiddetti descrittivi od operazionali come il DSM, ci danno delle indicazioni molto forti e molto enfatiche sulla necessità di arrivare a una diagnosi parallela, non solo di tipo categorico, ma anche di tipo dimensionale, che ci permetta di conoscere meglio l'evoluzione e la copresenza di questi disturbi, nel momento in cui osserviamo delle personalità così gravemente disturbate e che, in più, manifestano anche dei sintomi psicopatologici così clamorosi, come potrebbe essere un episodio depressivo maggiore, un episodio maniacale o una manifestazione psicotica.
In realtà, nella letteratura attuale, esistono dati fortemente incerti sul fatto che le associa-

zioni che noi verifichiamo nella clinica tra i due disturbi, cioè da un lato il disturbo da uso di sostanze e le condizioni di abuso e di dipendenza, le condizioni psicopatologiche che vengono determinate dall'uso di sostanze e la cosiddetta psicopatologia primaria diano, offrano una chiara indicazione di ordine causale. Non siamo ancora in grado di fare delle valutazioni di questo tipo e quindi il fenomeno a tutt'oggi è ancora in buona parte sconosciuto e quello che noi possiamo dire nel momento in cui parliamo di doppia diagnosi, di comorbilità nelle tossicodipendenze, è che probabilmente esistono delle sovrapposizioni di sintomi o delle correlazioni tra fattori di rischio che osserviamo nella pratica clinica, ma che non possiamo utilizzare ancora in termini di comprensione eziologica dei fenomeni. Possiamo utilizzare, e questo credo sia molto confortante per gli operatori, in chiave di predittività, che questo assetto psicopatologico ci offre ormai in modo abbastanza chiaro sia sulle capacità di tenuta di questi soggetti all'interno dei trattamenti, sia sull'evoluzione nel tempo del loro disturbo, sia sulla prognosi a distanza di quanto succede.

Nel momento in cui ci avviciniamo agli alti utilizzatori dei servizi, che sono poi ancora per l'80 per cento eroinomani in carico, che hanno problemi di aderenza ai programmi e che vengono gestiti con politiche di trattamento sostitutivo in cronico, ci avviciniamo ancora di più a dei dati quasi complessi, quasi unitari in relazione alla comorbilità. Vi parlavo prima di un 60% sulle grosse popolazioni di tossicodipendenti nel momento in cui parliamo di eroinomani in trattamento presso i servizi; questa percentuale può essere alzata fino all'80/85 per cento, riducendo ancora di più la quota dei soggetti tossicodipendenti definibili come puri, cioè indenni da manifestazioni psicopatologiche rilevanti.

Questi dati in realtà non ci dicono che questi soggetti sono persi e credo che questo inneschi, anche alla luce delle discussioni fatte ieri, una facile polemica o discussione sulle nostre potenzialità di cura, in quanto anche i pazienti "cronici" che sono curati con lunghi trattamenti sostitutivi, richiedono l'erogazione di interventi in parallelo oltre a quelli di tipo farmacologico e psicofarmacologico, quindi oltre alla sostituzione metadonica e oltre agli psicofarmaci che servono per stabilizzare le manifestazioni psicopatologiche; da tutta la letteratura viene segnalato come anche questa popolazione tragga benefici abbastanza rilevanti dall'approccio consulenziale, dall'inserimento in trattamenti psico - sociali, comunque da quello che viene definito sotto il termine ombrello di trattamento multi modale.

Anche questo è un aspetto in positivo, ottimistico della letteratura che ci propone delle possibilità di cura anche per i soggetti a massima severità psicopatologica e che più difficilmente stanno agganciati ai servizi.

Ci sono alcuni dati italiani che mi sembra importante citare, che alcuni gruppi di lavoro hanno valorizzato, già dall'inizio degli anni '80, anche grazie a un interessante finanziamento che purtroppo, come capita spesso in Italia, non è mai più stato ripetuto, quello del Consiglio Nazionale delle Ricerche, che ha fatto negli anni '80 un progetto Prevenzione e medicina preventiva, all'interno del quale c'era un sotto progetto Tossicodipendenze, che ha alimentato tutte le ricerche forse più interessanti nel nostro Paese. Sono ricerche finanziate per cinque anni, il che vuol dire che molti di questi gruppi sono riusciti a lavorare per ben dieci anni, un periodo minimo per poter valutare quello che succede a tossicodipendenti agganciati ai servizi: non è possibile fare ricerche che durino un anno o due anni ed avere delle indicazioni cliniche interessanti.

I gruppi di TEMPESTA a Roma, il nostro gruppo di Milano e il gruppo di Pierpaolo PANI a Cagliari, collegato all'Istituto di farmacologia di GES hanno dato delle indicazioni abbastanza confortanti in relazione alla omogeneità di quanto avveniva nella letteratura anglosassone, soprattutto in quello stesso periodo. La popolazione italiana di tossicomani, pur in realtà geografiche e cliniche molto diverse, di servizi, di comunità terapeutiche, di SERT, come quello di Cagliari che è stato uno dei primi in Italia a lavorare in questa direzione, ci danno delle indicazioni molto sovrapponibili a quelle della letteratura.

La quota dei soggetti puri nei tre servizi è oscillante tra il 15 e il 28% circa, questo vuol dire che stiamo confermando i dati che vi ho citato prima di circa il 70, l'80 per cento dei soggetti in carico effettivo ai servizi con problema di uso di eroina soggetti ad alta problematicità psichiatrica. Questi dati trovano riscontro anche nella divisione tra Asse Uno e Asse Due, abbiamo una media intorno al 30 per cento, tra il 30 e il 40%, di soggetti che hanno una diagnosi di Asse Uno con una prevalenza di disturbi dell'umore e disturbi affettivi e abbiamo un 50% di soggetti con una diagnosi di disturbi di personalità, anche questi con una prevalenza di cluster B, cioè di disturbo antisociale e di disturbi correlati alle difficoltà di controllo degli impulsi.

Più recentemente, il professor TEMPESTA, in una multicentrica nazionale fatta dai SERT, per un adattamento in italiano dell'Europa ASI, confermava su una popolazione di oltre una ventina di SERT nazionali gli stessi dati riferibili all'indagine preliminare: presenza di disturbi di asse Uno, 30 per cento, presenza di disturbi di asse Due, 50 per cento circa. Vedete come nel tempo vengono riprodotti sempre gli stessi dati.

Anche in relazione alle singole patologie, ai singoli disturbi, siamo sempre nella stessa direzione: disturbi dell'umore prevalenti nell'Asse Uno, cluster antisociale, cluster B, di personalità prevalente nell'Asse Due. I dati tendono non a modificarsi.

Nel corso degli ultimi anni, questo si riferisce a un'indagine fatta dal gruppo di Milano e presentata al Congresso internazionale di psichiatria biologica, abbiamo tentato di vedere se i servizi che avevano partecipato all'inchiesta avevano rilevato, uno in particolare ad alta stabilità geografica e ad alta stabilità di operatori, a distanza di cinque anni dalla prima inchiesta, su un centinaio di nuovi casi che erano afferiti ai servizi, che fosse cambiato qualcosa, perché probabilmente il discorso delle nuove droghe ci aveva stimolato a verificare se c'erano nuove tendenze, nuovi orientamenti anche in campo psicopatologico. In effetti, così non è stato nel senso che i dati degli anni '80 vengono sostanzialmente replicati anche a distanza di cinque anni, con piccole modificazioni. Vedete una riduzione delle sindromi di Asse Uno, una crescita di circa il 20% dei disturbi di personalità, una riduzione delle condizioni di comorbilità multipla. I dati sulle singole patologie, che qui sono scarsamente rilevanti dal punto di vista statistico, non ci indicano modificazioni di assetto dove i disturbi dell'umore rimangono prevalenti e dove tutt'al più si muove qualcosa in termini di maggiore carico assistenziale in relazione alle singole patologie.

I dati più interessanti sono inerenti alle modificazioni sull'Asse Due. C'è una crescita con un rapporto da uno a dieci nel cluster C, cioè quello ansioso depressivo, quello a minore severità psicopatologica dei disturbi di personalità, come vi dicevo prima. Questo è un indicatore collaterale che ci può dire come le maggiori facilità di accesso alle sostanze o un uso poli tossicomanico, un poli abuso delle sostanze, possano avvicinare a forme di disturbo, che poi richiedono un aggancio cronico e duraturo ai servizi, fasce di popolazione a minor severità psicopatologica, ma che come tali devono essere anche ipotizzate come una potenziale fascia di utenza che nel futuro potrebbe manifestare dei disturbi più gravi.

Abbiamo alcuni dati relativi all'applicazione dei criteri diagnostici alla pratica clinica. Questa è una parte dell'indagine predittiva sul fatto che la diagnosi potesse essere utilizzata per capire se un profilo diagnostico si associa più facilmente alla scelta di un trattamento. Questa è un'indagine che ora non potrebbe essere più fatta, forse per come funzionano i servizi; è stato possibile farla grazie alla collaborazione di una delle prime comunità terapeutiche italiane che ha lavorato su questo problema, CASCINA VERDE a Milano. Ci ha permesso di verificare l'andamento della selezione dei programmi, potremmo dire quasi in cieco, nel senso che l'utente aveva la possibilità di selezionare il tipo di trattamento che riteneva più idoneo nella sua condizione attuale, quello ambulatoriale o quello di comunità terapeutica, al di là dell'impiego delle sostanze farmacologiche che oggi guidano l'adesione generalmente ai servizi; inoltre ci ha dimostrato come alcuni disturbi indirizzano alla selezione di certi trattamenti e che ancora una volta il criterio pre-

dittivo è facilmente utilizzabile nella pratica privata, nella pratica dei singoli servizi per orientare meglio l'avvio a certi programmi. Vedete come i pazienti schizofrenici, in un rapporto di uno a due, privilegino i pacchetti ambulatoriali e quindi abbiano forte difficoltà a entrare in programmi residenziali, se questi non sono tarati su delle esigenze specifiche di funzionamento e di organizzazione del servizio per l'utenza squisitamente psichiatrica. Questo non avviene con i soggetti con disturbi dell'umore che invece in un rapporto di uno a dieci, specularmente, vanno soprattutto sui trattamenti di tipo residenziale e aderiscono scarsamente ai programmi di tipo ambulatoriale. Ancora un dato speculare, l'ho rovesciato, sui disturbi antisociali, che hanno una grossa difficoltà all'inserimento in programmi residenziali e, in un rapporto uno a due, tendono a privilegiare i programmi ambulatoriali.

Che cosa succede quando ci avviamo a verificare non più soltanto l'appetibilità dei programmi che noi abbiamo impostato, ma i risultati dei programmi stessi in ambito di trattamento? E quando lo facciamo sulla più grossa popolazione di soggetti in doppia diagnosi con la quale dobbiamo confrontarci, cioè i disturbi di personalità, che è quella che ci impegna in circa il 60 per cento dei casi, sull'utenza complessiva della ricerca milanese, di oltre 600 casi seguiti per dieci anni, e impegna la maggior parte delle risorse dei servizi. I dati sono abbastanza interessanti perché abbiamo un'indicazione abbastanza drammatica, direbbero gli anglosassoni, sulla rilevanza di alcuni trattamenti rispetto ad altri e non ci sono differenze di risultato in relazione alla gravità psichiatrica di tipo schizofrenico, psicotico in senso lato o inerenti ai disturbi dell'umore quando verifichiamo i risultati a distanza. Ci sono invece grosse differenze in funzione del trattamento erogato quando parliamo di disturbi di personalità. Se noi mettiamo a confronto i disturbi di personalità trattati in un ambito ambulatoriale e in un ambito residenziale, che non deve essere inteso come la comunità terapeutica in senso lato, ma può essere inteso come una fase di osservazione diagnostica di trattamento in ambito residenziale che sta all'interno di un pacchetto multi modale, dove molte risorse vengono giocate nel trattamento di questi soggetti, vedete che i risultati sono abbastanza drammatici. C'è un rapporto di uno a dieci nei successi completi a distanza di cinque anni, in soggetti con disturbo grave della personalità, che sono stati avviati a programmi di tipo ambulatoriale, hanno un bassissimo indice di successo, un quarto del recupero spontaneo dei tossicodipendenti non trattati e quindi vanno peggio dei soggetti che non hanno nessun tipo di trattamento e i risultati di questi soggetti avviati a una fase di residenzialità o a un programma di residenzialità robusto, hanno un rapporto di uno a dieci in termini di successi e quindi recuperano in oltre il 40% dei casi a distanza di cinque anni, quindi con un tasso di recupero rispetto ai tossicodipendenti non trattati del doppio, che è decisamente confortante visto che se la media dei risultati nell'ambito delle tossicodipendenze, anche se nessuno lo dice mai, è di circa il 15/20 per cento nei soggetti che non hanno trattamenti; purtroppo questo dato si raddoppia soltanto nei soggetti che hanno un trattamento e quindi oscilla intorno al 30 per cento. Il fatto di poter raggiungere delle quote percentuali che arrivano fino al 40 o anche sopra il 40, quasi alla metà dell'utenza, qualora si tratti di soggetti ad alta severità psichiatrica o a grave disturbo di personalità, è sicuramente un indice confortante sul fatto che la doppia diagnosi, la comorbilità non è una bolla che deve stigmatizzare i nostri utenti e deve portarli a una posizione di emarginazione nel tempo. Noi pessimisticamente siamo abituati a dire: "ma forse c'è poco da fare, forse li dobbiamo soltanto accompagnare nel tempo, in attesa che la storia naturale del disturbo faccia il suo corso", ma sono indicazioni queste invece che ci dicono come anche nei pazienti cosiddetti cronici, ad alta severità psichiatrica, ci siano molte risorse da impiegare e ci siano buone possibilità di trattamento.

Cito soltanto qualche cosa sulla controparte psichiatrica, cioè sui primi dati che stanno arrivando anche in Italia dall'epidemiologia dei disturbi dall'uso di sostanze nei pazienti che afferiscono ai servizi psichiatrici. Anche questi dati sono in linea con la letteratura italiana: quote tra il 20 e il 40% dei pazienti schizofrenici in carico ai servizi risultano

avere contattato, nel corso della vita, le sostanze e una quota di circa un terzo di costoro risulta essere portatore di un disturbo ormai definibile come cronico, nel senso dell'abuso e della dipendenza che influisce pesantemente sull'evoluzione della patologia schizofrenica e che è un forte fattore di rischio per una prognosi infausta nei trattamenti psichiatrici. Ma questa è un'altra storia e quando parleremo dei servizi psichiatrici forse avremo opportunità di rivederla.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Passo la parola alla dottoressa Amedea LO RUSSO, della ASL di Venezia, che parlerà di "Dipendenze e psichiatria: dallo scontro al confronto".»

Dott.ssa Amedea LO RUSSO:- «In sintonia con l'intervento che mi ha preceduto, pensavo di affrontare il discorso da un punto di vista un po' storico, su quello che è successo in questi vent'anni e più di esistenza dei servizi. Vedo che qua c'è moltissima gente, più del previsto forse, e ci fa piacere constatare che questo argomento sta suscitando molto interesse, quando per molti anni è stato misconosciuto e anzi, proprio un po' negato anche.
Avevo pensato di fare un breve excursus di quello che è successo in questi vent'anni e più di esistenza dei servizi per le tossicodipendenze nel rapporto con il mondo della psichiatria o con il sapere psichiatrico. Mi rendo anche conto che le considerazioni, le riflessioni che vi riporto, sono dettate dall'esperienza personale del lavoro in una regione, il Veneto, dove opero, che credo riproduca la situazione della maggioranza delle regioni in Italia, ma sicuramente invece si differenzia da quanto successo qui in Liguria per cui probabilmente molti colleghi liguri non si ritrovano esattamente con questa lettura o con queste considerazioni, perché so che voi avete fatto un po' il percorso opposto al nostro, cioè siete partiti da una situazione iniziale di integrazione tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze e siete arrivati dopo alla situazione nazionale di una autonomia dei servizi. Quello che è successo da noi è che si è partiti da una premessa di totale separazione fin dall'inizio e anzi, di difficoltà di dialogo.
In effetti, quello che è successo è che il rapporto tra servizi per le tossicodipendenze e istituzioni psichiatriche, per molti anni, è stato segnato da quello che chiamo un malinteso legislativo e che è stato utilizzato da entrambe le parti per rivendicare la propria autonomia organizzativa da parte dei SERT e il proprio diritto a non essere chiamati in causa da parte dei servizi psichiatrici. Penso che tutti sanno a che cosa mi riferisco quando parlo di malinteso legislativo, cioè il fatto che la prima legge del '75 cioè la 685, a un certo articolo, sanciva il divieto di ricovero dei tossicodipendenti negli ospedali psichiatrici, però parlava di ospedali psichiatrici e non di servizi psichiatrici e in quegli anni, cioè tre anni prima della riforma psichiatrica della legge 180, questi ospedali psichiatrici erano additati dall'opinione pubblica più sensibile alle problematiche sociali non più come luoghi di cura, ma come luoghi di segregazione; quindi era chiaramente un articolo di legge che tendeva a proteggere i giovani tossicodipendenti, cioè questi nuovi giovani pazienti o utenti dei servizi.
Comunque, nonostante la riforma psichiatrica del '78 abbia di fatto chiuso gli ospedali psichiatrici vietandone l'accesso a nuovi pazienti e quindi di fatto in qualche modo risolveva da sé il problema dell'eventuale ricovero dei tossicodipendenti in strutture che sopravvivevano ancora per alcuni anni soltanto per chi era già ricoverato e abbia di fatto creato le premesse per una riorganizzazione della psichiatria, che tenesse conto dell'evoluzione delle esigenze sociali, purtroppo però tale malinteso ha continuato a sopravvivere evidentemente per problematiche di vario tipo. Probabilmente erano il disorientamento e le difficoltà che investivano gli operatori della psichiatria in anni di radicali trasformazioni, le cose che hanno impedito una serena riflessione sulla componente psichiatrica insita nel repentino diffondersi della tossicodipendenza negli anni '70 e '80 e comunque il silenzio del mondo psichiatrico sul significato e sull'eziologia della nuova

patologia della dipendenza probabilmente ha avuto un grosso peso, proprio il peso dell'assenza per una contraddizione di termini, sullo sviluppo e sulla organizzazione dei servizi sia pubblici, sia privati, nati per affrontare l'assistenza e la cura della tossicodipendenza.

In questi anni gli operatori delle dipendenze hanno lavorato moltissimo e quasi sempre affrontando la complessità dei problemi con scarse forze operative e in assenza di linee direttive e spesso con l'entusiasmo e anche con l'ingenuità che caratterizza le situazioni pionieristiche.

Dopo più di vent'anni di esperienza pratica, possiamo guardarci indietro e fare delle riflessioni su quanto è avvenuto. Sul versante pubblico, in assenza di una consapevole programmazione dei servizi, dobbiamo anche riconoscere che i primi operatori che sono andati a lavorare con i tossicodipendenti erano spesso persone che guardavano con simpatia i loro pazienti. Se non c'era questa premessa non si andava a lavorare nelle tossicodipendenze, perché spesso i servizi hanno proprio raccolto quelle persone che accettavano di andare a lavorare e non c'erano direttive legislative o amministrative specifiche per definire anche le competenze o le professionalità di chi doveva andare a lavorare in questi servizi; erano persone che guardavano con simpatia i loro pazienti e che spesso, per simpatia, sono cadute nella collusione con la richiesta tossicomanica e con la pretesa auto cura del tossicodipendente.

Possiamo dire oggi che una più rapida capacità diagnostica rispetto alla struttura di personalità borderline, CLERICI ci ha spiegato tutte le varie sfumature che ci possono essere dietro a questo termine, una maggiore conoscenza di tutti i problemi inerenti all'angoscia di separazione, alla componente depressiva e a tutto quanto può sottendere al comportamento tossicomanico, avrebbero forse evitato la paralisi che si è creata inevitabilmente in molti servizi attorno spesso all'unica e acritica risposta con farmaci sostitutivi e questo è un dato che oggi possiamo riconoscere con tranquillità; purtroppo, per molti anni, i servizi si sono un po' arenati attorno a quest'unica risposta che probabilmente era anche un po' l'unica possibile con le forze che si avevano; una maggiore consapevolezza di tutti questi aspetti avrebbe permesso da subito invece una risposta più diversificata e più integrata tra strumenti farmacologici, psicoterapeutici, educativi e di assistenza sociale. Questo sul versante del pubblico. Dall'altro lato invece, sul versante del privato, si diffondeva con estrema velocità e successo la risposta residenziale di tipo educativo delle comunità terapeutiche. L'opinione pubblica allora era in cerca di certezze tranquillizzanti e il dibattito era monopolizzato da chi poteva trasmettere certezze. Da un lato, le speranze venivano riposte in un farmaco sostitutivo, nel pubblico, dall'altro su un intervento rieducativo di tipo salvifico, le comunità terapeutiche. Per molti anni c'è stato poco spazio per una riflessione seria e pacata sulla complessità del problema e sui limiti delle illusorie risposte totali. L'assenza del sapere psichiatrico nel dibattito sul che fare di fronte alla tossicodipendenza ha indubbiamente contribuito al crearsi di una inconsapevole scissione nell'organizzazione dei servizi.

Riassumo brevemente i tre livelli di scissione che mi sono venuti in mente scrivendo questi appunti. Una scissione mente/corpo, nel senso che della tossicodipendenza veniva presa in considerazione quasi esclusivamente la dipendenza fisica, enfatizzando l'attenzione sulla sintomatologia fisica della crisi d'astinenza, misconoscendo la condizione mentale di dipendenza che tende comunque a spostare la dipendenza dalle figure parentali alle sostanze psicotrope. Un'altra scissione che si veniva a creare era quella pubblico/privato. Per anni, ognuno si è sentito portatore di una verità vissuta spesso in opposizione all'altra, invece di costruire un'idea integrata di percorso terapeutico inteso secondo quella felice espressione di OLIVENSTEIN, di catena terapeutica. Bisogna anche dire che a una soddisfacente integrazione si è comunque arrivati oggi in molte realtà e, sicuramente nella realtà del Veneto in cui lavoro, oggi non possiamo più dire che c'è questa scissione pubblico/privato, perché c'è una soddisfacente integrazione, una buona intesa.

Un'altra scissione è appunto argomento più specifico di questa sessione, è quella tra servizi psichiatrici e servizi per le tossicodipendenze nel senso che, mentre la riforma psichiatrica tendeva a ridurre al minimo la possibilità di accoglienze residenziali per i malati di mente, l'intervento per la tossicodipendenza sottolineava l'importanza e spesso la necessità di programmi comunitari, secondo l'idea che solo l'allontanamento del soggetto dal contesto sociale deviante potesse rieducarlo e salvarlo. Quindi voi capite che erano veramente due logiche opposte. Si accettava così acriticamente una logica con due pesi e due misure, nel senso che una famiglia con un figlio tossicodipendente era incoraggiata a cercare per lui un'accoglienza in comunità terapeutica per uno, due, tre anni, a volte anche di più, in strutture tipo SAN PATRIGNANO, ma quella con un figlio alcolizzato o con un figlio psicotico, non poteva trovare la possibilità di un ricovero neanche per qualche giorno o qualche settimana e questo andava avanti parallelamente senza che nessuno, o quasi, si accorgesse di questa dicotomia, di questa contraddizione.

Saranno proprio le considerazioni che si svilupperanno dall'esperienza diretta degli operatori sia nelle comunità terapeutiche, sia nei SERT che permetteranno di capire che, in molti casi, dietro alla sintomatologia tossicomanica si nasconde una psicopatologia borderline, che spesso non rende molto dissimili le problematiche e la prognosi di un paziente tossicodipendente, di un paziente alcolista o un paziente depresso o portatore di altra sintomatologia tradizionalmente di competenza psichiatrica. E' stato soprattutto importante potere osservare i pazienti in condizioni di drug - free durante i periodi di accoglienza in comunità terapeutiche, per poter individuare i disturbi di personalità che, nella maggioranza dei casi, costituiscono il terreno favorevole all'instaurarsi di un comportamento tossicomanico, come del resto ha ben spiegato CLERICI prima.

In vent'anni di esperienza nei SERT e nelle comunità terapeutiche si sono confrontate chiavi di lettura molto diverse. Ho cercato di riassumerle in tre formule. Di volta in volta, la tossicodipendenza è stata definita in maniera diversa. Una prima definizione è stata che la tossicodipendenza è una malattia cronica recidivante su base organicistico - genetica, in cui la sintomatologia psichiatrica viene considerata secondaria all'effetto psicotropo delle sostanze d'abuso. Questa ipotesi giustifica in un qualche modo l'uso indiscriminato e a lungo termine di sostanze sostitutive, in una logica che, secondo uno slogan corrente, a me non piacciono per niente gli slogan ma oggi anche in questa Conferenza si sono continuati a sentire, era quella di riduzione del danno, che considera gli interventi psicologico - educativi utili ma non indispensabili, di supporto alle terapie farmacologiche, ma senza un'autonoma finalità psicoterapeutica. Altra concezione è stata che la tossicodipendenza è un disturbo del comportamento, indotto dalla presenza del mercato illegale di sostanze psicotrope o da fattori culturali che favoriscono il ricorso a sostanze ricreazionali che siano euforizzanti o disinibenti o sedative, sostanze che migliorano il benessere psicofisico. Questa ipotesi, questa chiave di lettura considera utile, in alcuni casi necessaria a una terapia farmacologica di disintossicazione a breve o medio termine, sottolinea soprattutto la grande utilità di programmi educativi, ambulatoriali o residenziali, finalizzati a contrastare la tendenza imitativa verso modelli trasgressivi.

Terza definizione, e questa è quella che mi sembra più pertinente alla sessione di oggi e mi sembra confermata dall'interesse che essa sta suscitando, è che la tossicodipendenza è una sintomatologia secondaria a disturbi psicopatologici primari di diversa gravità. Questa ipotesi considera necessario un approfondimento diagnostico psichiatrico e una valutazione delle dinamiche psichiche, sia individuali, sia relazionali al fine di individuare l'intervento terapeutico elettivo che sarà comunque un intervento complesso e articolato tra l'uso di psicofarmaci e/o di farmaci sostitutivi, un intervento psicoterapeutico che potrà essere di volta in volta individuale, familiare, gruppale, di inserimento in strutture comunitarie, con programmi riabilitativi in tempio medio/lunghi. In tale ottica, poiché il disturbo psichiatrico, quando è coperto dagli effetti di sostanze psicotrope, è di difficile individuazione e la diagnosi è necessariamente fatta in tempi lunghi di osservazio-

ne, diventa un grave errore adottare precocemente una logica di riduzione del danno, perché si rischia di cronicizzare una patologia che in una certa misura può evolvere ed essere superata. Nondimeno, nel caso che il paziente, dopo anni, si cronicizzi in una condizione di tossicodipendenza protratta, però questo non lo possiamo mai decidere subito, sarà necessario allora adottare tutti gli strumenti terapeutici adatti al contenimento della patologia cronica, tra cui psicofarmaci e farmaci sostitutivi a mantenimento. Però una cosa è usare questi farmaci nella logica e con l'obiettivo di gestire la cronicità della patologia, altra cosa è usare questi provvedimenti farmacologici da subito, già nella fase di accoglienza e prima di un'adeguata valutazione.
Di fronte alla ricca esperienza degli operatori dei SERT e delle comunità terapeutiche, alla letteratura specialistica che si va via via arricchendo di nuove pubblicazioni e al proliferare di convegni sul tema della comorbilità psichiatrica nella tossicodipendenza, oggi è difficile non ritenere necessario il confronto tra il sapere psichiatrico e il sapere del variegato mondo della tossicodipendenza.
E' comprensibile che chi opera nelle istituzioni psichiatriche sia spaventato dalla preoccupazione che aprire il confronto abbia come conseguenza un aumento della domanda di presa in carico del tossicodipendente da parte di strutture che sono già ridotte ai minimi termini, anche per far fronte alla patologia storicamente di competenza psichiatrica.
Ma non è questo, credo, che ormai nessuno di noi si aspetta, ci attendiamo più che altro un confronto di saperi, un confrontarci sul che fare, con un atteggiamento di libertà mentale. Dove prevale una serena disponibilità all'approfondimento scientifico del problema, il confronto diventa possibile e anche produttivo; posso portare una testimonianza di ciò che sta avvenendo nel Veneto, dove si è formato un gruppo di lavoro tra psichiatri dei SERT e psichiatri della psichiatria all'interno della sezione veneta della SIP, cioè la PSIVE. Sono stati effettuati periodici incontri, negli ultimi due anni, di questi gruppi di discussione centrati sulla qualità della reciproca relazione operativa e sulle modalità di interazione nei casi con problematiche sovrapponibili.
Questo lavoro, portato avanti inizialmente da un gruppo ristretto, è stato propedeutico all'organizzazione di una giornata di studio regionale strettamente operativa, sul tema Psichiatria e Dipendenze, problemi e prospettive di una relazione, nel maggio 2000, a cui ha partecipato anche CLERICI come relatore.
L'importanza di questa iniziativa è il fatto che sia stata organizzata dalla PSIVE, cioè dalla sezione della Società di Psichiatria, non dagli operatori delle tossicodipendenze, cioè già da questo gruppo integrato.
E' stata in effetti un'occasione di discussione vivace tra le diverse e numerose realtà presenti, in cui sono emersi aspetti di reciproca curiosità e diffidenza, ma anche possibilità di confronto e di integrazione nella ricerca di un agire per l'approccio e la cura di pazienti affetti da disturbi mentale, al di là delle rigide divisioni di competenza.
La sensazione, e qua concludo, è che stiamo entrando in una nuova fase di approccio alle tossicodipendenze, una fase di maggiore integrazione tra pubblico e privato, tra il sapere psichiatrico e il variegato sapere delle farmaco - tossicodipendenze e tra sociale e sanitario. Un approccio più integrato andrà a tutto beneficio dei pazienti, che sempre di più potranno essere accolti come persone dai bisogni complessi e non solo come tossicodipendenti.
Allargare il campo del sapere apre anche a nuove speranze di cambiamento e di superamento della problematica tossicomanica, sicuramente nella misura in cui alcuni operatori dei SERT possono avvalersi anche di una specifica formazione psichiatrica e psicoterapeutica e riescono a stabilire una relazione terapeutica più ricca e capace di addentrarsi nella complessità delle dinamiche intrapsichiche e transferali.
Ciò permette di superare una logica di mera riduzione del danno nell'approccio alla tossicodipendenza, che spesso sembra essere stata adottata per superare un senso di impotenza frustrante da parte di operatori che, in apparenza complici e alleati della richiesta tossicomanica, in realtà contribuiscono a favorire una cronicizzazione non sempre ine-

vitabile.
Naturalmente, dicendo questo voglio fare dei distinguo, perché secondo me c'è una discrepanza, tra lo slogan che sicuramente è riduttivo e che spesso è stato utilizzato male, nel senso che è stato utilizzato come un dare comunque qualcosa a pazienti che venivano considerati irrecuperabili, e un concetto invece più allargato, più articolato di riduzione del danno che, come è stato spiegato in molte relazioni di ieri e in questo senso allora mi troverei d'accordo ma purtroppo gli slogan sono sempre riduttivi, sia un messaggio positivo a un'utenza che deve essere agganciata.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Vi annuncio che abbiamo a disposizione una sala grande, di 140 posti, dalle tre del pomeriggio. Dovrebbero essere pubblicati gli atti e quindi aspettiamo istruzioni per quanto concerne la consegna delle relazioni alle varie sessioni. Comunque, chi partecipa e ha la relazione ufficiale, dovrebbe avere un testo della stessa. Il secondo intervento è del dottor Pier Giorgio SEMBOLONI, del Dipartimento delle tossicodipendenze della ASL di Genova e parlerà di "Comorbilità psichiatrica: punto di arrivo o punto di partenza di un sistema integrato di interventi?"»

Dott. Pier Giorgio SEMBOLONI:- «Idealmente ci diamo il cambio con Amedea LO RUSSO, che aveva introdotto un po' un tema più generale e anche storico. Appartengo, da una parte, a quei servizi nella regione Liguria che lei ha citato, che sono nati da servizi psichiatrici; non solo, posso dire anche che faccio parte di quei dinosauri che hanno avuto la ventura, in epoca precedente alla riforma psichiatrica, di vedere tossicodipendenti in ospedale psichiatrico e addirittura di utilizzare il metadone per via iniettoria in ospedale psichiatrico. Dall'altra parte, la mia relazione, che un po' provocatoriamente ha questo titolo di "punto di arrivo o punto di partenza", si divide in due parti. Una parte di carattere più generale che riguarda il SERT e una parte più specifica, di proposte.
Ho lavorato per quasi vent'anni nei servizi di salute mentale e in questa veste ho partecipato in prima persona alla sofferta nascita dei SERT, dei servizi per le tossicodipendenze, avvenuta in Liguria, come in altre regioni, attraverso un processo riproduttivo per gemmazione, subìto come inevitabile da operatori, che spesso si sono sentiti scaricati insieme alla loro difficile e rumorosa clientela dal servizio di appartenenza. Debbo aggiungere, a onor del vero, che ci sono stati anche molti casi di operatori, e il sottoscritto è uno di questi, che hanno scelto di seguire un progetto terapeutico o una tipologia di paziente con il quale avevano definito una buona relazione. La maggioranza, tuttavia, viveva come un'area di scarso prestigio, come una psichiatria di seconda scelta, il lavoro con i tossicodipendenti. Forse questo ha a che vedere con quella caratteristica insita nella relazione terapeutica tra il tossicodipendente e il suo curante, rappresentata in termini di mito da Romolo ROSSI, psichiatra e psicoanalista genovese che tra i primi, negli anni '70, mise in opera un tentativo di intervento terapeutico con i tossicodipendenti. Il mito a cui ci si riferisce, come metafora, è quello della Medea di Euripide che, con il dono della sua veste avvelenata, avvolge in un comune destino Creusa e Creonte, il padre che cerca di salvarla liberandola dalla veste. Spesso l'operatore delle tossicodipendenze è stato visto come un tutt'uno con il suo paziente. Basti pensare all'esperienza, credo comune a molti di noi, di quando, cercando un ricovero in ospedale, ci siamo sentiti trattare dai colleghi ospedalieri alla stregua di un parente. Questo era anche, in molti casi, il rapporto della psichiatria con i suoi psichiatri e operatori delle tossicodipendenze. E' anche vero che questa rappresentazione è il risultato di anni di accanimento terapeutico secondo un modello lineare e riduzionista, che ha visto individuare il tossicodipendente come un corpo da purificare dai veleni introdotti o come una mente da liberare da quello che, secondo categorie psichiatriche ottocentesche, si potrebbe definire un disturbo morale. Guardando con gli occhi di oggi, verrebbe da dire che forse anche nei servizi psichiatrici nei confronti di quel paziente così insistentemente "vuoto" prevalesse una lettura morale più che una lettura clinica e che la sofferenza psichica del

tossicodipendente, spesso manifestata attraverso esplicitazioni comportamentali, accanto alla drammaticità delle angosce dello schizofrenico, provocasse più irritazione che curiosità clinica.
In altre regioni si sono costruiti i SERT a partire da altri nuclei nati originariamente per trattare soprattutto in maniera farmacologica i tossicodipendenti, i NOT, i SAT eccetera. La storia e la professionalità di questi servizi era dunque soprattutto di tipo internistico; poi ci sono stati i concorsi in cui non coincidevano mai le esperienze formative degli uni e degli altri, con la grossa ambiguità anche della definizione di farmaco - tossicodipendenze come caratteristica in cui noi ci dovremmo identificare. Questo ha contribuito anche a creare, secondo me, una specie di mosaico genetico del SERT a livello nazionale. I servizi per le tossicodipendenze sono nati, più che da una proposta culturale condivisa, da una necessità organizzativa funzionale all'emergenza di un problema del quale i servizi esistenti non volevano o non potevano farsi carico, anche perché impegnati su altri fronti in quel momento. D'altra parte, l'attenzione, monopolizzata dal dualismo metadone/comunità, spesso contribuiva a distogliere il dibattito dalla clinica. Quello che sembra incredibile è il fatto che, dopo tanti anni di esperienza, sopravvivano ancora come temi centrali della discussione sia il superamento della lettura morale, sia il dualismo metadone/comunità. Anche il generico accreditamento delle tossicodipendenze come problema esclusivamente sociale, in contrapposizione con l'altrettanto rigida e riduttiva definizione come malattia organica, poco ha contribuito all'identificazione e all'approfondimento del contesto di ricerca. In ogni caso, sia che abbia prevalso l'idea più medica di disintossicazione o di contenimento del sintomo attraverso farmaci sostitutivi e antagonisti, sia quella più pedagogica di rieducazione, l'approccio che ne è derivato è stato il più delle volte quello di tipo meccanicistico. In nome di questo principio e con scarsa attenzione al contesto e ai sistemi coinvolti nella genesi ed evoluzione di questa patologia, spesso il tossicodipendente è stato disintossicato a ripetizione, mandato in comunità di ogni tipo fino alla conclusione, da parte degli operatori, stremati ogni volta che c'era una ricaduta, che in quel caso non c'era nulla da fare.
Tutto ciò è dunque sufficiente a spiegarci la depressione e il rigetto determinato in molti curanti pubblici e privati, professionali e volontari, da parte di questi pazienti.
Pur tuttavia, riguardo al tema dell'incurabilità, ci sono specialità e malattie, quelle genetiche, quelle oncologiche, quelle croniche invalidanti, sino all'AIDS, nelle quali gli insuccessi non sono stati da meno, senza che per questo si rinunciasse al tentativo di fare ipotesi, ricercare, tentare di spiegare il fenomeno in termini clinici attraverso modelli complessi e mai completi sino ad oggi, ma capaci, per il solo fatto di essere stati ipotizzati, di dare un'identità professionale e una rappresentazione sociale scientificamente accettabile e quindi in grado di proteggere l'autostima di chi operava, indipendentemente dall'impotenza terapeutica manifestata in molti casi.
Gli effetti collaterali della chemioterapia come i problemi di certi interventi chirurgici complessi, mutilanti e a volte non risolutivi, non sono stati enfatizzati rispetto ai possibili benefici e lo status e la dignità di curante sia per quanto riguarda la cure che la care è stato salvaguardato, contribuendo al mantenimento di una buona immagine professionale, almeno sino al caso DI BELLA. Infatti, in quella occasione, una categoria professionale come quella degli oncologi, in primo piano dal punto di vista scientifico, si è trovata a vedere messa in discussione la propria immagine, la propria funzione e a vedere proporre in maniera distorta il proprio modo di curare e la propria efficacia terapeutica. Gli oncologi, prescrittori di velenose chemioterapie, come i medici dei tossicodipendenti, prescrittori di velenosissimo metadone. In qualche modo, una parte di opinione pubblica, infischiandosene delle metodologie di validazione della ricerca, ha rifiutato l'incurabilità e condannato certe terapie utilizzate, scambiando la parte per il tutto e connotando come necessariamente perdente o dannosa la terapia ufficiale nei confronti di quella miracolosa prescritta caso per caso dal professor DI BELLA. Certe manifestazioni contro l'oncologia ufficiale mi hanno ricordato, per intensità emotiva e negazione della razio-

nalità da parte dei partecipanti, analoghe manifestazioni verificatesi contro i SERT e allo stesso tempo gli entusiasmi presto svaniti nei confronti del miracoloso metodo UROD.
Credo dunque che, pur nell'evidente differenza e specificità, ci sia qualcosa di comune in tutto ciò. Prima di tutto, il rifiuto dell'idea di incurabilità da parte di chiunque soffra. Mi ricordo le parole di una madre riguardo al figlio tossicodipendente, da anni in trattamento metadonico, dopo vari tentativi in comunità, che diceva: "ma qualcosa ci deve essere per risolvere il problema, lo dicono anche in televisione che volendo si può". Subito dopo questo punto, metterò però il rischio che in entrambi gli esempi citati, oncologia e tossicodipendenze, prevalga nella gente l'idea di un sistema di cura ufficiale che faccia più affidamento sulla sperimentata routine che sulla presa in carico clinica del singolo caso nella sua unicità, complessità e negli aspetti relazionali che ne derivano.
Il problema è quello di trasformare la ripetitività dei comportamenti sintomatologici in informazione interpretabile clinicamente secondo teorie, approcci e metodologie scientifiche in grado di stimolare la curiosità, la voglia di imparare e la disponibilità a cambiare del curante, ma allo stesso tempo di trasformare la ripetitività dei gesti terapeutici da direttiva e lineare, a interattiva e flessibile riguardo alle persone, ai modelli e ai pregiudizi. Infatti, se nulla di scientifico può avere la criminalizzazione di strumenti terapeutici farmacologici, efficaci in molti casi per stabilizzare il tossicodipendente, è altrettanto vero che la clinica delle tossicodipendenze non può ridursi a un mero confronto di prescrizioni farmacologiche tra sostitutivi e antagonisti, all'interno di una dialettica a volte gestita dalla case farmaceutiche che sembra prendere sempre meno in considerazione la possibilità della guarigione.
A noi pare più completa e attuale una visione epistemologica tesa a considerare le tossicodipendenze o probabilmente le dipendenze in generale, più che come una malattia organica o un generico disagio come un comportamento sintomatico rivelatore di una sofferenza complessa, alla cui espressività contribuiscono fattori diversi e risposte diverse nel tempo, a seconda della fase, del momento e del contesto in cui sottoponiamo il fenomeno clinico all'indagine. In questo senso, le integrazioni che si possono trovare tra il contesto ambientale di nascita e sviluppo del problema, il processo dello sviluppo affettivo e relazionale del futuro paziente e le reazioni neuro recettoriali, comportamentali ed eventualmente psicopatologiche, una volta instaurata la dipendenza, ci pare che siano elementi dai quali non si può prescindere per una valutazione completa di un fenomeno così complesso.
Questa possibilità di ascolto, interazione e consapevolezza della parzialità e allo stesso tempo dell'originalità del campo di intervento di ognuno di noi rispetto alla complessità del problema, credo che possa essere la premessa indispensabile alla costruzione di un modello clinico delle tossicodipendenze svincolato dalle ideologie e dalle dipendenze culturali e commerciali e uno stimolo alla realizzazione di un'identità professionale più adeguata e soddisfacente.
In questo contesto generale, il tema della comorbilità, che ci viene posto dagli studi epidemiologici di oggi non più come un'eccezione da delegare, ma piuttosto come un'aspettativa da riconoscere, trattare, gestire, si riporta all'unitarietà della sofferenza del tossicodipendente visto, oltre che come persona, come paziente nella sua accezione clinica e scientifica.
Il fatto dunque che una certa proporzione di tossicodipendenti sia vista come portatrice di una sofferenza psicologica particolare, che in una percentuale di casi assume forme cliniche ben definite che possono essere preesistenti, concomitanti o successive alla stessa tossicodipendenza, non può che riportarci, come punto di partenza, al primato della clinica su ogni altra considerazione ideologica. L'attenzione posta su questo tema dagli studi pubblicati e anche dallo spazio dedicato nei convegni scientifici ha fatto sì, che dopo due decenni di separazione tra tossicodipendenza e psichiatria, tornasse l'attenzione alla sofferenza psichica che, sia a monte che a valle del problema dipendenze, complica in maniera importante prognosi e trattamento.

Quest'attenzione non è solo legata agli studi pubblicati, ma anche alla percezione diaria di chi lavora su questi temi riguardo ad aspetti della clinica, aspetti socio - culturali e dell'organizzazione.
Si può infatti citare l'altrettanto utilizzato termine di doppia diagnosi per alludere non solo alla presenza di due condizioni psicopatologiche, ma anche per riferirsi al problema doppio che sottolinea il vissuto degli operatori, che incontrano spesso difficoltà aggiuntive rispetto al trattamento dei pazienti e al difficile rapporto con i colleghi e con le strutture che non accettano o che non sono in grado di prendere in carico questo tipo di problemi.
Concordo quindi con RIGLIANO quando afferma che non si tratta di giustapporre una patologia all'altra, ma, al contrario, di dotarsi di una epistemologia e di un sapere clinico adeguati che consentano di ripercorrere la storia delle interrelazioni tra una precisa sostanza e una persona che vive ed esperisce significati di sofferenza, che possono esprimersi in forme clinicamente rilevabili e psichiatricamente definibili secondo gli strumenti ufficiali di inquadramento diagnostico, tipo DSM 4, che rappresentano però solo un primo livello utile ma superficiale di descrizione e di analisi.
Il tema della comorbilità si presenta dunque come una sfida da cui ripartire per una proposta di trattamento integrato delle tossicodipendenze che comincia dalla diagnosi vista come la costruzione di una rete di connessioni tra le dinamiche che legano quella persona con la sua storia, le sue relazioni e le attribuzioni di significato all'uso della sostanza.
Presenterò quindi una serie di considerazioni su un percorso terapeutico emerse in parte anche dal gruppo di lavoro della comorbilità della Regione Liguria e credo che per noi sia un fatto nuovo aver lavorato per sei mesi tra operatori del SERT e del privato sociale su vari temi tra cui anche questo, in maniera concreta, operativa, raggiungendo anche delle conclusioni condivise.
Un primo punto è il problema della diagnosi psichiatrica e qui non posso che citare CLERICI che dice che va generalmente affrontato come un problema complesso, dinamico, frequentemente revisionabile. E' necessario cioè prendere in considerazione quanto psicopatologicamente e clinicamente risulta significativo sul lungo periodo, nella fase precedente la tossicodipendenza e in quella successiva. Una diagnosi di comorbilità pertanto non può basarsi su fugaci esperienze di contatto, ma richiede un'osservazione clinica adeguata, attenta e continuata. Inoltre va opportunamente contestualizzata, cioè tradotta in termini accessibili a tutti gli operatori in modo che tutti possano utilizzarla per la cura. Ne consegue che se la definizione della diagnosi non può tecnicamente coinvolgere operatori di tutte le professionalità; appare tuttavia fondamentale però che ne condividano consapevolmente la pregnanza psicopatologica e sia quindi definito come processo diagnostico un percorso basato sulla storia della persona all'interno del suo contesto, l'anamnesi clinica, la valutazione del terapeuta, del gruppo curante l'eventuale psicometrica.
Gli obiettivi di questo processo si possono identificare attraverso alcuni punti di lettura complementari: a) definizione delle dinamiche interiori del soggetto; b) discriminazione di diagnosi multiple secondo gli strumenti ufficiali di inquadramento DSM 4 eccetera; c) analisi della relazione tra persona e sostanza, cioè dell'interrelazione tra le dinamiche della patologia psichiatrica e la funzionalità tossicomanica, diagnosi dei significati; d) contestualizzazione del disturbo del soggetto nel suo ambiente familiare cioè diagnosi sistemica.
Torniamo dunque alla necessità di inquadramenti diagnostici che consentano di definire il tipo di problema, orientando gli interventi attraverso una relazione strutturata tra servizi tossicodipendenze e comunità, lasciando un successivo spazio all'osservazione del paziente senza interferenze delle droghe e considerando le conseguenze di un contesto che comunque risulta modificato rispetto a quello di provenienza, della famiglia di origine, senza la comprensione del quale anche la diagnosi rischia di rimanere un'infor-

mazione statica e parziale.
Avrei alcuni punti ancora, se mi si consente. Uno è più generale: è evidente come di fronte alla complessità di questa patologia, la sfida per quanti si rendano disponibili a una presa in carico del problema, riguardi un duplice livello: a) quello delle competenze, che significa professionalità e stabilità emotiva, formazione e supervisione per chi si assume la responsabilità di accogliere questo tipo di domanda; b) quello dell'organizzazione, che significa capacità di coordinamento tra le diverse agenzie che si trovano a interagire durante le diverse fasi del percorso terapeutico e naturalmente risorse adeguate.
Questo percorso terapeutico spesso richiede connessioni di interventi piuttosto che successione di interventi.
Mi limito a questo punto a elencare i titoli degli altri punti, visto che non c'è il tempo. Un punto riguarda i trattamenti e quindi la necessità dell'integrazione e della costituzione di un Tavolo di lavoro a cui partecipino tutti, compresi i servizi psichiatrici territoriali o ospedalieri; un altro punto riguarda l'intervento farmacologico e la necessità della continuità del trattamento farmacologico anche nelle situazioni residenziali e di comunità; un altro è quello dell'intervento familiare inteso nella duplice accezione cioè come indagine, intervista, trattamento terapeutico, ma anche come sostegno e come gruppi eventualmente di auto aiuto; un altro, quello dell'accompagnamento sociale e quindi anche della messa in opera di progetti di inserimento specifici per questo tipo di pazienti; un altro è quello di una valutazione che non si limiti soltanto a dire "ha smesso o non ha smesso di prendere il metadone o l'eroina", ma valuti anche i parametri psichiatrici tipo gli acting out e le ospedalizzazioni; un altro sulla residenzialità, c'è stato un approfondimento su questo, in Liguria prevalgono residenzialità di tipo misto, credo che questo sia un grosso tema su cui dobbiamo ragionare, se questa è la strada, se ci possono essere a fianco di questa anche altre strade specifiche e di quello che significa dal punto di vista economico il tipo di scelta che vogliamo percorrere perché evidentemente dobbiamo parlare anche di questi aspetti.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Noto con grossa sorpresa e con piacere che esistono dei documenti, esiste un lavoro fatto, per esempio a livello regionale, di discussione sui problemi della comorbilità che non è soltanto una discussione teorica ma è anche una discussione, un lavoro, una meditazione sull'organizzazione del lavoro clinico.
Tutto questo materiale purtroppo non circola, non raggiunge la massa critica degli operatori e soprattutto non raggiunge le sedi dove si decide e dove in qualche modo si condizionano le scelte di policy, se non politiche. Allora, se esistono tali documenti, questa è la sede per tirarli fuori, eventualmente per sistematizzati, per poterli inserire nel documento della Conferenza e quindi è un patrimonio che assolutamente non deve essere disperso. Allora, se nel corso della sessione ci sono dei materiali che rappresentano questo lavoro di approfondimento, soprattutto a livello regionale, per favore tiriamoli fuori.»

Dott. Pier Giorgio SEMBOLONI:- «Presso lo stand della Regione Liguria, c'è il documento dove ci sono tutti i gruppi di lavoro e la sintesi dei risultati raggiunti da questi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Passo la parola adesso ad Achille SALETTI, presidente delle Comunità SAMAN e parlerà del tema "Verso una integrazione e riformulazione dei servizi nella comorbilità psichiatrica".»

Dott. Achille SALETTI:- «In effetti non mi presento come dinosauro, ma come brontosauro, in un'accezione più simpatica, nel senso come brontolone, perché anche noi nelle comunità abbiamo avuto delle difficoltà e credo che il DAS abbia invitato un rappresentante di una comunità o gli interventi residenziali proprio per cercare di enucleare quali possono essere le nostre difficoltà all'interno degli interventi residenziali.
Peraltro, quello che ha detto TEMPESTA rispetto al far girare dei documenti mi sembra

molto interessante. Insieme a ITACA, SAMAN ha organizzato un convegno in cui c'era anche un intervento di Massimo CLERICI e la pubblicazione di questi atti ormai credo sarà prossima. Sarà nostra cura, se poi ci darà anche l'indirizzario di chi si è iscritto al gruppo di lavoro, alla commissione sulla doppia diagnosi, faremo avere il libretto degli atti del convegno. Devo anche dire però che, rispetto all'intervento dei due relatori, la dottoressa LO RUSSO e il dottor SEMBOLONI, che mi hanno preceduto, noi non abbiamo una visione così rosea rispetto all'effettiva integrazione tra pubblico e privato sociale. Non lavoriamo in Veneto e Liguria, lavoriamo in molte altre regioni, in cui però lo stato di avanzamento della riflessione sulla doppia diagnosi non è così evidentemente avanzato.

Magari dirò anche delle banalità, ma sono banalità che però vanno affermate in anni di lotta alla droga, a un sistema delle tossicodipendenze che ha fatto della parola integrazione una sorta di passe par tout che va bene per tutto. A me sembra che, al di là del dibattito in convegni locali, nazionali, in cui si parla sempre di intervento integrato, la realtà, la pratica quotidiana di tutti i giorni sia molto meno lusinghiera e questo peraltro ha avuto un suo impatto relativamente importante rispetto alla tossicodipendenza tradizionale. Esiste un quid, nei percorsi di affrancamento dalle sostanze stupefacenti dei nostri ragazzi, che fa sì che noi certe volte riteniamo che un ragazzo avrà un percorso splendido e non avrà alcun tipo di problema - e quindi vediamo il superamento dei problemi e poi c'è il tonfo - e riteniamo invece che alcuni ragazzi non avranno alcun tipo di percorso splendido e invece poi c'è una valutazione favorevole dell'esito del trattamento. C'è un qualcosa che ci sfugge e, se questo quid comunque può anche stare all'interno della tossicodipendenza tradizionale, ritengo che ci sia un imbarbarimento dei fenomeni legati alla tossicomania, che non sono solo quelli della doppia diagnosi, ma sono anche dovuti a situazioni personali particolarmente gravi, alla marginalità grave, alle situazioni che ormai si presentano ai nostri servizi in cui c'è il padre e il figlio che assumono sostanze stupefacenti o c'è il figlio che accompagna il padre. Credo che, di fronte a una complessità di queste situazioni, la parola integrazione debba poi tradursi anche nella pratica quotidiana degli atti e dei fatti, in un'integrazione vera. Sicuramente, la parola integrazione deve essere vera e concreta e reale rispetto alla doppia diagnosi.

Sicuramente, rispetto alla sofferenza psichiatrica, perché noi come comunità terapeutica, come interventi residenziali, ci rendiamo conto che possiamo rappresentare solo un piccolo segmento all'interno di un iter terapeutico molto più complesso, la cui somma di segmenti dovrebbe in realtà indicare una presa in carico che deve essere il più possibile globale, ritengo, questo è stato detto in parecchi convegni, che essa sia unitaria, è unica e quello che noi abbiamo messo in piedi oggi come sistema di governo della tossicodipendenza applicata alla doppia diagnosi invece è un insieme di interventi segmentati e parcellizzati tra di loro; su questo forse vale la pena di spendere una riflessione e una parola.

La dottoressa LO RUSSO, nel suo excursus storico, prima ce ne ha parlato rispetto ai dipartimenti di psichiatria e ai neo costituendi dipartimenti di tossicodipendenza; ha detto, al di là degli esempi regionali prima citati, che, nella maggior parte delle Regioni italiane, questi dipartimenti non si parlano assolutamente tra di loro. E' anche vero che negli ultimi tempi, mi viene in mente l'esempio della Regione Emilia Romagna, c'è stato un tentativo di fare interloquire i singoli assessorati alle Politiche sociali con l'Assessorato alla Sanità, per trovare un Protocollo vero di intesa, un qualcosa di scritto che riesca ad ancorare i medici e gli operatori dei servizi. Va anche detto che la Regione Lombardia sta istituendo dei gruppi di lavoro all'interno di un piano socio - assistenziale che sarà licenziato a breve, si è auspicato che questi protocolli di intervento tra dipartimento di psichiatria e dipartimento delle tossicodipendenze vengano poi resi operativi, però siamo sempre a livelli esclusivamente di auspici.

La realtà di tutti i giorni, oggi, è molto più grossolana e molto più brutale, è la realtà per

cui il paziente viene sballottato anche tra un servizio e l'altro e in realtà c'è una rincorsa a non assumersi la responsabilità rispetto a questa persona. Saranno anche problemi amministrativi, però sta di fatto che alla fine il paziente arriva anche da noi. Come inserire all'interno di questa riflessione quello che può essere l'apporto della comunità terapeutica?

A me piacerebbe peraltro iniziare a parlare più di apporto di interventi residenziali che di comunità terapeutica. Per la storia delle nostre comunità terapeutiche, abbiamo sempre sviluppato prevalentemente interventi residenziali o semi residenziali e raramente ambulatoriali.

Credo che un ripensamento da parte di noi comunità terapeutiche vada fatto, ed è un ripensamento che, applicato alla doppia diagnosi, deve essere, o quantomeno concretizzarsi, anche in un passo indietro. La doppia diagnosi ci pone un problema basilare, un mutamento di orizzonti rispetto ai nostri operatori e ai bagagli professionali dei nostri operatori e questo mutamento di orizzonti va in senso opposto a quello che è stato sviluppato in questi anni dalle comunità terapeutiche. Rispetto a molti ragazzi in sofferenza psichiatrica, ci sono ben poche possibilità e ben pochi approcci salvifici. Una parte di questi ragazzi probabilmente dovranno essere accompagnati per una buona parte della loro vita e da questo punto di vista allora le comunità terapeutiche dovranno ripensarsi, non ipotizzando che l'intervento residenziale deve risolvere il tutto perché risolverà solo una parte del tutto; quindi le comunità residenziali dovrebbero, a mio modo di vedere, sollecitare, insieme ai servizi pubblici e all'interno di quello che dovrebbe essere il logico spazio della decisione delle politiche sociali che io mi auguro sia il dipartimento, tutta una serie di gamme di interventi in cui la residenzialità è una sorta di extrema ratio, perché in fin dei conti quello che succede a noi è che riteniamo che i ragazzi ci debbano essere inviati in due sostanziali casi, adesso sono un po' grossolano: il momento della crisi è un momento in cui la comunità residenziale serve a elaborare al meglio delle domande che sono poco chiare, serve a impostare al meglio, proprio perché lo spazio per certi aspetti è anche neutro, un programma terapeutico molto articolato però, chiaramente, se quello che sto affermando ha una sua bontà, è chiaro che è un solo piccolo segmento ed è chiaro che la comunità quindi è al centro di un sistema molto più complesso e declinato e modulato con tutti altri tipi di interventi che vanno quindi dall'ambulatoriale, e oggi non l'ho ancora sentito, anche al domiciliare.

Un giorno con Massimo CLERICI ne avevamo anche parlato; se volessimo imparare qualcosa dall'esperienza della psichiatria vedremmo che da un punto di vista di politiche sociali è stata una esperienza, quella italiana, importantissima, secondo me ampiamente condivisibile però, per una questione probabilmente di insensibilità politica, è mancato un pezzo importante all'interno di questa riforma, che si traduce poi nei servizi territoriali, i servizi di sostegno ambulatoriale, di sostegno alla persona e alla famiglia della persona ammalata. Se dovessimo imparare qualcosa da questa precedente esperienza, credo che insieme, pubblico e privato, che vorrei però che quantomeno sulla doppia diagnosi perdesse questa dicotomia terminologica per essere chiamato solo un insieme di servizi pubblico e privato, si creasse o si cercasse di creare un sistema modulato di interventi che dia una risposta il più possibile completa alle esigenze, alle sofferenze e ai bisogni della persona che si rivolge a loro. Perché che cosa succede poi? Perché c'è la necessità di ragionare sempre più e di approfondire tutte le tematiche inerenti alla doppia diagnosi? Perché nelle nostre strutture specializzate sulla doppia diagnosi sta arrivando un po' di tutto. Ragazzi sicuramente con diagnosi sbagliate, ragazzi con diagnosi meno gravi, quando invece hanno una diagnosi grave o ragazzi con diagnosi gravi quando in realtà hanno o dovrebbero avere diagnosi meno gravi.

Questo fa parte di un sistema delle tossicodipendenze, anch'io parlo chiaramente in termini molto generali, poi ci saranno sicuramente delle esperienze molto più felici di quello che racconto, ma in un sistema in cui i SERT o i servizi pubblici, questa è una ricerca che oltretutto è stata anche pubblicata dal CNCA, il più delle volte lavorano in condi-

zioni di grave carenza di organici e oltretutto in condizione di assenza di quella che è una merce rara all'interno dei SERT che sono gli psichiatri, cioè coloro che potrebbero più di altri fare diagnosi.
Allora, la velleità che un SERT, in assenza di chi può fare diagnosi, ti mandi qualcuno diagnosticato secondo me deve necessariamente andare superata.
Comunque, cosa succede? Succede che spesso soprattutto questa struttura della doppia diagnosi diventa una sorta, diciamolo senza ipocrisia, di discarica sociale, con la pretesa che però i quindici mesi di discariche sociali si trasformino, e profumino anche, cioè che i ragazzi dopo quindici mesi vengano riconsegnati alla società civili, ben educati e ben formati e possibilmente con un lavoro.
Credo che questo sia assolutamente impossibile rispetto alla tipologia dei ragazzi che ci arrivano. Credo che la responsabilità, da questo punto di vista non debba essere solo delle comunità, ma vada condivisa tra tutto l'insieme dei servizi e per questo forse noi dobbiamo concorrere ad articolare dei servizi nuovi, un unico sistema di servizi proprio per una presa in carico globale che dia un'unica risposta ad un'unica sofferenza.
Molte delle cose che mi ero scritto sono state anche dette, quindi credo che sia inutile ripetersi anche perché oltretutto, lo ripeto, è una cosa che deve entrare nei nostri abiti mentali; una parte di questa tipologia di persone possiamo accompagnarla solo verso una relativa e minimale autonomia di vita.
Ad esempio, l'altro giorno pensavo che stanno chiudendo le case alloggio per i malati terminali di AIDS; grazie a Dio quasi non esistono più malati terminali di AIDS, però abbiamo, ad esempio, oggi, un problema grande di collocazione di alcuni nostri ragazzi in doppia diagnosi che dopo due, tre, quattro, cinque anni in comunità e non perché vogliamo tenerli noi per un periodo così lungo, ma perché in realtà i servizi se li sono dimenticati in comunità e si limitano a pagare la retta, forse troverebbero maggior agio in una collocazione in una unità protetta, in una casa alloggio e via dicendo.
Questa è una cosa che nel nostro mondo manca completamente. D'altra parte, i nostri servizi rispetto a questi ragazzi dovranno ulteriormente specializzarsi. Provo solo a immaginare cosa significa un'attività di tutoring rispetto all'accompagnamento lavorativo di alcuni dei nostri ragazzi. Sono tutte specializzazioni che probabilmente dovranno essere fatte.
Da qui oltretutto mi viene anche da dire quanto sono lontane molte delle regioni all'interno delle quali noi operiamo, che ancora oggi stanno ipotizzando invece di fare corsi di formazione per operatori di comunità tradizionale. L'altro giorno, dalla Sicilia, mi è arrivata una richiesta in cui dovevo indicare i nominativi di alcuni nostri operatori che dovrebbero essere stati sanati così, perché si avviino a un corso di formazione professionale per operatore di comunità. A questo punto, anche quando questi avranno ultimato il loro corso di formazione per operatore di comunità, si troveranno a trattare dei casi non sapendo nemmeno da che parte cominciare. Credo che una formazione congiunta tra pubblico e privato su questo specifico caso della comorbilità psichiatrica, sia una cosa ormai necessaria e su cui siamo già in grande ritardo. Le singole organizzazioni non possono sopperire con propri mezzi a questo tipo di formazione perché chiaramente costa molto. Quindi, mi auguro solo che il dipartimento, come luogo della decisione, sia il posto ideale, deputato, perché si riesca ad attuare una progettualità condivisa, ampia e di vasto respiro e, se possibile, cittadina. Un'altra cosa che mi sono sempre chiesto è questa, ma com'è che ai servizi del privato sociale si chiede la riconversione e non si può ipotizzare una riconversione anche dei servizi del pubblico? Com'è che i SERT devono essere fossilizzati nel loro essere SERT e invece non si può ipotizzare, faccio un esempio perché conosco meglio Milano, che all'interno della città di Milano uno dei sei SERT non si specializzino sulla doppia diagnosi o quantomeno parte delle risorse di questo SERT non vadano rivolte rispetto alla doppia diagnosi?
Credo che queste siano riflessioni che vanno sicuramente portate avanti e peraltro noi, lo ripeto, le abbiamo portate anche avanti e continueremo a portarle avanti nel conve-

gno che abbiamo fatto.
Un'ultima considerazione riguarda questo grande contenitore terminologico che è la doppia diagnosi, per quello che dicevo prima: arrivano ragazzi che forse sono solo esuberanti, ma che vengono definiti con l'etichetta della doppia diagnosi. Anche su questo penso che oggi noi abbiamo avuto la fortuna di sentire Massimo CLERICI che peraltro avevamo già ascoltato in innumerevoli occasioni, ma credo che questa chiarezza, anche da un punto di vista clinico, della definizione della doppia diagnosi dovrebbe essere il più possibile diffusa nei servizi perché anche su questo, se noi facciamo questo ipotetico, immaginario viaggio per l'Italia, penso che potremo raccogliere decine e decine di definizioni diverse di doppia diagnosi. E' un sistema che andrà sicuramente regolato, ci sono già delle regole, che però devono tenere conto di questa precisione terminologica della doppia diagnosi e questa formazione degli operatori va fatta al più presto, perché oggi ci apprestiamo ad andare verso un regime di accreditamento del pubblico e del privato.
Il problema vero, l'ha accennato giustamente SEMBOLONI, poi è quello delle risorse. Noi dobbiamo, secondo me, cercare un sistema di governo sul problema della doppia diagnosi che sia, se possibile, efficace ed efficiente, ma che abbia anche un costo relativamente basso delle risorse, perché sicuramente gli interventi residenziali costano tanto e investire in interventi residenziali specialistici significa comunque, oggi come oggi, sottrarre risorse ad altri interventi, da cui anche la necessità di unirsi e di dare concretezza a questa parola integrazione che, lo ripeto, a mio modo di vedere, non ha ancora una sua reale concretezza.
Finisco dicendo che questa quella della doppia diagnosi, e voglio anche ricollegarmi a quello che ha detto ieri CANCRINI, è una partita che coinvolge tutti. Le prospettive future non ci inducono poi a facili ottimismi se è vero, come credo veramente che sia, che l'emarginazione fa male e tale male si articola in disturbi sempre più vistosi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Il prossimo intervento è del dottor Henry MARGARON del SERT di Livorno, "Doppia diagnosi: nuova entità nosografica o esigenza organizzativa?"»

Dott. Henry MARGARON:- «La mia era una riflessione sul problema della doppia diagnosi, sul perché se ne parla solo ora, mentre in realtà si tratta di un problema tutt'altro che recente, per dedurne alcune decisioni operative.
A Livorno siamo, da questo punto di vista, l'ho sentito dall'intervento precedente, favoriti, in quanto abbiamo firmato ora un Protocollo con la psichiatria e quindi ci aiuta anche a capire questa riflessione che ci ha guidato e che ci ha portato appunto a questo tipo di Protocollo.
Il problema della doppia diagnosi in realtà non è nuovo, ma è un problema vecchio. Quando nel secolo scorso, si parlava di morfinomania o di morfinismo, in realtà si intendeva questa doppia valenza sia pure con dei termini e con un concetto dietro diverso, però si parlava di questo. Più recentemente, negli anni '70, c'erano numerose classificazioni, mi rapporto a una, di LUTZ, in cui si parlava di psicopatologia patologica e di tossicomania effettuale; erano gli anni '70 quelli in cui si parlava di tossicomania psicotica e di tossicomania nevrotica e di tossicomania psicopatica.
Nonostante ci fossero queste classificazioni non se ne parlava, non si parlava del perché per la nosografia dell'epoca fosse una specie di argomento tabù, perché il fatto di parlare di queste varie forme di tossicomania era un modo di mettere in discussione il sistema nosografico della psichiatria. La nosografia psichiatrica, da tutto l'inizio del secolo fino agli anni recenti, si basava su un modello composto da struttura, nevrosi e psicosi. Tutte le malattie dovevano essere collegate a questa struttura di fondo, a una struttura legata ad eventi subiti nell'infanzia che strutturava la personalità in modo inamovibile per cui poi, successivamente, di fronte a qualche incidente, problema, difficoltà si scompen-

sava secondo una forma di malattia; le classificazioni comportavano le psicosi e le nevrosi a seconda delle fasi dell'infanzia che la persona aveva superato e potevano scompensarsi più seriamente in maniaco depressivo o paranoia oppure nelle varie forme di nevrosi che conoscete, per cui una malattia poteva essere o dell'uno o dell'altro tipo. Il fatto che potessero esistere delle tossicomanie evidentemente di natura psicotica e altre di natura nevrotica, metteva in difficoltà il sistema.

E' vero che si era lasciata una terza categoria, che è quella delle psicopatie, in cui si mettevano in fondo tutti quelli che non si riusciva a inserire nelle nevrosi e nelle psicosi: la tossicomania, l'alcolismo e la perversione e l'omosessualità. Questo per riallacciarmi all'intervento di stamani, che parlava dell'aspetto morale e moralistico che aveva la psichiatria su certi comportamenti.

Non era possibile, nonostante si riconoscesse la coesistenza di varie forme di disturbi psicopatologici, parlare di doppia diagnosi e di comorbilità. Questo aspetto, chiaramente, ha messo in crisi il sistema psichiatrico, la nosografia; la scuola americana, molto prima di noi, a questo punto sulla tossicomania si soffermò molto. Si è dovuto trovare un sistema di valutazione dei disturbi mentali di tipo multi assiale. Si accettava la coesistenza di sintomi clinici, di sintomi di disturbi dello sviluppo della personalità, di disturbi delle conduzioni di ordine fisico, la valutazione degli eventi psico - sociali stressanti e la valutazione globale del funzionamento; in fondo significava accettare che un disturbo mentale dovesse essere valutato in vari aspetti.

Le scuole europee sono state molto più condizionate dall'influenza psicanalitica e psichiatrica tradizionale di quelle americane, per cui questo sistema di classificazione è arrivato più tardi da noi e questo è un elemento della cultura psichiatrica che non va disconosciuto, perché non credo che gli psichiatri fossero tutti insensibili nei confronti di questi pazienti però evidentemente avevano difficoltà a inquadrarli, che corrispondevano anche a difficoltà a trattarli tant'è vero che c'era tutto un sistema teorico che prevedeva, di lasciare al loro destino queste persone che, con questo carattere così antisociale, forse non sono da prendere in nessuna struttura.

Per cercare di rimediare a questo sistema di classificazione, si trova anche il borderline, che in fondo è nato su questo. Il borderline si è proposto inizialmente come una struttura non struttura, che sarebbe stata in grado di accogliere queste persone. In realtà, si è visto che esistevano dei tossicodipendenti borderline, dei tossicodipendenti psicotici e dei tossicodipendenti nevrotici e quindi questo sistema di classificazione non poteva salvarci. In realtà poi il borderline ha ripreso dalla vecchia classificazione della psicopatia solo le connotazioni di antisocialità, amoralistiche, di delinquenza, di incurabilità, tutte queste cose negative per cui l'abbiamo dovuto passare all'altro sistema che permette questo. Ora, effettivamente, possiamo parlare di comorbilità e sapere che cosa accettare e che esiste la coesistenza di più fenomeni psicopatologici.

Un altro motivo per cui si parla di queste cose solo ora, secondo me, è che in fondo queste persone, a volte, erano allontanate dai servizi psichiatrici anche perché erano difficili da curare, e ciò probabilmente perché i sistemi previsti dalla psichiatria non erano tra quelli più adeguati per loro.

Credo che l'apertura dei SERT abbia rappresentato qualcosa di importante. Se i SERT si sono visti un numero crescente di persone difficili da curare, che nonostante tutto rimanevano legati ai SERT vuol dire che questi servizi hanno rappresentato qualcosa per loro. Dico i SERT perché credo che sia partito dai SERT e poi sono cambiate anche le comunità; sapevamo all'inizio, una decina d'anni fa, che se uno non era perfetto non entrava nella comunità terapeutica e quindi non c'era posto per loro né nelle comunità né nella psichiatria, per cui i SERT hanno rappresentato una risposta, probabilmente non completa, non sufficiente sicuramente, al loro bisogno. Penso essenzialmente alla possibilità di trattamenti integrati, a una visione forse più nuova del problema, sicuramente anche i trattamenti sostitutivi hanno avuto la loro importanza, ma non credo che tutto si possa riportare al discorso del metadone.

Poi, perché si leggono di più di questi problemi? E' chiaro che quando parlo di questi problemi mi riferisco essenzialmente ai disturbi gravi della personalità o ai disturbi deliranti che sono quelli più difficili da curare e che mettono più in crisi i servizi. Sicuramente un altro motivo che fa sì che si vedano di più, penso che sia anche il discorso della cronicità dell'abuso delle sostanze, con il doppio ruolo che queste possono avere. Alcune volte hanno un aspetto curativo e magari rallentano l'evoluzione, d'altro canto però possono anche favorire la comparsa di queste manifestazioni. Sappiamo poi che, a seconda che si tratta di sostanza stimolante o invece sedativa, l'impatto può essere diverso. Comunque, c'è questo rapporto ambiguo di cui sappiamo.

C'è un altro però aspetto che è più discutibile e di cui una decina di anni fa non si poteva parlare, ma forse ora se ne può anche parlare; forse il cronicizzarsi di condotte tossicomaniche può darsi che favorisca anche la comparsa di disturbi della personalità, dal momento che ora siamo più inclini a pensare che la personalità è più il risultato delle sue condotte che non qualcosa di strutturato in modo predeterminato, allora può darsi che il protrarsi di condotte tossicomaniche alla fine favorisca anche la comparsa di maggior numero di queste.

Queste erano un po' le tre cose che avevo individuato come motivi per i quali si parla di più ora di questo fenomeno, che non nel passato.

Alcuni SERT hanno rappresentato, e non solo i SERT, ma ora anche i servizi pubblici, una modalità di risposta, però chiaramente ci sono dei casi, che richiedono una riflessione sulla loro riorganizzazione.

A Livorno ci siamo ritrovati con la psichiatria e abbiamo stilato un Protocollo insieme, però prima vi volevo dare qualche dato che abbiamo preso dal nostro archivio. Il SERT di Livorno ha mediamente 870 persone in carico, e parlo di persone; viene aggiornato praticamente ogni tre mesi, uno che da tre mesi non si presenta al servizio lo leviamo dal carico e quindi questo 870 corrisponde al numero di pazienti che abbiamo in questo momento; più o meno è lo standard che abbiamo di carico di lavoro. Di queste 870 persone, mediamente, il numero di pazienti che si sono rivolti alla psichiatria almeno una volta é di 138; può essere per un ricovero, può essere per un contatto con il Centro di igiene mentale, può essere una consultazione, almeno una volta, 138. Il numero di pazienti presi in carico è di 68. Il numero di pazienti che ha quindi in carico tuttora la psichiatria e quindi anche i NORT, quindi con una doppia presa in carico, sono 45.

Il numero di pazienti che seguiamo in modo integrato, questo prima di aver fatto il Protocollo perché questi dati li abbiamo presi in ottobre e il Protocollo l'abbiamo firmato a fine ottobre, sono una ventina.

Vista l'esiguità del numero, che poi non ha un grande valore epidemiologico, abbiamo fatto anche una classifica per sostanze, per sesso e per sostanza, per vedere quali sono rimasti più in carico al servizio.

Quando ci siamo trovati poi a decidere il Protocollo e quale tipo di collaborazione creare tra di noi, due modelli si sono proposti: quello di un gruppo tra SERT e psichiatria che avrebbe fatto solo attività di doppia diagnosi, quello che si sarebbe occupato solo di questo. Ne abbiamo parlato, abbiamo pensato che un gruppo di questo tipo potrebbe sicuramente rappresentare qualcosa di più sostanzioso, garantire delle prestazioni, maggiore specificità; sicuramente però abbiamo avuto dei dubbi. Uno è: che cosa ci si mette, chi ci va in un gruppo di doppia diagnosi? Rischiano di essere tutti quelli che non vogliono né la psichiatria né i SERT, quindi questo ci ha fatto un po' paura e poi è stato sottolineato già diverse volte stamani, che chiaramente il momento del gruppo in cui sarebbe stato inserito, è un momento del suo percorso, il prendersi cura di un tossicodipendente non si limita a questo solo aspetto. Quindi, per facilitare la continuità terapeutica abbiamo preferito a questo punto prevedere delle équipe fatte sul caso dagli operatori che normalmente l'avevano già in carico. Abbiamo poi previsto una piccola riorganizzazione all'interno del nostro servizio, in modo tale da facilitare la costituzione di queste mini équipe, nel senso la psichiatria ha un'organizzazione territoriale e noi non ce l'abbia-

mo, quindi non sempre i casi potevano combaciare; bisognava cercare di far sì che gli stessi operatori potessero avere più casi da seguire insieme. Quindi si è scelto questo.
Si è proposto anche un gruppo di valutazione interna a noi, che doveva verificare un po' l'andazzo di questa collaborazione, suggerire forme di aggiornamento, aiutarci in questa pratica quotidiana.
Certe volte ci si pone anche la necessità di strutture residenziali. Anche lì ci sono due modelli: uno è quello della struttura residenziale che accoglie solamente soggetti di doppia diagnosi quindi casi difficili. Noi abbiamo preferito puntare sul gruppo misto, cioè sfruttare l'elemento terapeutico del gruppo sano; in pratica questo significa che stiamo facendo una convenzione con una comunità terapeutica privata il cui organico viene rinforzato, godrà di una maggiore collaborazione sia da parte nostra, sia da parte della psichiatria dove potranno essere inseriti un certo numero di casi difficili, che potranno, in teoria, usufruire di tutti le forme di trattamento di cui hanno bisogno. Il numero di persone chiaramente dipenderà dalla qualità del gruppo "sano" che esiste al momento e dal numero e dalla tipologia di pazienti che eventualmente si inseriranno.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Il prossimo intervento è Giuseppe ZANDA, del SERT di Lucca, "Il problema della doppia diagnosi: l'esperienza della Regione Toscana".»

Dott. Giuseppe ZANDA:- «Faccio due premesse velocissime. La prima è che riporterò, anche se sinteticamente, il contenuto della relazione fatta in occasione della Conferenza regionale sulle tossicodipendenze della Regione Toscana, che si è svolta a Firenze il 7 novembre. La mia relazione risultava essere un po' il punto di incontro di un gruppo di lavoro purtroppo ristretto, ma che in qualche modo teneva conto anche delle esperienze che conoscevamo di altre realtà della nostra Regione; un gruppo interessante perché misto fra responsabili e operatori del SERT e rappresentanti del privato sociale, che nella nostra regione è molto forte.
L'altra premessa è che molte cose dette dalla collega LO RUSSO e da SEMBOLONI le condivido pienamente e in qualche modo le considero un'introduzione o comunque un completamento di quello che andrò a dire. E' certamente un'esperienza ampiamente condivisa il fatto che negli ultimi anni la questione della doppia diagnosi sia diventata uno dei problemi più seri che i SERT si trovano ad affrontare.
Nel nostro Paese, il termine di doppia diagnosi, anche se a molti non piace, forse perché è troppo vago, è stato di fatto adottato per indicare la condizione di molti tossicodipendenti e alcol - dipendenti che presentano anche un altro disturbo psichiatrico.
Tuttavia, nell'ambito dei servizi per le tossicodipendenze l'utilizzazione del termine doppia diagnosi potrebbe risultare di scarsa utilità se qualsiasi sintomo psicopatologico più o meno grave compresente alla patologia da dipendenza, venisse considerato alla stregua di un vero e proprio disturbo psichiatrico. Non esiste infatti tossicodipendente o alcol - dipendente che non presenti, anche con grande frequenza, sintomi d'ansia, stati, oscillazione del tono dell'umore o episodi di apatia e di rallentamento psicomotorio. Di conseguenza, in base a questo criterio, tutti o quasi tutti i tossicodipendenti si dovrebbero considerare con doppia diagnosi.
Le stesse considerazioni valgono nel campo dei servizi di salute mentale nel quale potrebbero essere considerati casi con doppia diagnosi tutti i malati mentali più o meno gravi, utilizzatori saltuari o addirittura pregressi di sostanze d'abuso. E' chiaro perciò che il ricorso improprio o eccessivo al termine doppia diagnosi rischia di essere, a livello operativo, veramente confondente e inutile. se non in molti casi addirittura dannoso. E' anche vero tuttavia che a causa della tradizionale separazione tra psichiatria e medicina delle dipendenze, tra servizi di salute mentale e servizi per le tossicodipendenze e tra trattamento dei disturbi mentali e trattamento dei disturbi da dipendenza, i soggetti che presentano contemporaneamente entrambi i problemi non vengono trattati in strutture idonee e che negli operatori dei servizi in genere manca la preparazione adeguata per affron-

tare tali situazioni complesse.
Sembra inoltre opportuno ricordare che il termine doppia diagnosi è stato coniato molti anni fa dalla psichiatria statunitense, non sono sicurissimo se è stato DE LEON nell'89 o qualcun altro, comunque sicuramente in quell'epoca, per indicare la copresenza di un grave disturbo mentale, soprattutto di tipo psicotico e di un disturbo da abuso, da dipendenza da sostanze, mentre in Italia non è stata la psichiatria e solo molto più di recente è stata posta una certa attenzione a tale evidenza clinica, principalmente da parte dei servizi per le tossicodipendenze, piuttosto che da parte dei servizi di salute mentale. Quest'ultimo appare un fatto per lo meno strano, considerato che sicuramente ne avrebbero avuto maggior titolo i servizi di salute mentale, se teniamo conto che in Italia, nell'organico dei SERT, non è nemmeno prevista obbligatoriamente la presenza di uno psichiatra.
Non deve perciò sorprendere il fatto che mentre da dieci, quindici anni negli Stati Uniti e anche in Europa, per esempio in Gran Bretagna, la questione della gestione dei casi con doppia diagnosi costituisce uno dei temi principali degli studi e dei progetti riguardanti la clinica e lo sviluppo dei servizi, nel nostro Paese solo da pochi anni si è cominciato ad affrontare questo argomento e a discutere sulla necessità e l'eventuale opportunità di istituire servizi specifici dedicati a tale complesso problema.
Come già notato però, in Italia, fino ad oggi questa problematica sembra avere investito solo i SERT e di conseguenza tale anomalia, cui ha corrisposto a un inspiegabile disinteresse da parte dei servizi di salute mentale, sta portando a un grande ritardo nell'organizzare la necessaria rete di presidi terapeutico e assistenziali in favore dei soggetti con doppia diagnosi. Dal momento che non disponiamo di fatto ancora di dati e di elaborazioni teoriche numerose o comunque consistenti in pratiche esperienze strutturate in questo campo nella realtà italiana, le considerazioni che rapidamente farò sono desunte quasi per intero da ciò che è stato fatto all'estero. Tuttavia ritengo che esse possano ugualmente servire come utili spunti di riflessione e come suggerimenti su cosa fare nel nostro Paese pur tenendo conto delle peculiari caratteristiche della nostra assistenza sanitaria, in particolare se confrontata con quella statunitense.
In generale, numerosi fattori rappresentano ostacoli per la gestione efficace dei casi con doppia diagnosi da parte dei servizi convenzionati interessati, i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di salute mentale.
Tra di essi indichiamo come primo che gli operatori dei servizi per le tossicodipendenze non hanno dimestichezza con il lavoro con i malati mentali e possono pensare e decidere che la gestione di tali casi vada al di là del loro mandato; secondo fattore, gli operatori dei servizi di salute mentale spesso mancano di formazione ed esperienza e pratica quotidiana nella gestione dei casi con disturbi da abuso o dipendenza da sostanze; terzo, quando i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di salute mentale tentano di curare i casi con doppia diagnosi assieme, la frammentazione che deriva dal coinvolgimento di due servizi così diversi, può accrescere le difficoltà di mantenere la presa in carico e di garantire la continuità terapeutica, vista anche la natura di tali casi, particolarmente restii ad aderire al trattamento.
Come dovrebbe essere organizzato allora il trattamento dei casi con doppia diagnosi? Quali dovrebbero essere i servizi interessati e le professionalità maggiormente coinvolte?
Sulla base delle esperienze fatte finora con questi casi, è possibile distinguere tre diversi modelli di trattamento.
Il modello sequenziale, secondo il quale viene trattato prima il disturbo più acuto o più grave rimandando al momento successivo il trattamento del disturbo meno eclatante, in questo caso di solito le équipe curanti sono diverse e di conseguenza si può creare il problema dello scarico o del rimpallo del paziente.
Il modello parallelo, secondo il quale due distinte équipe curanti, quella dei SERT e quella della salute mentale, operano due contemporanee prese in carico, instaurano due trat-

tamenti diversi e separati, focalizzati su disturbi dei rispettivi campi di competenza. In questo caso nascono frequentemente problemi legati alla non comunicazione tra le due équipe curanti e alla loro diversa formazione, in modo che le divaricazioni dei trattamenti possano confondere il paziente.
Infine, il modello integrato, secondo il quale la presa in carico dei casi con doppia diagnosi viene fatta da una équipe unica, specializzata in questo settore, competente nel trattamento sia dei disturbi da dipendenze, sia dei disturbi mentali. In questo caso il paziente riceve una spiegazione coerente della sua malattia e una prescrizione terapeutica coerente, piuttosto che un insieme contraddittorio di messaggi da parte di diverse équipe curanti.
I trattamenti effettuati secondo quest'ultimo modello, il modello integrato, mirano a ridurre i conflitti tra i curanti, a eliminare le difficoltà dei pazienti di dover seguire due diversi programmi terapeutici e sentire messaggi potenzialmente contrastanti e a rimuovere barriere di vario genere, anche finanziarie, per accedere al trattamento e permanere nello stesso.
Inoltre, di fronte alla necessità di individuare un possibile modello di trattamento nella realtà italiana, dovremmo individuare, ed è questo un ulteriore elemento di complessità organizzativa, la posizione e funzione dei programmi terapeutici residenziali all'interno delle comunità terapeutiche gestite dal privato sociale che, rappresentando una fase molto importante del percorso terapeutico assistenziale di molti casi con doppia diagnosi, dovrebbero a loro volta pienamente e coerentemente integrarsi con gli interventi dei servizi delle tossicodipendenze e di quelli di sanità mentale.
Ora parlerò molto velocemente delle esperienze della Regione Toscana. Dopo qualche anno di assestamento organizzativo interno, a partire dalla loro istituzione, quasi tutti i SERT toscani, nonostante le difficoltà e le incertezze cliniche e gestionali cui si è accennato, si sono attivati per affrontare il crescente e ineludibile problema dei tossicodipendenti e degli alcol - dipendenti in doppia diagnosi. Lo stesso è accaduto all'interno di gran parte delle comunità terapeutiche del privato sociale che in molti casi hanno dovuto modificare profondamente i loro tradizionali programmi terapeutici ai quali, come è noto, non potevano accedere i casi con disturbi mentali accertati e nei quali non era assolutamente previsto l'uso di psicofarmaci. Nei SERT si sono moltiplicati gli sforzi per dotarsi di particolari strategie rivolte alla diagnosi e alla cura dei casi con doppia diagnosi e parallelamente, nelle comunità terapeutiche sono stati elaborati i programmi speciali con l'intervento di operatori qualificati in campo psichiatrico.
Nelle diverse realtà locali, si è cercato - e MARGARON, che mi ha preceduto, ce ne ha dato un esempio - di rispondere ai bisogni dei tossicodipendenti e degli alcol dipendenti con doppia diagnosi con modalità diverse. Riteniamo che tali diverse modalità di intervento si possano raggruppare sostanzialmente nel modo seguente: primo, i SERT e le strutture del privato sociale hanno fatto ricorso indipendentemente gli uni dalle altre alle proprie risorse; secondo, i SERT e le strutture del privato sociale hanno elaborato strategie terapeutico riabilitative che prevedono l'integrazione delle rispettive risorse; terzo, i SERT e le strutture del privato sociale, separatamente o con progetti comuni, hanno coinvolto anche i servizi di salute mentale.
Nella Regione Toscana sono attualmente in corso numerosi progetti, molti dei quali sono stati resi possibili da finanziamenti del Fondo nazionale della lotta alla droga. Si tratta generalmente di due tipologie di progetti: alcuni, più numerosi e consistenti, finalizzati alla realizzazione di luoghi di accoglienza e di cura specifici per tale gruppo di pazienti che sempre corrono il rischio di trovarsi in una sorta di terra di nessuno, cioè nello spazio intermedio che viene considerato al di là delle competenze dei diversi servizi; altri, finalizzati alla formazione degli operatori dei SERT e della salute mentale e del privato sociale, sulle problematiche psicopatologiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitativi dei casi con doppia diagnosi. Siamo convinti che la formazione degli operatori sia uno degli aspetti prioritari da considerare e sostenere nella strategia generale regionale per rag-

giungere un assetto organizzativo idoneo all'assistenza dei casi con doppia diagnosi.
Vengo ai problemi aperti. Risulta evidente, da quanto emerso dall'esperienza fatta finora nel campo della assistenza di questi casi, che tale settore di intervento comporta il coinvolgimento a diverso titolo e con diversa intensità di più di un servizio. Ammesso ciò, si vengono ad aprire numerosi problemi, gravidi di possibili conseguenze negative sul piano etico e gestionale. Con alcune di queste difficoltà gli operatori dei servizi si sono già dovuti confrontare. Il primo problema a cui voglio riferirmi è stato già accennato prima, quando sono stati descritti molto sinteticamente i diversi modelli di trattamento dei casi con doppia diagnosi. Si tratta della questione centrale della titolarità della presa in carico di questi pazienti, questione connessa alla responsabilità dell'attuazione dei percorsi terapeutico assistenziali.
Per i pazienti con doppia diagnosi è possibile prevedere una presa in carico unica da parte di un solo servizio, SERT o servizio di salute mentale, legata alla prevalenza della patologia da dipendenza o di quella psichiatrica oppure, al momento attuale, non è possibile ipotizzare altro che una presa in carico doppia? Lasciamo aperto il problema anche perché, a nostro parere, nella logica della pari dignità esso riguarda in qualche modo anche i servizi del privato sociale.
Il secondo problema che ha a che fare con le diverse fasi del percorso terapeutico e assistenziale è questo: è possibile pensare a un unico modello di trattamento che valga per tutte le fasi, oppure possono essere adottati modelli diversi, da applicare nella fase ambulatoriale, nel corso di un'eventuale degenza psichiatrica ospedaliera o durante lo svolgimento di un programma terapeutico residenziale?
E infine, per quanto riguarda il trattamento residenziale, è più indicato - e questo lo diceva anche SEMBOLONI - lo svolgimento di programmi in comunità terapeutiche specifiche per soggetti con doppia diagnosi, oppure in comunità terapeutiche miste che ospitino anche i tossicodipendenti alcol - dipendenti senza gravi disturbi psichiatrici?
Sintetizzando le osservazioni fatte nell'analisi di questo tema, tenendo conto di come è stato fino ad oggi affrontato nelle diverse realtà del territorio della Regione Toscana, elenco di seguito i principali aspetti dei problemi emersi: primo, il termine doppia diagnosi dovrebbe essere utilizzato limitatamente ai casi che presentano contemporaneamente un disturbo da uso di sostanze e un altro grave disturbo mentale, a prescindere dalla priorità di comparsa di sintomi specifici o della relativa gravità degli stessi; secondo, la questione della doppia diagnosi, che nel nostro Paese è stata fino ad ora oggetto di interesse soprattutto da parte dei SERT, dovrebbe riguardare sia i SERT, sia i servizi di salute mentale; terzo, avendo anche i servizi del privato sociale acquisito un ruolo importante nell'assistenza dei casi con doppia diagnosi, è necessario individuare anche per loro efficaci modalità di integrazione con i SERT e con i servizi di salute mentale; quarto, e questa è una questione più locale, comunque è di centrale importanza, bisogna definire in ambito regionale un modello di trattamento dei casi con doppia diagnosi che, al di là delle specificità delle diverse realtà locali, possa servire alla stesura di linee guida trasferibili nella pratica dei servizi, cui fare riferimento nella programmazione dell'assistenza.
Alla fine di questa relazione il gruppo di lavoro proponeva quindi, come fatto necessario e urgente, l'istituzione da parte della Regione Toscana di un Osservatorio regionale sui modelli di intervento adottati nella gestione dei casi con doppia diagnosi, formato da operatori e rappresentanti dei SERT, dei servizi di salute mentale e del privato sociale, che avesse il compito di monitorare le esperienze regionali in corso, di produrre dei sistemi di valutazione e quindi di elaborare una o più ipotesi di modello di trattamento da sperimentare e verificare successivamente nella regione Toscana.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Finiamo l'ultimo intervento fissato e proposto dalle Regioni e con questo chiudiamo la sessione, dandoci appuntamento alle tre nella Sala BORA che è nella sede centrale del congresso. Do la parola alla dottoressa Maria Chiara

ANTONELLI, del CEIS di Spoleto, che parlerà di "Comorbilità psichiatrica: esperienze e prospettive".»

Dott.ssa Maria Chiara ANTONELLI:- «Vista la qualità dei relatori che mi hanno preceduto, cercherò di soffermarmi soltanto sulla parte centrale, eliminando tutto quello che riguarda la doppia diagnosi e parlando di quello che è il nostro progetto di una comunità, un intervento residenziale, per soggetti con tossicodipendenza e comorbilità psichiatrica. Questo progetto è stato elaborato in modo congiunto dal CEIS di Spoleto e dal SERT della ASL numero 3 di Foligno e prevede un finanziamento triennale con il Fondo regionalizzato della lotta alla droga. Questo progetto è nato sia dall'esigenza del SERT, che aveva constatato l'aumento notevole del numero dei soggetti con tossicodipendenza che necessitavano di una valutazione e di un supporto di tipo psichiatrico, sia da quella della struttura comunitaria CEIS che, sempre in collaborazione col servizio, che è un centro di detossificazione attivo da un paio di anni, che aveva valutato sui 165 soggetti in ingresso, che il 61 per cento, sotto osservazione, presentavano disturbi di tipo psichiatrico e quindi c'era l'esigenza di strutturare una comunità che in maniera specifica prendesse in esame la patologia della comorbilità. E' stato strutturato un Protocollo di intesa tra ASL numero 3 e CEIS relativo alla gestione della struttura e un successivo Protocollo operativo con il DSM del servizio di Foligno che già presentava un collaboratore già all'interno del servizio SERT. Questo progetto ha trovato degli ostacoli nella strutturazione, perché la formazione degli operatori, ha evidenziato le difficoltà degli operatori del CEIS, che partono con un progetto di uomo bene strutturato, alla rivalutazione, alla rivisitazione, al riciclarsi in una struttura di competenze diverse, anche non ben conosciute. La formazione è stata fatta, per un periodo di due mesi, è stata intensiva, all'inizio con dati specifici, forniti sia da uno psichiatra del servizio DSM sia dallo psichiatra del SERT - abbiamo la fortuna di avere anche uno psichiatra all'interno del SERT - sia da operatori con una formazione specifica CEIS, sia da una serie di consulenti; il CEIS si associa, io sono un consulente CEIS, ci sono sia figure psichiatriche, neurologiche, sia psicoterapeutiche e psicologiche.
Questa formazione sarà permanente, perché emergono nella strutturazione della modalità di tutti i giorni, all'interno della comunità, una serie di problematiche che spesso non sono risolvibili se non con una formazione nel tempo. Il lavoro all'interno della comunità naturalmente prevede sia un intervento specifico con terapie psicoterapie, con terapie di supporto, con terapie farmacologiche e anche tutta una serie di azioni di terapia espressiva, quindi pittorica e teatrale, che sono molto utili per le persone che presentano disturbi di personalità e disturbi di comorbilità grave che hanno quindi, a volte, difficoltà a sostenere una terapia del profondo. Il gruppo di lavoro che è sempre misto, CEIS e SERT, presenta anche una serie di proposte che si stanno attuando, di supporto alle famiglie, di laboratori specifici per dar una possibilità poi di un successivo intervento lavorativo anche in strutture protette; non è facile nella nostra regione, ci sono delle strutture con cui collaborare per un successivo inserimento lavorativo, ma va strutturata una rete più ampia e un tentativo di collegamento. Il dottor CLERICI ha parlato del collegamento tra le varie strutture che si interessano a questo problema della comorbilità psichiatrica; l'approccio metodologico va, secondo me, confrontato e va aggiustato nel tempo con le altre strutture che si interessano di questo.
La difficile relazione che c'è con le strutture di provenienza, con i SERT di provenienza che inviano i pazienti è stata già spiegata stamattina e quindi la riassumo appena; si chiede una valutazione psichiatrica precedente all'invio e spesso emerge la difficoltà da parte dei servizi di fare una valutazione psichiatrica, perché non c'è una figura specifica all'interno e se la richiesta nostra è quella di spostarsi e farsi dare un supporto, una collaborazione con il servizio DSM di appartenenza, c'è grossa difficoltà a ottenere questa collaborazione.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Prima di cominciare, volevo comunicare che c'è già una pubblicazione on line della Conferenza. I commenti sulla Conferenza saranno inseriti sempre nella pagina web. Visto l'interesse per questa sessione di lavoro, abbiamo pensato fosse utile fare una mailing list elettronica delle persone interessate alla comorbilità, in maniera tale che, da questa occasione, possiamo creare un network orientato e specializzato del settore.
Ricominciamo i lavori della nostra sessione. Prima di dare la parola agli interventi preordinati, mi sembra utile fare una breve sintesi di quanto emerso nella mattinata, in modo tale che sia gli interventi, sia il dibattito, trovino una specie di canale su cui orientare la discussione.
Mi sembra che siano emersi due aspetti importanti.
Il primo è la definizione del problema. Dalle varie relazioni è scaturita la necessità di un ulteriore approfondimento del modello epistemologico della comorbilità, dove il sapere e il saper fare in qualche modo possano orientarsi. L'altro aspetto importante della comorbilità è quello dell'inquadramento eziologico o del rapporto tra psicopatologia e consumo di sostanze, soprattutto per quanto riguarda l'identificazione dei fattori di rischio, gli aspetti di definizione o di orientamento del comportamento tossicomanico, la fattibilità del progetto terapeutico. Questo nesso di casualità eziologica diventa importante anche in termini di prevenzione.
L'altro aspetto, sempre legato alla definizione del problema, è la necessità di approfondire le conoscenze epidemiologiche, con tutto quello che questo comporta in termini di ricerca, di metodologia di definizione di diagnosi, eccetera. Analogo discorso vale per la formulazione del progetto terapeutico.
Il secondo aspetto analizzato nel corso di lavori della mattinata è stato quello delle modalità dell'organizzazione della risposta rispetto al problema della comorbilità; ho identificato tre aspetti importanti.
Il primo è legato alla storia, al passato, all'assenza del sapere psichiatrico nella costruzione dei servizi per dare risposte a questo problema, alla collusione, in qualche modo, degli operatori con la patologia e quindi a un'adesione talvolta acritica a un certo tipo di trattamento, in parte legata anche a una concezione della dipendenza dove prevaleva la componente somatica. Da questo deriva un po' l'aspetto dell'appiattimento dei servizi; ciascuno è compiaciuto del proprio modello di intervento, senza valutare i cambiamenti da fare.
Il secondo punto riguarda la realtà attuale, nella quale qualcosa incomincia a muoversi: è iniziato un tentativo di integrazione fra pubblico e privato, ma è, in parte, ancora a macchia di leopardo, non è un processo stabilizzato; i servizi cominciano a cercare di rispondere ai bisogni, le comunità residenziali terapeutiche si stanno attrezzando, alcune, a trasformarsi, a riflettere sul riadattamento alle esigenze della comorbilità. Il problema è che riguardo ai servizi psichiatrici c'è ancora una specie di scissione - malgrado i tentativi a macchia di leopardo di alcune regioni dove il dialogo tra medicina delle dipendenze e dipartimento psichiatrico è in atto - c'è silenzio, difficoltà di comunicazione, di presa in carico, di responsabilità o di condivisione delle responsabilità.
L'altro punto importante della realtà di oggi, che mi sembra essere emerso questa mattina, è la carenza di formazione, non solo nei servizi pubblici, ma formazione e professionalità mancano anche nelle comunità residenziali che si apprestano a interessarsi a gestire questo problema.
Il terzo argomento di cui si è discusso questa mattina è il futuro, cioè dove andare, che cosa fare, come muoversi. Mi è sembrato di cogliere alcuni aspetti: la formazione, la ricerca, la valutazione e la rimodellazione degli interventi e dei trattamenti e quindi la

riorganizzazione, sia a livello di privato sociale, sia a livello di servizi pubblici, in rapporto ai nuovi bisogni o ai bisogni della comorbilità, soprattutto definendo le assunzioni di responsabilità nel senso di presa in carico e di percorso, qualcuno ha parlato della catena terapeutica, chiamiamolo progetto o rete terapeutica, la ridefinizione e l'ottimizzazione delle risorse e la circolazione delle informazioni. Ora chiamerei sul palco, il dottor Giuseppe Nardini, del Cora».

Dott. Giuseppe NARDINI:- «Intervengo come radicale antiproibizionista, non come psichiatra, quale peraltro sono presso un servizio di salute mentale. Credo che oggi io e molti altri che la pensano come me si trovino veramente in una situazione paradossale, aprendo il giornale e trovando scritto che il Ministro della Sanità è antiproibizionista, e, più avanti, che in Olanda si approva una legge sull'eutanasia, in Francia si discute, e probabilmente si realizzerà, una norma sulla clonazione terapeutica. Sono rimasto senza niente da fare, chiudo baracca e ce ne andiamo! Ascoltando le relazioni di stamattina in questa sessione, mi viene da dire che si parla di comorbilità, ed è un argomento ad alto contenuto di scientificità; sembra che abbiamo risolto tutti i problemi e che adesso dobbiamo soltanto trattarle, le tossicodipendenze; invece mi pare che le cose non stiano proprio così. Mi viene da citare - lo faccio con piacere e l'hanno fatto altri prima di me - CLERICI e SACCHETTI, i quali ci ricordavano di recente che invece ci troviamo all'interno di un dibattito meramente ideologico, ascientifico e spesso anche amedico, antimedico sulle cause del fenomeno e sulle opzioni terapeutiche destinate ad affrontarlo. La citazione sarebbe più lunga, ma credo che queste tre righe siano assolutamente chiare. Avete citato la scissione tra la psichiatria ed i servizi per le tossicodipendenze: in sostanza è un problema di tipo burocratico corporativo, non ha nulla a che vedere con impostazioni scientifiche, complicato poi da visioni ideologiche, anche quelle più avanzate, progressiste.

Il problema è che siamo in un Paese dove la gente muore perché ci sono determinate leggi sulla droga e perché magari ci sono anche i pregiudizi degli operatori, più in quelli della salute mentale che non addirittura in quelli della tossicodipendenza, sui tossicodipendenti; questa è un'altra questione, è soltanto un problema di taglio che si vuole dare alla discussione.

Ci sono i servizi che distinguono il confine tra tossicodipendenza e psichiatria semplicemente mettono il segno, cioè il confine è il primo spinello, la prima pasticca o la prima siringa.

Non ho intenzione di fare un intervento su questo argomento, perché credo che questa conferenza, a chi la vede dall'esterno, dia l'idea di essere un convegno scientifico e probabilmente ciò è nelle intenzioni di chi l'ha promossa e di chi la sta portando avanti, ma il problema non è solo questo, è anche che non abbiamo ancora risolto niente. Non stiamo a discutere di che cosa c'è da fare, perché sappiamo che c'è da fare qualche cosa, c'è un problema a monte. Sulla comorbilità, credo che qui, al di là delle questioni di collegamenti o non collegamenti fra servizi, ci sia un problema sostanziale di mancata assistenza. I soggetti con dipendenza, che hanno un problema psichiatrico, sostanzialmente non sono assistiti perché appunto o il servizio di salute mentale o quello delle tossicodipendenze tracciano il segno.

Visto che abbiamo anche il Ministro, e ci fa veramente piacere che abbia impostato il discorso su un piano esclusivamente scientifico, ma abbiamo un Ministro antiproibizionista; io, per una volta, voglio fare il proibizionista in questa sede e su questo tema.

Mi auguro che ci sia proprio un divieto di costruire - su temi specifici, magari con alta scientificità - nuovi servizi speciali, come il servizio per la doppia diagnosi e così via.

Stiamo ancora aspettando dei SERT che funzionino, dappertutto e per tuite le ore che servono alle persone che ne hanno bisogno. Non abbiamo di certo bisogno di altri servizi speciali. Sicuramente avremo i dipartimenti delle tossicodipendenze, visto che dieci anni fa, o poco più, sono falliti nelle Università; li abbiamo riproposti nella salute men-

tale, grazie al Progetto obiettivo, falliranno anche nella salute mentale e probabilmente anche nelle tossicodipendenze, se non per i fini istituzionali e di strutturazione interna, certamente non nel segno e nella direzione dei servizi da offrire alle persone.
Sarebbe da trasformare tutto questo in indicazioni per le linee guida, ma me ne guardo bene perché siamo in un Paese dove le linee guida sono leggi e quindi sono prescrittive, nulla hanno a che vedere con il concetto stesso di linea guida e gli stessi progetti obiettivo. Inoltre sono semplicemente delle leggi che contraddicono nella sostanza quello che annunciano nel titolo.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Diamo la parola a Stefano VECCHIO, della ASL 1 di Napoli.»

Dott. Stefano VECCHIO:- «A sentire alcune cose detta dal collega NARDINI, napoletano, forse un ex presidente della Repubblica, sempre napoletano, avrebbe fatto le corna: insomma facciamo uno sforzo per costruire delle cose e poi tentiamo di tenerle in vita. A parte questa battuta, ho saputo soltanto pochi giorni fa che avrei dovuto fare un intervento preordinato, per cui ho buttato giù molto velocemente alcune note che vanno considerate come dei frammenti sedimentati nell'esperienza che da molti anni svolgo in questo settore, annodati tra di loro da fili riannodabili e che possono essere recisi, perché credo che su questa tematica, pur condividendo lo schema, l'impostazione fatta prima da TEMPESTA, dobbiamo mettere un punto interrogativo su ognuna delle proposizioni che lui ci offriva come sintesi della discussione di stamattina, perché ritengo che, pur dovendo fare, dobbiamo continuare a interrogarci su un fenomeno che a mio parere è ancora abbastanza inedito e quindi richiede un ulteriore lavoro di approfondimento.
Le cose che vi leggerò sono un po' il risultato della mia esperienza, molto contestualizzata, in una città come Napoli; non so se il mio è il primo intervento di un operatore meridionale in questa sessione, con tutte le problematiche che questa città determina anche sul piano della tipologia del consumo e della possibile sofferenza che può determinare. Ho sviluppato delle variazioni sul tema della comorbilità, perché questo mi permette di proporre questa tematica da vari punti di vista, considerando anche che mi è stato utile ripercorrere in parte alcune mie precedenti esperienze e anche letture, che forse appariranno in parte inattuali ad alcuni; poi mi farà piacere sapere se è così.
In primo luogo, la terminologia: in parte comorbilità psichiatrica mi convince perché mi dà l'idea di una copresenza, di una convivenza di processi. Mi convince di meno la dominanza dello psichiatrico, perché condivido quello che dicono alcuni sulla maggiore forza di questo sapere, che ha una storia, e in qualche modo rischia di schiacciare un lavoro di indagine e di conoscenza che deve invece cercare di capire che cosa succede quando due processi si incontrano nell'ambito dell'esistenza di un individuo.
In qualche modo il termine doppia diagnosi è come se desse una maggiore pari dignità ai due processi, ma naturalmente non ne prevede un vero e proprio incontro.
Credo che il sapere psichiatrico non si sia disinteressato, fin dall'inizio, dei servizi almeno di tossicodipendenze in Italia, ma ci sia sempre stato un tentativo da una parte almeno della comunità psichiatrica - io sono uno psichiatra - di inglobare in qualche modo nel proprio statuto conoscitivo il fenomeno della tossicodipendenza; c'è stata quasi una specie di lotta tra saperi e il fatto che in prima battuta non abbia vinto, scusatemi questa idea un po' conflittuale, la psichiatria, forse in qualche modo ci ha aiutato, perché hanno vinto dei saperi più territoriali. Questo fatto ci ha consentito di produrre esperienze autonome su un fenomeno che appunto era nuovo, inedito e che richiedeva di essere conosciuto senza delle lenti già preordinate.
Oggi l'emergenza di questa fenomenologia della sofferenza ci propone una sfida e ci consente forse di poterla affrontare: quella di mettere a confronto due saperi per capire quanto siano in grado di descrivere, di affrontare questo fenomeno.
Vorrei leggere immediatamente una citazione di Claude OLIVENSTEIN che dice: "Il futu-

ro tossicomane vero dovrà confrontarsi di continuo con la sua profonda carenza, con la sua nostalgia di identità. Di qui il suo aspetto labile e frammentato, che fa sì che gli sembri presentare successivamente ogni sorta di elementi di patologia, talvolta è un po' schizofrenico, altre volte è un po' maniaco depressivo, oppure un po' omosessuale, a volte un po' perverso: un po' di tutto ma mai fino in fondo. Il suo universo interiore è una successione di equilibri instabili che oscillano tra la personalità normale e la personalità psicotica. Ciò spiega lo smarrimento degli psichiatri che, trattando in genere solo l'aspetto delle sue metamorfosi a loro più familiare, si trovano profondamente sviati dalla mutevolezza della sua personalità e della sua condotta".

Questo mi serve per introdurre un elemento, cioè che forse è opportuno che si interroghi un po' il soggetto, l'individuo che consuma droga e che incontra la sofferenza psichiatrica.

In qualche modo bisogna delineare i caratteri specifici originali del consumatore di droghe, per identificarne alcune caratteristiche e capire anche se vi è un vantaggio, a differenza di quello che alcuni pensano, in questo consumo e in che modo questo vantaggio si esprime attraverso una strutturazione psicologico - esistenziale.

Queste persone un po' ibride che noi incontriamo e che nominiamo attraverso la comorbilità psichiatrica, figure quasi mitologiche, centauri, metà folli e metà consumatori, risvegliano un po' il sonno agli psichiatri perché ora sono i soggetti a esprimere il problema e non la psichiatria a interrogarli; una domanda implicita che la psichiatria può rischiarare. La comorbilità psichiatrica diviene allora quasi la via regia per la psichiatria, per un po' la colonizzazione culturale della tossicodipendenza.

La citazione di OLIVENSTEIN mi è utile per passare a una seconda variazione: è opportuno chiarire alcuni caratteri costitutivi del mondo che il consumatore forma - intendo il consumatore abituale di droghe e qui mi riferisco prevalentemente al consumatore di eroina e in parte di cocaina, che è quello che incontro nei servizi - per affrontare il significato economico dell'incontro tra i due processi, ammesso che siano solo due.

Stamattina è stata già riportata una parte di una citazione di uno scritto interessante di Paolo RIGNANO DEI MIRACOLI dal titolo "La tossicomania, sofferenza mentale" il quale sottolinea il carattere di circuito di processo costruito, che viene ad essere negato da un approccio che sembra sommare diagnosi psichiatrica e comportamento deviante e fa venire meno la percezione che la tossicomania sia soprattutto l'esito di un processo autocostruttivo dentro la persona; si perde la possibilità di cogliere come ne derivi una nuova architettura mentale fondata sull'uso quotidiano e continuato della sostanza, come tutto si ridisponga a consentire la ripetizione dell'incontro con la sostanza all'infinito, al fine di rinnovare un significato straordinariamente positivo per quella persona. L'importante è considerare che l'aspetto specifico del consumatore di eroina non è quello della dipendenza o della sofferenza, che sono elementi esistenziali vissuti dal soggetto, ma più generali, ma potrebbe essere definito il vantaggio del consumatore che si esprime nella costituzione di un mondo, dal punto di vista fenomenologico, nel quale il registro degli effetti della droga si inserisce come dispositivo di esistenza e di lettura, di codifica e decodifica della realtà interna ed esterna. Nell'incontro tra l'individuo e la droga, l'effetto della sostanza diviene nel tempo qualcosa di proprio all'individuo e quindi si trasforma, si fa biochimica e psichochimica. L'individuo si esprime attraverso l'effetto della droga, si percepisce ed agisce come se l'effetto fosse naturalmente proprio.

Quell'effetto, nel suo modo di vivere ed agire, delinea il suo mondo come un mondo ridotto, dove tutto ciò che accade è riconducibile ad un unico "significato", cioè la complessità dell'esistenza individuale è ridotta, ma allo stesso tempo lo spazio e il corpo sono espropriati. Questa condizione dà diversi vantaggi nel consumatore abituale e in ogni caso produce un modo di vivere e di dare senso alla vita, al contrario di quanto i benpensanti possano credere.

Ma quale vantaggio ottiene invece l'individuo che consuma droghe e che spesso, nello stesso tempo, manifesta sintomi tipici della sofferenza mentale, che cosa accade nell'in-

contro tra questi due mondi? Se ne costituisce uno nuovo dalla fusione dei due? Che cosa succede quando l'effetto di una sostanza che produce un desiderio in risposta ad una sofferenza determinata da una mancanza, come ha messo in evidenza Giulia SISSA, incontra una sofferenza di natura ben diversa, ben più radicata nell'individuo, o è viceversa? Che cosa succede ancora quando il corpo pieno di effetto, di materia, si incontra con l'immaterialità della sofferenza della psiche? E da qui le tante domande possibili.

La terza variazione parte dalla domanda fondamentale: in che modo possiamo avvicinarci a rispondere e con quale apparato conoscitivo?

E' un po' un triste ritornello. Stamattina sentivo fare riferimento alla necessità di avere degli strumenti flessibili di conoscenza e di diagnosi. Mi è stato utile riguardarmi un poco alcuni dei riferimenti critici al discorso dello statuto clinico della diagnosi.

Vorrei leggervi immediatamente una citazione presa da "La nascita della clinica" di FOUCAULT che dice: "La struttura clinica non è data né rivelata dal quadro clinico stesso. Essa gli era anteriore e la correlazione tra ogni sintomo e il suo valore sintomatologico è stata stabilita una volta per tutte in un a - priori essenziale. Nella sua funzione apparentemente analitica, il quadro ha la sola funzione di ripartire il visibile all'interno di una configurazione concettuale già data. Non è dunque un lavoro di messa in correlazione, ma di pura e semplice ridistribuzione di ciò che era dato da una estensione percettibile in uno spazio concettuale definito in anticipo. Essa non fa conoscere nulla, consente al massimo di riconoscere".

Quindi se noi non riusciamo a utilizzare in modo flessibile il processo di conoscenza, la diagnosi rischia di divenire un non luogo della conoscenza, secondo ciò che l'antropologo Marco AUGET definisce appunto il non luogo "come uno spazio che non può definirsi né identitario, né relazionario, né storico".

E' risaputo come sia difficile la diagnosi per gli psichiatri, come ufficialmente nel DSM4, che è il mio reparto, viene considerata un punto di riferimento, ma è la realtà. Gli psichiatri si barcamenano in una pragmatica perché questo strumento, a mio parere, è appunto un non luogo della conoscenza.

Vorrei ricordare soltanto velocemente uno scritto di BASAGLIA, può sembrare inattuale questa citazione ma non saremmo qui a discutere anche di questo senza tali culture di riferimento, quando dice appunto che "il medico rischia di perdere di vista sé stesso quando tende ad etichettare l'altro".

Per concludere, vorrei mettere in evidenza alcune possibilità di conoscenza per noi. In primo luogo, credo che l'Osservatorio dei servizi per le tossicodipendenze, nella loro articolazione per la salute mentale, sia stato finora poco utilizzato e dovrebbe essere invece riproposto e costituito soprattutto per raccontarci, tra operatori della tossicodipendenza e della salute mentale, che cosa emerge sulla questione delle numerose relazioni che gli operatori realizzano con le persone utenti, i numerosi fallimenti, i tanti tentativi di accompagnare e di comprendersi e anche i molti conflitti.

Nonostante sia d'accordo sul fatto, di cui parlava Liliano e che si riportava anche stamattina, che non è possibile pensare a un prima e a un poi, è utile, a mio parere, considerare nell'esperienza e nella storia di un soggetto con comorbilità psichiatrica, anamnesticamente, che cosa accade ad un soggetto che incontra le droghe e dopo questo incontro scopre una certa forma sua di sofferenza, a un soggetto che l'aveva già scoperto precedentemente e aveva una storia psichiatrica precedente o a un soggetto che in qualche modo vive attraverso il consumo di droga e a cui, dopo il consumo di droga, quando tenta di uscirne, in qualche modo la perdita di questa stampella chimica determina una disorganizzazione.

Uno dei modi interessanti di agire, per gli operatori, è quello di raccontarsi le proprie esperienze; condivido alcune delle cose dette oggi, mi interessa la posizione di quei colleghi che sono riusciti già a realizzare dei Protocolli di intesa, perché credo che sia necessario non tanto costruire dei nuovi servizi, quanto dei protocolli d'intesa, soprattut-

to quando i dipartimenti per le farmacodipendenze e per la salute mentale sono strutture interne alle aziende sanitarie locali, come quella di Napoli, ad esempio, dove vi sono più unità operative e, in qualche modo, esse coincidono con i distretti territoriali sanitari e quindi devono tenere presente spesso la comorbilità e anche le variabili sostanziali determinate dall'individuo e le diverse sostanze in relazione ad altri fatti ulteriori.
L'effetto specifico della sostanza probabilmente determina dei mondi diversi. La modalità di consumo abituale e sporadica, la generazione e lo stile di consumo, la percezione del sociale di quel tipo di consumatore e l'autopercezione conseguente.
Un'esperienza comune a molti soggetti di comorbilità è la poliassunzione di più sostanze, legali ed illegali.
Poi ci sono soggetti in cui la comorbilità coinvolge più patologie, come in coloro che hanno anche una sofferenza da AIDS. Ricordo che la giovinezza della nostra esperienza, il fatto che ci apriamo di fronte a un fenomeno inedito, anche con un atteggiamento nuovo, ci deve consentire, ci deve spingere anche a confrontarci con una serie di culture, di pratiche che non sono passate ancora nel nostro Paese, come quelle del supporto tra pari.
Mi riferisco ad esempio al movimento degli uditori di voce, che è nato in Olanda e in Inghilterra, nel quale soggetti con deliri uditivi si uniscono per autoaiutarsi e riescono a recuperare, a riappropriarsi di qualcosa di "estraneo al sé", attraverso una pratica di supporto tra pari, che considera l'altro come possessore di risorse, anche quando ha una sofferenza che gli determina una forte disgregazione.
E' come se noi dovessimo prendere atto, dovessimo recuperare un'indicazione che ci viene da un filosofo, Remo BODEI, e cioè quella di acquisire una ragione che sia ospitale ed espansiva, cioè più umile ma non per questo meno rigorosa, che sia in grado di riconoscere i nuclei di verità e la tipicità e la frastagliata varietà dei deliri e quindi in generale delle sofferenze.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Diamo ora la parola a Don Michele BARBAN, Presidente del Centro GULLIVER.»

Don Michele BARBAN:- «Do la mia piena adesione a quanto è stato detto, specialmente nei primi due interventi, e concordo con il catalogo che ha fatto il professor TEMPESTA e con l'iniziativa da lui proposta di collegarci per dare una possibilità di aiuto - anche questo è autoaiuto - che ritengo sia una cosa estremamente interessante.
Mi pare che il punto di osservazione nel quale ci possiamo mettere è che è cambiato parecchio e cioè che nessuna delle tre realtà che si mettono al servizio delle persone in situazione di sofferenza e di richiesta di aiuto è così autoreferenziale come tendenzialmente si è, né il SERT, né la psichiatria, né le comunità. Penso che oggi tutti noi siamo soddisfatti nel dire che siamo cambiati, quantomeno nelle dichiarazioni e nel tentativo di dare veramente un giro di boa a questa nostra realtà, che è di servizio e non appena di ricerca, anche se devo dire che l'interesse per questa problematica o questa sofferenza è stato originato dalla ricerca. Ringrazio il professor Massimo CLERICI e il professor TEMPESTA; sia pure con un certo scetticismo da parte, devo dire, anche mia, poi ci siamo resi conto che la maggior parte delle persone che arrivano nelle nostre comunità hanno questo tipo di sofferenza. Non dobbiamo mai arrenderci a questo fatto e quindi predisporre servizi che siano realmente adeguati.
Ora vorrei proporre qualche cosa a tutti noi qui presenti. Innanzitutto che le tre realtà abbiano a trovare un punto di incontro, che è senz'altro la persona a cui devono dare servizio, ma anche le professionalità che devono scambiarsi. Quando arriva una persona e gli si fa la diagnosi, questa diagnosi parte da una anamnesi delle tre diverse realtà che esprimono la loro professionalità, ma la diagnosi poi è unica; concordo anche con il superare l'espressione "doppia diagnosi", per andare a una diagnosi complessa o complessiva, perché effettivamente è quella che prende atto della persona che arriva.

Fatta la diagnosi, occorre passare alla la presa in carico e qui vengono le dolenti note. I SERT tante volte hanno senz'altro le mani legate, la psichiatria non ha, nei suoi protocolli, chiarezza; ogni Regione ha ancora un comportamento diverso.
Chiediamo davvero che qualcuno ci aiuti nell'esprimere un protocollo che sia rispettoso e con una presa in carico e che, tra l'altro, tenga presenti le realtà della sieropositività, dell'alcolismo, perché ci sono e le abbiamo un po' escluse in questo nostro convegno.
Devo dire grazie a MENUCCI e al professor CANCRINI ma poi, salvo che in questa sessione, queste problematiche sono state abbastanza ignorate. Ormai i sieropositivi, o meglio, i malati di AIDS vanno verso la situazione psichiatrica e non mi pare ci sia qualcosa di nuovo per aiutarli.
Gli attori: una cosa importante che va tenuta presente, con il territorio, è la famiglia; si devono prendere cura ognuno della professionalità dell'altro. Le comunità terapeutiche non si rassegnano ad avere solamente una gestione ordinaria della quotidianità, vogliono entrare anche loro nella progettualità educativa e allora l'itinerario che viene proposto deve essere il più possibile flessibile, chiaro ma flessibile, con il recupero psicofisico, con la riorganizzazione delle relazioni. Mi piace anche l'attenzione alla domiciliarità di questi possibili interventi, con il recupero dell'identità e dell'autostima e con il reinserimento sociale protetto, perché non possiamo ignorare che queste persone avranno sempre bisogno di questa situazione.
Mi pare che vada sottolineata, non l'ho sentito stamattina, la situazione delle persone in terapia metadonica, che parecchie volte viene data anche come sostitutivo di altri farmaci e, quando poi c'è la diminuzione del metadone, emergono altre problematiche e quindi c'è da tenere presente la compatibilità delle diverse cure.
Fondamentale è l'integrazione delle professionalità, di gruppo di lavoro, l'alternativa a una gerarchizzazione dei servizi o una giustapposizione che serve solamente a confondersi.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Dottoressa Edda PUTTINI, responsabile terapeutica, Centro Trentino di Solidarietà.»

Dott.ssa Edda PUTTINI:- «Sono la responsabile terapeutica di una comunità, la Casa di Giano, che si trova in Provincia di Trento, a Nomi. Questa comunità ha attivato, sul DPR 309, approvato nel '98, una comunità per il trattamento di pazienti con comorbilità psichiatrica. Dal gennaio al maggio '99, abbiamo fatto il lavoro di avviamento e di definizione del progetto con l'individuazione di linee guida, di obiettivi specifici di trattamento, declinati in sotto obiettivi e attività terapeutiche, che ho avuto modo di presentare in altri convegni dedicati alla comorbilità psichiatrica.
Vorrei parlarvi dell'esperienza che abbiamo compiuto dal giugno '99, ovvero il momento dell'avvio della struttura, a oggi.
Attualmente, abbiamo in carico 18 utenti che vengono trattati da 9 operatori. Vorrei darvi alcuni dati relativi all'utenza che abbiamo visto passare in questi mesi nella nostra comunità, non tanto con una presunzione di tipo statistico quanto piuttosto per tratteggiare le caratteristiche delle persone che abbiamo incontrato e con le quali abbiamo lavorato.
Diciotto sono le persone tuttora residenti nella nostra comunità, che è dedicata a soggetti portatori di comorbilità psichiatrica. Ventinove hanno interrotto il discorso terapeutico e una persona è deceduta durante il periodo di permanenza.
Sinora abbiamo una prevalenza di circa l'80 per cento di maschi e il 20 per cento sono femmine. Questi sono i dati riportati in percentuale sui quali non mi soffermo.
I soggetti normalmente presentano un'età media tra i 30 e i 40 anni. Quindi, i due terzi delle persone entrate hanno questa età; un sesto dei soggetti hanno età inferiore ai 29, poi ci sono gli ultra quarantenni. Abbiamo avuto una punta minima, cioè una ventiduenne e abbiamo in trattamento due pazienti più anziani, cinquantenni.

La provenienza dei nostri utenti è principalmente dalle zone limitrofe: i tre quarti provengono dalla provincia di Trento, Bolzano e Verona. Gli altri dodici utenti vengono da diverse regioni d'Italia, anche lontane, e da altre province del Veneto.
Una cosa che ci pare particolarmente interessante è questa: trentacinque soggetti sono stati inviati dai SERT e tredici dai servizi di salute mentale. Quindi vi è una significativa incidenza di soggetti di sesso femminile inviati dai servizi di salute mentale rispetto ai SERT.
Un aspetto che noi abbiamo valutato come dato significativo della nostra utenza è il rapporto con le famiglie, perché ci sembra importante aprire anche uno spazio di lavoro con loro, data la presenza di situazioni particolarmente problematiche e abbiamo visto che nella maggior parte dei casi, precisamente in 29 casi su 48, la famiglia si è dimostrata indisponibile al trattamento o sostanzialmente inesistente. Abbiamo tipizzato in qualche modo le famiglie in inesistenti, negative in quanto esercitanti influenze negative sui soggetti, problematiche ma comunque collaborative, collaborative e abbiamo visto che in particolare si è avuta una maggiore ritenzione in quelle situazioni in cui la famiglia risulta, pur problematica, collaborativa. In relazione ai soggetti che sono fuoriusciti dalla comunità terapeutica: in ventuno casi, la famiglia ha esercitato una influenza totalmente negativa sul paziente.
Una cosa che, dal nostro punto di vista, merita una riflessione è la tipologia di diagnosi. Prima l'operatore dell'ASL di Napoli, diceva che dobbiamo superare in qualche modo il concetto di diagnosi, perché rinchiude la persona e talvolta può bloccare il processo di conoscenza. Dal nostro punto di vista, la diagnosi è un elemento molto importante, ma ci siamo interessati, più che a categorie diagnostiche, a una diagnosi valutativa rispetto a degli elementi osservati nella quotidianità e nella gestione dei pazienti.
In ogni caso, il riferimento a diagnosi di tipo psichiatrico e di tipo tossicomanico, considerata come prevalenza di sintomi, ci porta a vedere come in 23 casi ci è stata segnalata una prevalenza di tipo psichiatrico e in venticinque casi una preminenza del problema tossicomanico.
Altro aspetto interessante è quello delle esperienze pregresse dei soggetti. Abbiamo visto che quarantadue soggetti, quindi l'88 per cento dei casi, hanno avuto delle esperienze terapeutiche precedenti, o almeno un percorso terapeutico.
In particolare, la partecipazione di queste persone a esperienze terapeutiche ha avuto una durata media di cinque mesi e mezzo e in generale questi quarantadue soggetti hanno fatto 2,9 tentativi medi di inserimento in strutture terapeutiche. Coloro che sono riusciti a rimanere maggiormente, per un tempo più lungo in un contesto terapeutico, vi sono restati per un periodo oscillante da 7,5 mesi a 7,7/7,5; i diciotto utenti attualmente presenti hanno invece accumulato da noi una presenza media di 8,7 mesi.
Tutte queste persone sono state anche valutate sulla scorta del loro accesso a servizi psichiatrici e si vede che, in generale, nella maggior parte dei casi, hanno avuto dei ricoveri o hanno presentato dei sintomi di tipo psichiatrico.
Vediamo i dati sulla tendenza a manifestazioni autolesionistiche, gli acting e i tentati suicidi. In genere, abbiamo notato una frequenza molto alta di episodi di acting: ventuno soggetti, nella loro storia, ne riportano e diciotto soggetti riferiscono episodi di tentato suicidio. Alcune persone hanno anche un livello molto alto di tendenza al suicidio.
Per tutti quanti c'è stata una presa in carico da parte dello psichiatra della nostra comunità terapeutica e un'attenzione sia per quanto riguarda le terapie di tipo metadonico, sia di tipo farmacologico.
In particolare, dei quarantotto, diciassette utenti hanno seguito e completato in comunità delle terapie metadoniche di vario tipo e la presa in carico di tipo farmacologico ha portato alla definizione di trattamenti che nella maggior parte dei casi non erano indicati nel momento della presa in carico.
Dai dati relativi all'uso di farmaci all'interno della nostra comunità terapeutica, mi sembra particolarmente interessante rilevare che trentacinque delle persone che sono passa-

te dalla Casa di Giano hanno assunto terapia con neurolettici.
Per quanto riguarda le benzodiazepine, abbiamo considerato anche l'aspetto della dipendenza e quindi è stata riservata una particolare attenzione all'utilizzo di questa tipologia di farmaci, trattando appunto l'aspetto della dipendenza.
Per quanto riguarda i risultati, abbiamo considerato la ritenzione un indicatore di funzionamento della comunità terapeutica. Abbiamo visto che la permanenza media di tutto il gruppo è stata di 4,8 mesi. Coloro che sono usciti, sono resistiti all'interno della comunità per 3,7 mesi e in generale, del gruppo dei diciotto pazienti della Casa di Giano, vediamo che la presenza media è di 8,7 mesi. Questo è un dato che, messo a confronto con il dato precedente, della fuoriuscita e della tendenza al drop-out, ci sembra abbastanza interessante circa il livello di ritenzione della comunità terapeutica.
Per quanto riguarda il trattamento, la nostra équipe presenta differenti professionalità: si lavora sul fronte terapeutico e sul fronte educativo. Definiamo i "setting" di intervento in base a una polarizzazione dei ruoli, per cui ci sono figure che si muovono nella valutazione, diagnosi, descrizione, programmazione e individuazione della terapia e poi, sul fronte educativo, si lavora invece sulla dimensione dell'accoglienza, della condivisione della relazione, in generale della quotidianità.
Un altro aspetto, che dal nostro punto di vista sembra abbastanza interessante, e riprendo quanto ho detto prima a proposito della diagnosi, è quello dell'osservazione e dell'autodiagnosi. Noi utilizziamo un semplice strumento diagnostico di rilevazione quotidiana. Tutti gli operatori vengono chiamati ad esprimere una valutazione, secondo un punteggio, di tutti gli ospiti della Casa di Giano e la media delle osservazioni dà luogo a grafici. Ci siamo resi conto di alcune cose, dal nostro punto di vista, interessanti. Le rilevazioni vengono effettuate sull'area dell'emotività, della relazione e della operatività. I grafici, che sono costruiti sulla base di medie mobili, ci danno degli andamenti tipici a seconda della tipologia di paziente. Abbiamo visto che i pazienti border hanno delle linee a sega e quindi ci sono dei picchi di intensità, dei picchi molto positivi, in cui la valutazione degli operatori raggiunge i punteggi massimi e poi ci sono dei periodi di stabilizzazione. Si cerca di determinare i periodi di stabilizzazione a un livello superiore a quello precedentemente verificato, mentre l'andamento dei pazienti che hanno una struttura più psicotica è un andamento più piatto. Abbiamo anche visto che i momenti di miglior funzionamento sono quelli in cui c'è una sorta di coincidenza tra le tre aree dell'emotività, relazione e dell'operatività.
Un altro aspetto che abbiamo valutato è quello del clima, dell'atmosfera di casa. Ci sono delle posizioni contrapposte per quanto riguarda il trattamento di questi pazienti in piccoli gruppi o grandi gruppi. Dal nostro punto di vista, lavorare su un gruppo medio intorno ai 15/18 soggetti innesca delle dinamiche meno patologizzanti di quelle che si vengono a realizzare sul piccolo gruppo e abbiamo visto che il lavoro sul piccolo gruppo dà dei grafici di andamento che hanno un aspetto molto simile a quello dei pazienti di tipo psicotico, mentre il clima di casa assume delle caratteristiche più vicine a quelle dei border, se il numero delle persone è maggiore e quindi c'è una crescita, un'evoluzione maggiormente positiva.
Per quanto riguarda il trattamento, ci sembra che i tre punti su cui sia importante focalizzare l'attenzione siano la relazione supportiva, le strategie cognitivo- comportamentali che noi realizziamo attraverso una serie di attività e attraverso il supporto di tipo farmacologico.
Allora, che cosa abbiamo osservato in questi diciotto mesi di funzionamento? Innanzitutto una riduzione degli acting dei soggetti, un contenuto livello di abbandono rispetto ai precedenti storici di queste persone in altre esperienze terapeutiche, pochissimi episodi di tipo trasgressivo e nessuna ricaduta nella sostanza.
Rimangono aperti per noi una serie di problemi, in particolare legati all'individuazione dei soggetti giusti per la nostra comunità. Abbiamo visto che le persone più caratterizzate da modalità di tipo tossicomaniche non possono fruire del nostro intervento, perché

l'approccio non è incentrato su interventi di tipo vertebralizzante, mentre gli psicotici "più duri" vengono troppo sollecitati dal contesto comunitario.
Un altro aspetto che ci sembra importante è quello della riduzione dei ricoveri per queste persone e durante i colloqui abbiamo visto un progressivo aumento della capacità di aderenza alla realtà.»

Chairman Prof. Enrico TEMPESTA:- «Credo che quello che sta emergendo sia talmente importante, che ci faccia rendere conto di quanto c'è da approfondire e anche da scambiarci come informazione, soprattutto su queste esperienze nuove.
Abbiamo dieci richieste di intervento. La prima è quella di Mario MARAZZI, che è il referente per i programmi terapeutici della Comunità SAMAN di Latina.»

Dott. Mario MARAZZI:- «Noi abbiamo cominciato ad accogliere utenti in doppia diagnosi nel gennaio del '98, quindi è un'esperienza abbastanza giovane. Ci siamo occupati di questa tipologia, perché nei nostri centri di accoglienza affluivano sempre più frequentemente dei soggetti in doppia diagnosi che avevano alcune caratteristiche, cioè disturbi psichiatrici acuti che potevano essere considerati come l'espressione di un crollo, grave ma transitorio, di precedenti condizioni di adattamento, una lunga storia di tossicodipendenza, quindi fallimenti terapeutici ed interventi; questi soggetti erano in una condizione di emarginazione grave, si trattava per lo più di soggetti adulti, la difficoltà di costruire rapporti continuativi per loro con i SERT e con i servizi psichiatrici era dovuta proprio all'esistenza della doppia patologia. La richiesta che afferiva i nostri centri di accoglienza non era spontanea, volontaria, ma venivano per lo più inviati dai SERT, dai servizi psichiatrici ed anche dalle famiglie. Comunque, dopo un iter più o meno complesso di accoglienza, questo invio si trasformava in una richiesta del soggetto perché il programma è pur sempre una scelta volontaria del soggetto.
L'idea di fondo su cui si articola il nostro programma è che l'allontanamento da situazioni di tensione grave e violenta, che questi soggetti avevano in altre strutture o nella loro famiglia, poteva costituire l'occasione per un miglioramento del loro funzionamento personale. L'adattamento a una nuova situazione, come quella della comunità, che è strutturata, ma, come la nostra, è accogliente e disponibile, sicuramente promuoveva delle risorse interne ed attenuava i comportamenti caratteristici dei sottostanti disturbi di personalità.
E' stato già detto oggi che non consideriamo le comunità come l'unico strumento disponibile, è solo un passo di un lungo cammino di cambiamento che la persona deve intraprendere, che inizia prima e deve terminare molto dopo. Comunque, consideriamo la comunità come lo spazio anche mentale in cui il soggetto possa valutare in maniera più realistica le proprie condizioni, possa formulare una richiesta di aiuto più strutturata e una accettazione più consapevole di terapia.
Il programma si articola con i nostri centri di accoglienza e la comunità. Al centro di accoglienza è richiesto il collegamento con i servizi, al fine di costituire un punto di incontro con gli stessi, di formulare il progetto terapeutico, con il coinvolgimento della famiglia.
I nostri progetti tradizionali per gli altri utenti sono di circa diciotto mesi. Per loro è previsto un programma da tre a sei mesi, che è comunque rinegoziabile e rinnovabile in funzione del loro grado di motivazione.
E' previsto il monitoraggio del programma in comunità e l'attivazione delle risorse esterne nel momento della fase finale del programma comunitario. Se possibile o praticabile, viene coinvolta la famiglia in un progetto di terapia familiare.
La complessità delle situazioni trattate ha reso necessario, per noi che, ricordo, siamo una comunità mista, per cui abbiamo utenti normali, di implementare lo spazio di formazione e di supervisione. Il compito della supervisione, che ha una cadenza settimanale, è stato affidato al professor CANCRINI.

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

sulle iniziative finanziate e realizzate in collaborazione con l'Osservatorio europeo, tra i Paesi della Comunità europea. In questo campo, l'informazione è ancora troppo circoscritta agli operatori specializzati. Parlo dell'Italia.
Alla luce di questi dati e considerazioni che quantificano e qualificano la portata delle procedure previste dall'articolo 75 che, ricordiamolo, risale al 1990, ad un contesto sociale, culturale ed economico certamente diverso da quello di oggi, ho formulato alcune riflessioni in ordine alla concreta praticabilità della norma nella sua attuale formulazione, nonché sulle proposte di modifica legislativa in corso.
Certamente vanno rivisti i seguenti punti dell'articolo 75. Il comma 6 prevede la convocazione al colloquio entro cinque giorni dalla segnalazione. Tale termine, anche se più volte definito non perentorio, è assolutamente inapplicabile, sia perché l'istruttoria della documentazione prevede tempi oggettivamente molto più lunghi, penso in primo luogo ai tempi richiesti per le analisi delle sostanze sequestrate, sia perché l'organico dei NOT è assolutamente ed oggettivamente impossibilitato ad adeguare il proprio lavoro a tempi così ristretti, soprattutto nelle grandi province. Il comma 9, sempre dell'articolo 75, prevede che la sospensione del procedimento sia possibile solo se l'interessato richiede di sottoporsi ad un programma terapeutico presso il SERT. Considerando che l'andamento del fenomeno indica che questi ragazzi sono in gran parte assuntori saltuari di hascisc o di droghe di sintesi chimica, risulta a mio avviso limitativo individuare nel solo SERT la struttura o il servizio a cui possono essere inviati, considerando che le reti dei servizi territoriali spesso offrono risorse che si adattano alla predisposizione di percorsi a volte più aderenti alle esigenze del ragazzo verificate nel corso dei colloqui.
E ora andiamo alle considerazioni sulle proposte di modifica attualmente allo studio del Parlamento. La materia è da tempo all'attenzione del Governo. Già dal 1998, la Commissione di studio, Commissione LA GRECA, cioè presieduta dal nostro chairman, istituita presso il Ministero di Grazia e Giustizia, elaborò un testo di articolato modificativo della vigente disciplina.
Tale progetto di riforma è stato sostanzialmente traslato nel disegno di legge di iniziativa dei senatori SENESE, RUSSO ed altri, recante modifica delle disposizioni sanzionatorie contenute nel Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, approvate con decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre '90.
Nel contesto del quadro riformatore con cui si intende ridisciplinare il sistema delle sanzioni amministrative, oggi collegate all'uso personale di sostanze stupefacenti, ho riscontrato positivi spunti innovativi che, alla luce dell'esperienza applicativa già maturata, potrebbero migliorare l'efficacia della disciplina e ho riscontrato anche elementi di perplessità per un non chiaro raccordo con norme complementari già esistenti.
Secondo me, risulta molto utile, nell'ottica di una mirata azione di prevenzione, la possibilità che il consumatore occasionale, in luogo del comune percorso terapeutico e socio - riabilitativo attualmente previsto, venga inviato a corsi di informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze stupefacenti, la cui valenza sembra più rispondente all'ipotesi in cui si verifica, da parte del soggetto, un primo o comunque sporadico approccio al consumo di droga.
E' altresì condivisibile l'inclusione, nell'ambito delle sanzioni amministrative applicabili, del divieto di frequentare locali pubblici o aperti al pubblico, prescrizione questa che può sicuramente rivestire, in considerazione della categoria, delle caratteristiche dei soggetti a cui è rivolta, un valido effetto deterrente.
Per altro verso, il testo legislativo in itinere, contiene alcune disposizioni che presentano aspetti di problematicità e meriterebbero pertanto un ulteriore approfondimento e credo che questa sia la sede idonea.
Le modifiche introdotte dall'articolo 4 incidono sul regime delle sanzioni amministrative erogabili dal Prefetto agli autori dei fatti connessi all'importazione o all'acquisto o alla detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti.

In tale ambito, la riforma estende la depenalizzazione alle fattispecie del consumo di gruppo, nonché della coltivazione per uso personale di cannabis. Premesso in proposito che la depenalizzazione del consumo di gruppo sembra ormai accettata dalla prevalente giurisprudenza, nutro invece qualche riserva circa la depenalizzazione, prevista nel comma 2 del nuovo articolo 75, della coltivazione di piante da droga per uso personale. Si tratta infatti di una fattispecie che, rientrando nel genus della produzione e detenzione di sostanze stupefacenti, non può essere depenalizzata senza aprire il varco, ai fini dell'individuazione di una linea di demarcazione tra i fatti di produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti punibili penalmente e la nuova fattispecie depenalizzata, a incontrollabili interpretazioni ispirate al principio del favor rei e che, nelle ipotesi meno gravi e quantitativamente più modeste, presenterebbero innegabili analogie, almeno dal punto di vista eziologico, con quella della cessione gratuita.

Tra le sanzioni comminabili dall'organo amministrativo, risulta espunta, nel disegno di legge, quella della sospensione della patente di guida che si è invece dimostrata congrua, per la sua funzione deterrente, ove finalizzata a un rinforzo della motivazione al cambiamento del soggetto interessato.

Occorre inoltre valutare l'evidente opportunità di operare in tale sede un raccordo con le misure di sospensione o revoca, previste dal Codice della strada, per inidoneità psicofisica alla guida o per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. Sono gli articoli 128 e 187 del Codice della strada, con i quali oggi non c'è un raccordo.

A questo proposito, mi sembra opportuno ricordare che fra il '95 ed il '99 la sola Polizia stradale ha rilevato 1.004 casi di incidenti stradali, causati da conducenti in stato di alterazione da stupefacenti, oltre il 10 per cento dei quali avvenuti nel fine settimana.

Ho voluto portare alla vostra attenzione questo dato benché sia modesto - 1.004 incidenti stradali in cinque anni non sono molti - però dovete considerare che sono soltanto quelli rilevati dalla Polizia stradale, non anche dai Carabinieri e dalla Guardia di finanza, e che quindi sono proprio la punta dell'iceberg. Ho cercato dei dati analoghi sugli incidenti stradali rilevati dall'arma dei Carabinieri però, nel breve tempo che ho avuto a disposizione per preparare questa relazione, non li ho trovati. Mi impegnerò a verificare se esistono e, se non esistono, questa potrebbe essere un'ulteriore proposta per andare ad approfondire nel fatto concreto che si rileva quotidianamente, quanto incida la guida in stato di tossicodipendenza.

Analoghe considerazioni possono essere formulate in merito alla prevista sospensione della licenza di porto d'armi, da raccordare opportunamente con gli istituti della sospensione o revoca per perdita dei requisiti di idoneità richiesti dalla legge, perché altrimenti arriveremmo all'assurdo che ritiriamo il porto d'armi per uso di sostanze stupefacenti e non per inidoneità dei requisiti previsti dalla legge specifica.

Relativamente alla sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo, penso sia necessario un migliore inquadramento dell'istituto nel contesto attuale della legislazione in materia di immigrazione. Se infatti, all'epoca della promulgazione del Testo unico 309/90, pareva indubitabile che la sospensione del permesso di soggiorno dovesse comportare l'espulsione dell'interessato, tale conseguenza non è altrettanto sicura nella vigenza del decreto legislativo 286 del '98 sulle immigrazioni e del relativo regolamento di attuazione. Occorre quindi un raccordo, in ogni caso una maggiore chiarezza.

La proposta LA GRECA pone sullo stesso piano, in concorrenza alternativa, fattispecie sanzionatorie che, sia sotto il profilo degli effetti e della loro inosservanza, sia per la sospensione del passaporto e del porto d'armi, assumono natura penale, mentre il divieto di frequentare locali pubblici ha carattere esclusivamente amministrativo. Non vi è dubbio che un siffatto sistema rischierebbe di comportare, in sede applicativa, difficoltà selettive per l'autorità amministrativa preposta ritenuta più idonea, cioè il Prefetto, che deve individuare quale di queste sanzioni, una sola, sia ritenuta più adatta. In via risolutiva, occorrerebbe lasciare aperta la possibilità per il Prefetto di valutare, alla luce di ciascun

caso concreto, l'opportunità di irrogare una o più sanzioni.
L'iniziativa legislativa a cui si è fatto cenno prevede ancora che la prescrizione prefettizia del divieto di frequentare locali pubblici venga sottoposta, attraverso una forma di convalida del provvedimento da parte del GIP del Tribunale, a un meccanismo di controllo giurisdizionale, il quale profila rischi di ulteriore aggravamento del già complesso procedimento sanzionatorio previsto dall'articolo 75.
Sottolineo che tale appesantimento procedurale non solo appare paradossalmente in contrasto con le stesse finalità di razionalizzazione e snellimento indicate a presupposto dell'iniziativa legislativa in esame ma, in particolare, non sembra giustificabile nemmeno attraverso eventuali ulteriori esigenze di garanzia dell'interessato, già ampiamente assicurate dai meccanismi di impugnativa in sede giurisdizionale e dei provvedimenti prefettizi.
Si rammenta inoltre che, in altro settore, l'analoga misura del divieto di accesso ai locali dove si svolgono competizioni sportive, quindi locali pubblici, è erogata dal Questore ed è soggetta a convalida giudiziaria per la sola prescrizione aggiuntiva dell'obbligo di comparire personalmente all'ufficio o al comando di Polizia.
D'altro canto, giova rilevare che solo per i provvedimenti che comportano una limitazione alla libertà personale nel senso tradizionale del termine, l'articolo 13 della Costituzione prescrive l'intervento dell'Autorità giudiziaria, fattispecie questa che non si riscontra certamente nel caso di divieto di frequentazione di locali pubblici adeguatamente individuati.
La competenza sul procedimento amministrativo deve rimanere, a mio avviso, in capo al Prefetto che deve poter monitorare costantemente l'entità del fenomeno delle tossicodipendenze nella sua Provincia, al fine di adottare le opportune iniziative di prevenzione e contrasto.
E' opportuno ricordare peraltro che, per limitare gli spostamenti talora difficoltosi dei soggetti interessati, la prassi procedurale prevede già oggi che il colloquio possa essere svolto, su richiesta dell'interessato, presso il comune di sua residenza e quindi presso la Prefettura di sua residenza.

Chairman Cons. LA GRECA:- «Ringraziamo la dottoressa ZOTTA, che ci ha dato una panoramica molto ampia, completa e significativa della problematica delle sanzioni amministrative e ha fornito dei dati, che non si possono facilmente reperire, sull'applicazione di queste misure. In più, si è pronunciata in senso adesivo ad una proposta di legge, ma ha fatto anche molte precisazioni e puntualizzazioni che, a mio parere, andrebbero seriamente considerate. Detto questo, pregherei il dottor BALLOTTA di avvicinarsi al tavolo.»

Dott. Danilo BALLOTTA:- «Sono italiano e lavoro all'Osservatorio europeo delle droghe e tossicodipendenze di Lisbona, come incaricato di curare l'informazione sulle legislazioni dei Paesi membri in materia di droga e anche l'area delle politiche nazionali.
L'Osservatorio è un ente dell' Unione europea, creato da un regolamento nel '93, che ha come obiettivo quello di fornire agli Stati membri l'informazione in materia di droga che sia, abbiamo tre parole chiave, obiettiva, affidabile e comparabile. Questo è il nostro compito.
Mi limiterò a parlare della questione dell'articolo 75 italiano e a vedere qual è la situazione negli altri Paesi europei e non solo europei.
Prima di questo vorrei fare una premessa. E' un'impostazione un po', lasciatemi passare il termine, ipocrita, quella tra la totale proibizione di ciò che sta a monte e la non proibizione del prodotto di ciò che sta a monte. Questo dualismo crea i problemi che nel '90 il legislatore italiano e quelli europei, che sono molto più in ritardo rispetto all'Italia, hanno cercato di risolvere in questi anni e in questo momento.
Generalmente noi italiani ci piangiamo un po' addosso, dicendo che la nostra situazio-

ne e sempre la peggiore o che comunque abbiamo sempre problemi, direi che l'impianto legislativo italiano sulle sanzioni amministrative per il possesso per uso personale è invece uno dei più moderni e pragmatici, considerando, anche l'età di questo provvedimento, cioè dieci anni.

Dobbiamo anche dire che questa sorta di depenalizzazione de jure, di diritto, che vi è nel sistema italiano, è la prima ed è stata l'unica per tantissimi anni. Nel '92, si è aggiunta la Spagna, che ha penalizzato una condotta che non era regolata dal codice spagnolo, creando una sanzione amministrativa per violazione dell'ordine pubblico e introducendo nel sistema spagnolo delle sanzioni molto simili alle nostre e ultimamente, penso sia meno di una settimana fa, il Presidente della Repubblica portoghese ha approvato una legge che riprende l'esperienza italiana e l'esperienza spagnola, però fa frutto di quelli che possono essere stati, non gli errori ma comunque i problemi che sono venuti fuori in quelle esperienze e cerca di vederli in una prospettiva futura. Questa legge non è ancora in vigore, lo sarà nel giugno 2001.

Questi che ho elencato sono i soli tre casi in Europa dove vi è una depenalizzazione di fatto del possesso per uso personale.

Qual è la situazione della legge? Brevemente, abbiamo tre livelli di regolamento di questa materia. Abbiamo un primo livello, quello dei paesi che reprimono il mero consumo di droga, come reato distinto dal possesso. Sembra una ginnastica giuridica, ma non lo è in quanto il fatto che uno stato membro voglia reprimere il singolo consumo di droga ha sicuramente un impatto molto più forte in tutta la politica antidroga. Questi paesi sono l'Irlanda, la Francia, la Svezia e la Grecia. Questo significa, per esempio in Svezia, che se qualcuno viene sospettato di aver fatto uso di droga nelle ore passate o anche in tempi addietro, è obbligato a sottomettersi a un test delle urine e il fatto di risultare positivo a questo esame fa scattare delle sanzioni amministrative: viene punito il fatto passato, quindi siamo in un regime molto più stretto del nostro. Il sistema svedese è un sistema dove la politica antidroga è molto ferrea, molto dura e il fatto di reprimere l'uso di droga è visto come una barriera all'entrata dei giovani in questo settore.

Il secondo gruppo di paesi è composto da quelli che non reprimono l'uso direttamente per sé, nella legge non trovate la parola "uso", però lo reprimono indirettamente tramite il possesso per l'uso, generalmente con un problema enorme di quantità, nel senso che nessuno degli stati membri è riuscito a mettersi d'accordo su quale quantità dovesse definire quale tipologia di reato. In Germania addirittura, che è uno Stato dove ci sono i Lender, la Corte Costituzionale nel '94 ha detto che il possesso per uso personale di cannabis sarebbe stato meglio sospenderlo in sede processuale a seconda delle quantità e le quantità dovevano essere decise dai Lender. Lì c'è una situazione incredibile, perché abbiamo da due grammi di cannabis come soglia principale, fino a un pacchetto di fiammiferi, in un Lender. Quindi vi è una varietà enorme nella definizione della quantità. I paesi di questo gruppo sono tredici.

Vi è un grande consenso a livello europeo nella repressione del possesso per uso personale e questo è importante, anche perché il possesso per uso personale viene visto come sanzione ridotta rispetto al possesso in generale quindi vi è, nella mente del legislatore europeo, se ce ne fosse una, l'idea che il possesso per uso personale deve essere in qualche modo distinto dal possesso senza altri fini.

Poi abbiamo invece l'altra situazione che appunto abbiamo già detto. I paesi che non reprimono con misure penali il possesso per uso personale sono l'Italia e la Spagna, storicamente, e il Portogallo, da qualche mese.

Vorrei dare un contributo alla discussione sull'articolo 75 e sul dibattito che vi è ogni tanto anche sulla stampa, che purtroppo è molto distorto, sul fatto che la depenalizzazione dovrebbe essere totale.

Per depenalizzazione totale si intende una sorta di comportamento che non viene regolato dalla legge, né di forma penale, né di forma amministrativa, quindi si liberalizza una condotta, che è quella dell'uso e del possesso di droga. Lasciando da parte le con-

vinzioni personali, secondo me, questo è impossibile dal punto di vista giuridico internazionale.
L'Italia, nel '98, ha firmato una convenzione che dice, cito testualmente, che gli Stati devono stabilire, devono dare carattere di reato penale - parlano di "criminal offences", quindi di reato penale - a tutta una serie di elementi come la produzione e la manifattura, la preparazione, il possesso o l'acquisizione; con questo già saremmo fuori legge, a questo punto, con la Spagna e il Portogallo.
Fortunatamente, il paragrafo due dice che a seconda dei principi costituzionali e dei concetti di base del sistema giuridico, ogni nazione farà il necessario per dare il carattere di reato penale nel suo ordinamento giuridico, quando commesso intenzionalmente, al possesso, acquisto e coltivazione di droghe contrarie alle provvisioni della convenzione.
Vediamo che cosa dicono le convenzioni internazionali, oltre a quella dell'88, quella del '61 sulle droghe - che aveva chiarito che il possesso doveva essere inteso come un'attività illecita - e quella del '98, che ha calcato ancora di più la mano dicendo non solo che è una attività illecita, ma che bisogna darle un carattere penale. L'unica cosa che ha dato la possibilità a questi Stati di uscire dal discorso penale è stata questa espressione "secondo i principi costituzionali e secondo le basi di diritto", con cui si intende che una norma generale può dare la deroga alle convenzioni internazionali; poiché né la Spagna, né l'Italia, né il Portogallo hanno prodotto nessun tipo di deroga, non ci sono degli emendamenti.
Quindi, una totale depenalizzazione, credo fermamente, ci porrebbe dei problemi di relazione con l'organo delle Nazioni Unite per il controllo degli stupefacenti, anche se non sono previste sanzioni da questo organismo nel diritto internazionale.
Passiamo invece alla pratica. Qual è la pratica, che cosa succede negli stati membri quando la polizia ferma qualcuno per possesso di marijuana, di droga, di eroina e lo trasmette al magistrato che ha la funzione che in Italia ha il Prefetto? L'Osservatorio sta finanziando uno studio su quello che succede al tossicodipendente quando entra in contatto con la Giustizia. Sarà disponibile il prossimo anno e potrete trovarlo sul nostro sito Internet, gratis.
Dagli elementi preliminari di questo studio si nota già che la polizia reprime l'uso quando è visibile per strada, quando crea un problema di ordine sociale, quando dà fastidio alla popolazione, oppure quando è pericoloso per altri. La polizia, nettamente, anche nei paesi in cui vi è una legge molto forte, si astiene dall'andare a cercarsi il reato, anche violando, certe volte, la legge perché tante polizie non hanno la possibilità di giudicare il reato sul posto, sono obbligate, dal principio di legalità, a riportare ogni tipo di reato che loro incontrano al magistrato. Quindi vi è già un certo giudizio dato dalle forze di polizia. Quando comunque il rapporto arriva al magistrato inquirente, arriva all'autorità preposta a giudicare, e il magistrato ha deciso, si è reso conto che vi è una modica quantità, non vi è sospetto di spaccio e non vi sono altri reati, almeno in dodici stati su quindici, perciò in una stragrande maggioranza degli stati membri, si privilegiano le forme alternative all' applicazione della pena.
Queste forme alternative però sono, se guardiamo l'Europa, un po' schizoidi, un po' variopinte. Si passa da un estremo all'altro. Infatti, se si facesse un viaggio dalla Grecia al Portogallo in treno, con una modica quantità di cannabis, penso che si potrebbero incontrare tutte le tipologie che i reati penali includono, dal niente alla prigione.
Quali sono queste sanzioni amministrative? Generalmente la multa finanziaria per due tipologie di persone, il consumatore occasionale e ricreativo, il consumatore regolare, già abbastanza radicato nella tossicodipendenza, con tutto quello che c'è in mezzo, quindi anche con le zone grigie tra queste due categorie. Dopo la multa, seguono la sospensione condizionale della pena, il trattamento psicologico o sanitario.
Abbiamo rilevato, dai dati che riceviamo, che vi è un incremento nella domanda di trattamento per cannabis, anfetamine, droghe sintetiche. Non ricordo i dati con precisione, ma è molto alto, parliamo di più del 30/40 per cento rispetto agli anni scorsi, quindi vi

è sicuramente un uso che si è radicato, che sfocia in tossicodipendenza da queste sostanze.
Poi vi sono i cosiddetti avvisi, ammonimenti, formali e non formali. In qualche stato l'ammonimento formale viene registrato in una sorta di registro e quindi ha un impatto molto forte anche nel prosieguo della vita di questa persona.
Il principio che sottintende a questa prassi, parliamo di dodici stati membri su quindici, è che il carcere è una misura sproporzionata e tre volte più costosa che un percorso alternativo orientato alla riabilitazione medica o al consiglio alla persona.
Quindi, il dato europeo è che il carcere è rifiutato da dodici stati membri su quindici come misura per fronteggiare l'abuso di droga. Solo la Svezia e la Grecia e la Finlandia si mantengono su posizioni molto rigide, ma per quello che ho spiegato prima, per il concetto che la minaccia del carcere può essere dissuasiva in un ambiente culturale dove la droga è molto demonizzata, è vista e presentata in un aspetto molto negativo e quindi effettivamente un giovane di 18 anni, svedese, ha un'idea della droga, dell'hascisc, molto diversa dal suo coetaneo italiano o spagnolo o portoghese che sia.
Vorrei presentare due esperimenti che stanno venendo fuori in Inghilterra e in Irlanda e che sono più o meno nell'idea di questo workshop.
Si tratta di quello che gli anglosassoni chiamano drug courts, le corti droga o i tribunali per droga. E' una cosa che dubito che in Italia si conosca in quanto viene riferita ad un sistema di common law, di legge non civile, di legge anglosassone: sono in uso in America, in Australia, in Canada e ora anche in Irlanda, attraverso un progetto pilota, e in Inghilterra.
Si tratta di un processo tramite il quale il tossicodipendente o il consumatore, una volta arrestato dalla polizia, viene indirizzato a un tribunale, immaginiamoci il tribunale americano, con il giudice seduto in cima e la platea; questo giudice è specializzato nella droga, ha ricevuto dei corsi di formazione molto approfonditi, molto puntuali, sulle persone che si trova davanti. Perciò il giudice instaura con questa persona una sorta di contratto, mette la persona di fronte all'atto compiuto, dice quali sono le possibilità penali, le conseguenze che il reato che ha commesso comportano e propone alla persona di firmare un contratto. Se la persona decide di firmare, entra in un percorso terapeutico di cui leader è sempre il giudice. Questo è molto importante, è il giudice che ha sempre la possibilità di tornare indietro sulla sua decisione e di applicare il percorso sanzionatorio o di continuare a dare la possibilità a questa persona all'infinito; la legge non gli dice uno, due o tre volte, ma all'infinito.
Il giudice dà immediatamente, senza fare passare giorni, la persona in affidamento ai servizi sociali che sono lì presenti in aula. I servizi sociali prendono in carico questa persona, che ritorna al suo lavoro, ritorna a casa e viene monitorata ogni giorno attraverso, in America lo fanno, in Irlanda si pensa di no, dei test delle urine a sorpresa. Succede che la persona, se ritrovata positiva, ritorna dal giudice e questi le chiede conto di questa condotta, in base al contratto che lui ha firmato. Ho visto un video, che era eccezionale, di un colloquio tra due persone che tendevano entrambe alla riabilitazione di uno di questi soggetti. La sala è frequentata da partecipanti al programma, nel senso che tutti quelli che sono stati arrestati il mese prima e che sono ancora in questo programma terapeutico ogni giorno, dalle otto all'una o nel pomeriggio, presenziano e partecipano a questo tipo di concertazione. Il giudice ha la possibilità, finito il programma, di dare dei vantaggi finanziari o comunque delle agevolazioni in termini di accesso al lavoro e alla vita normale, attraverso una cerimonia di premiazione.
Questo era un esempio perché il principio è lo stesso. C'è qualcuno per cui non pensiamo che il carcere sia giusto; vediamo qual è la possibilità di creare un' alternativa efficace. Si tratta di trovarla.
L'ultimo elemento che volevo puntualizzare forse non ha molto a che vedere con la legge sulla droga, ma è una tendenza galoppante nei Paesi dell'Unione Europea. Durante gli ultimi 24 mesi, sette stati europei hanno deciso di riunire le loro strategie sulla droga in

documenti fisici che si chiamano "piani di azione, strategia". In tali documenti questi Stati decidono quali sono i principi, le linee di intervento, gli obiettivi, i target, la valutazione, in un percorso temporale molto preciso, riguardante sia il campo della domanda, sia il campo dell'offerta, sia la cooperazione internazionale.
Normalmente è una commissione di esperti che analizza la situazione e che crea in un documento la strategia nazionale contro la droga; è una commissione interministeriale nel senso che lì troviamo le azioni nel campo della riduzione della domanda, del sociale, della repressione, del riciclaggio del denaro.
Per esempio, in Inghilterra questo processo è durato due anni: 2.500 persone sono state contattate da questa commissione, tra assistenti sociali, famiglie, tossicodipendenti, ministri, poliziotti, tutti coloro che in qualche modo avevano a che fare con la droga ed è stato presentato un documento che tiene conto di tutti questi aspetti.
Questo è successo in Spagna, in Portogallo, in Inghilterra, in Francia, in Germania, negli ultimi anni.
L'Unione Europea, quest'anno, a giugno, ha adottato un piano di azione globale contro la droga, per il 2000/2004, che il nostro Presidente del Consiglio ha firmato, impegnando l'Italia a tenere fede a ciò che c'è scritto; ci sono delle cose abbastanza concrete, cioè sei target da raggiungere, da qui al 2004. Vedo difficilissimo per l'Italia il poter arrivare a questi target se l'informazione dall'Europa non passa ai livelli sottostanti e agli operatori; non penso che sarà possibile nel 2004 arrivare a un risultato, se non si conoscono neanche le proposte.
La mia proposta era questa, magari non sarà possibile farla ora, per il momento politico, ma in futuro. Viviamo ancora in un'impostazione di politica ministeriale in questo Paese: ogni ministero ha la sua politica, ha il suo budget, questione fondamentale, e la mette in pratica secondo le sue direttive, le sue linee guida. Però, se questa politica sulla droga è differente o comunque non va d'accordo con la politica della droga che fa il ministero a fianco, creiamo sicuramente un problema all'opinione pubblica e alla messa in pratica di una politica efficace.
In Spagna c'è un documento in cui è indicato chiaramente che cosa lo Stato ha deciso di fare in materia di droga, da qui al 2008; è stato adottato attraverso un accordo intrapartitico, nel senso che maggioranza e opposizione hanno lasciato da parte le armi e si sono messe d'accordo su un documento sulla droga. Da noi sarebbe inimmaginabile, perché proprio la droga è presa, questo mi dispiace molto, come elemento di conflitto ed è uno scontro irresponsabile, perché muoiono un sacco di persone, tante famiglie sono distrutte, e lo devo dire come europeo, i nostri politici ancora continuano dialetticamente a scontrarsi su queste cose.
Sono avvilito dall'informazione che leggo nei nostri giornali e che vedo al telegiornale. Penso e spero che i nostri giornalisti guadagnino abbastanza per fornire un'informazione corretta all'opinione pubblica. Mancano di responsabilità quando fanno passare una informazione che viene letta dai giovani, che voi magari vi ritrovate nelle Prefetture, e dal pubblico e che quindi forma la coscienza sociale, che non rende assolutamente, non testimonia il dibattito delle cose reali che sono discusse.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Vorrei riprendere il riferimento che ha fatto il dottor BALLOTTA ai vincoli che ci vengono dalle convenzioni internazionali che abbiamo sottoscritte. Noi spesso ci dimentichiamo di questo. Per esempio, quando parliamo di depenalizzazione, di decriminalizzazione eccetera, non teniamo conto di questi limiti che ci vengono dalle norme che il dottor BALLOTTA ha ricordato. Quando si trattò di ammettere o non ammettere il referendum nel 1993 sulla depenalizzazione della detenzione per uso personale, la Corte Costituzionale - siccome non è ammissibile un referendum che sia in contrasto con un patto internazionale - per riuscire a superare questo problema - facendo riferimento a una norma della convenzione del 1988, l'articolo 3 e non mi ricordo quale paragrafo, il 4 mi pare, il quale dice testualmente che "in casi di reati di natura

minore, le parti possono in particolare prevedere, in luogo di una condanna o di una sanzione penale, misure di educazione, di riadattamento, di reinserimento sociale nonché, qualora l'autore del reato sia un tossicomane, misure di trattamento terapeutico e di assistenza sanitaria ospedaliera" - disse che quando si tratta di depenalizzare comportamenti tenuti da un tossicodipendente, si può ammettere che in sostituzione della sanzione vengano applicate delle misure del tipo indicato.
Devo dire che questo modo di intendere la disciplina convenzionale non è stato molto apprezzato negli ambienti internazionali che si occupano della materia, in particolare l'Ufficio internazionale per il controllo dei narcotici ci ha varie volte rivolto critiche, anche dure, per il modo in cui abbiamo inteso queste norme convenzionali. Il centro della loro critica sta nel fatto che in realtà noi siamo andati ad una depenalizzazione, senza individuare e recingere l'area del reato di natura minore, in relazione al quale sarebbe possibile questa sostituzione. L'anno scorso mi è capitato di partecipare al Ministero ad una riunione con rappresentanti di questo Ufficio internazionale delle Nazioni Unite e abbiamo sostenuto una dura polemica, perché loro non accettavano la nostra interpretazione. Noi l'abbiamo difesa e alla fine loro ci facevano l'esempio di altri paesi che non hanno fatto cose del genere e infine abbiamo dovuto dire che ci sono delle scelte che hanno una giustificazione di carattere logico e che appartengono anche a una certa autonomia nazionale, ma poi, in particolare, che abbiamo un sistema reso più rigido dall'obbligatorietà dell'azione penale, cioè quello che facciamo lo dobbiamo per forza scrivere nella legge penale, mentre in altri Paesi possono di fatto depenalizzare comportamenti di detenzione per fini di consumo attraverso il non esercizio dell'azione penale. Questo argomento un po' li mise in difficoltà e mi pare che dopo di allora non ci sono state altre proteste, però di qui a poco non è difficile che ne vengano di nuove.
Abbiamo finito la parte generale di presentazione, di avvio dei nostri lavori. Cominciamo allora con le diverse aree: cominceremo col parlare delle esperienze di applicazione della normativa sulle sanzioni amministrative.
Quindi, chiamerei il dottor Cesare CASTELLI, del Ministero dell'Interno. Seguirà poi il dottor Alfio LUCCHINI.»

Dott. Cesare CASTELLI:- «Faccio parte della Direzione Generale dei Servizi Civili del Ministero dell'Interno e questo ufficio pone molta attenzione, tra le altre cose, alla conoscenza, al monitoraggio di tutta l'area del sociale e, nell'ambito delle problematiche legate a quest'area, viene dato grande rilievo proprio al problema della droga, perché è un aspetto della realtà odierna di tale importanza e di tale rilevanza, forse da essere addirittura considerato il problema per eccellenza, magari più di tanti altri a cui stampa, mass media, politica danno maggiore rilievo.
Il settore di cui noi ci occupiamo si inserisce nel discorso che faceva il Prefetto ZOTTA precedentemente, cioè cerchiamo di vedere nell'ambito dell'articolo 75, dei colloqui, quali sono, da una parte, i problemi che pongono e la loro efficacia, monitorando le situazione, dall'altra, cerchiamo di dare una formazione, che riteniamo essenziale in questo settore, al personale e agli operatori.
Poi c'è anche il discorso dell'informazione alle Prefetture e, tramite le Prefetture, sul territorio. Come ha detto il Prefetto, certamente la circolazione delle informazioni è uno dei problemi rilevanti, che oggi e domani dovranno essere curati con particolare efficacia e attenzione.
Vediamo innanzitutto il problema della conoscenza, il profilo della conoscenza e il monitoraggio delle situazioni. Ci stiamo muovendo, dal '96 ad oggi, su una strada che ci sta portando a conoscere più o meno approfonditamente la realtà che abbiamo sul territorio, attraverso una serie di iniziative o autofinanziate, poco, perché i problemi sono sempre quelli di budget, oppure finanziate, molto, sul Fondo per le politiche antidroga, il Fondo Antidroga, sia a livello centrale, sia a livello periferico da parte delle Prefetture. Avete già sentito, la Prefettura di Macerata e altre Prefetture stanno intraprendendo egre-

giamente questa strada.
Siamo partiti nel '97 con un monitoraggio sull'attività svolta dai NOT, perché se dobbiamo incidere sulle modifiche normative e poi vedere come strutturarle, è chiaro che dobbiamo conoscere la situazione che c'è sul territorio. Quell'anno abbiamo svolto un'analisi dell'esperienza dei NOT di sei anni ('91-'96/'97), dall'inizio della loro attività e anche se, chiaramente, questa è già una cosa storica, perché l'evoluzione è costante, però è stato un punto di partenza che ci è servito per approfondire negli anni successivi il lavoro di conoscenza e di progettualità, per vedere dove occorreva puntare per migliorare le procedure, per conoscere quali sono effettivamente i problemi del territorio.
Questo dato è venuto fuori, come ha detto il Prefetto, dal gran numero di colloqui che si svolgono davanti agli assistenti sociali coordinatori, nonché ai NOT, formati da assistenti sociali e da funzionari della Prefettura e del lavoro: bisogna riconoscere che il NOT e gli assistenti sociali coordinatori svolgono in quest'area un lavoro che di fatto si sta estendendo anche ad altre aree che non sono le tossicodipendenze, aree in generale delle problematiche sociali, immigrazione, disagio giovanile, fragilità sociale, anziani, eccetera. I risultati di questa indagine sono stati poi pubblicati in un volume che è stato distribuito sul territorio, attraverso le Prefetture, e che è servito anche per la discussione con gli stessi assistenti sociali e i Prefetti.
Siamo passati, successivamente, sulla base di queste acquisizioni, a elaborare una progettualità per conoscere i risultati dei colloqui dei NOT perché, parliamoci chiaro, se ci sono dei colloqui, bisogna pur sapere se vanno a buon fine o meno. Le statistiche ci danno dei numeri, delle percentuali però noi dobbiamo monitorare attentamente, provincia per provincia, l'efficacia che hanno questi colloqui. Il principio della valutazione del risultato è diventato oggi un elemento basilare non solo nel campo dei servizi sociali, ma un po' in tutti i campi e soprattutto laddove ci sono dei rilevanti effetti sull'utenza. Questo perché chiaramente ci si rende conto dell'esigenza di una oculata utilizzazione delle risorse pubbliche e si impone una verifica degli investimenti sociali, per privilegiare quelli che offrono maggiori garanzie di successo e quindi, eventualmente, per modificare, o migliorare laddove si nota che ci sono delle problematicità.
Quindi, sempre per valutare l'efficacia degli interventi, abbiamo superato l'ottica del controllo formale per passare a una valutazione dei risultati prodotti sull'utenza. Questo progetto è stato finanziato nel '99 e appunto si è posto lo scopo di realizzare un'indagine valutativa delle azioni messe in atto dai NOT in base all'articolo 75 nei confronti dei tossicodipendenti. L'indagine è svolta attraverso una metodologia quali-quantitativa su otto Prefetture, per questioni di budget, e poi ci siamo accorti, quando sono usciti i risultati, che anche questi sono inviati sul territorio in modo da poter avere i primi flash di ritorno. Ci siamo accorti come otto Prefetture su 103 erano un po' poche. D'altronde il budget era quello. Abbiamo rifatto il progetto, ci è stato rifinanziato l'anno scorso, alla fine del '99, ed è tuttora in fase di svolgimento, per cui dovrebbe terminare nella metà dell'anno prossimo, a giugno o luglio (sta andando abbastanza bene) in modo da poter avere veramente un quadro completo e molto preciso e puntuale di ciò che c'è nel territorio in questo settore. Le prime analisi le potete tranquillamente trovare presso le Prefetture, perché le abbiamo distribuite proprio perché è importante che si conosca quello che è venuto fuori. Adesso lo stiamo rifacendo su tutto il territorio ed è un impegno notevole; su 103 Prefetture, le otto che hanno già partecipato, sono un aggancio, lì c'è una specie di follow-up su questo aspetto.
Poi, abbiamo preso in considerazione, con un altro progetto molto importante che si sta rilevando sempre più problematico e acuto, il problema dei consumatori saltuari di sostanze stupefacenti in relazione appunto all'articolo 75. Gli obiettivi di questa ricerca sono quelli, da un lato, di analizzare le modalità attraverso le quali i NOT affrontano il problema dei consumatori saltuari di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia vecchie che nuove, e dall'altro di analizzare le modalità di interscambio esistenti tra i diversi organismi territoriali che intervengono nel settore e le esperienze delle buone prassi che affron-

tano queste problematiche, in modo da delineare dei possibili modelli procedurali generalizzabili, nel rispetto delle differenze organizzativo - funzionali registrabili a livello locale.

Questo è un aspetto particolarmente importante perché stiamo cercando proprio di vedere - e questo probabilmente dovrà essere uno dei punti nodali da portare avanti - il percorso che un tossicodipendente deve fare dal momento della segnalazione fino al momento finale, quando va anche nei SERT o nelle comunità. Perché, chiaramente, è un percorso che deve seguire, non si può fermare, perché la prima parte della procedura si fa presso le Prefetture, la seconda presso i SERT e così via. Il percorso è unico e sarebbe deleterio se ci fossero delle interruzioni di conoscenze.

La ricerca sui consumatori saltuari è in corso e terminerà verosimilmente alla metà del prossimo anno. A questa ricerca seguirà poi un percorso di informazione e formazione degli operatori che appunto adesso cominceremo a studiare con le società, gli enti che stanno gestendo queste progettualità.

Stiamo cercando una diversa tecnica di colloquio e, anche con gli assistenti sociali, stiamo sperimentando presso alcune Prefetture, il cosiddetto colloquio motivazionale, cioè quella particolare tecnica metodologica adottata per aiutare le persone a riconoscere i loro problemi attuali e potenziali legati alla persistenza di un comportamento disadattivo e a mettere in atto le strategie necessarie per modificare questo comportamento; tale tipologia di colloquio potrebbe rivelarsi particolarmente utile laddove ci sono persone riluttanti al cambiamento e che assumono una posizione ambivalente e quindi sono più di tipo persuasivo che coercitivo.

Torno a dire, quindi, sintetizzando al massimo, che si vogliono perseguire due obiettivi di ordine generale: uno sperimentale, un modello operativo e uno metodologico specifico e poi l'altro, per elaborare una teorizzazione che contribuisca alla formulazione di questo nuovo modello, in modo da aumentare e migliorare la motivazione al cambiamento e facilitare l'approccio con strutture socioterapeutiche e riabilitative. E' una sperimentazione che stiamo portando avanti e vedremo poi che risultati darà nel prossimo anno. Se darà risultati non diciamo positivi, ma buoni e soddisfacenti, vedremo di portarla ancora più avanti e di renderla più operativa sul territorio concordando ovviamente con i NOT le modalità, i tempi, le applicazioni.

In quest'ottica globale, quest'anno abbiamo elaborato un progetto indirizzato a conoscere i problemi delle ultime droghe, le sintetiche, dello sballo del sabato sera, delle discoteche, con un progetto che si chiama "Discoteca, Alcool e Nuove droghe, quale relazione?", perché la cultura dello sballo si inserisce nelle dinamiche che si creano all'interno del gruppo dei pari, in cui si condividono esperienze ed emozioni, nonché il desiderio di contravvenire a certi valori, in cui il giovane non si riconosce. Dai colloqui questo ovviamente emerge: buona parte dei giovani fa uso di alcolici e di nuove droghe quasi sempre il venerdì e il sabato sera, prima, durante e dopo le discoteche.

Voglio aprire una parentesi: all'inizio di quest'anno, del 2000, abbiamo mandato una circolare in tutte le Prefetture, chiedendo quali erano le aree su cui dovevamo puntare maggiormente l'interesse, sia progettuale, sia formativo. Questo per ricollegarci un po' al discorso del colloquio, della sinergia centro - periferia/periferia - centro, che deve essere costante perché soltanto in questo rapporto quasi intimo tra i due aspetti, cioè il territorio e il centro che deve raccogliere, elaborare e rimandare al territorio, si può costruire qualche cosa di reale, di pragmatico e soprattutto che sia nell'ottica della prevenzione del fenomeno.

Passiamo al secondo profilo, cioè alla formazione. E' un aspetto, torno a dire, essenziale, perché senza la formazione di tutti gli operatori, non è pregnante l'attività di contrasto e poi perché un momento in cui ci si può confrontare è proprio quello di un seminario, di un corso. Noi intendiamo formazione come formazione permanente, non come seminario e aggiornamento. Perché la formazione non finisce mai, è un continuum di dare e avere, di elaborazione, di sintesi e anche di ricerca di nuove metodologie per

poter conoscere, approfondire e verificare i problemi e noi pensiamo - e questo dovrebbe essere forse uno degli aspetti da tenere conto nell'ambito di una rivisitazione della norma - che si debba rendere obbligatoria, come avviene anche nel privato, per esempio, in altri Paesi europei e non, l'attività di formazione, non dico soltanto nella droga, ma un po' in tutti gli aspetti.
Abbiamo iniziato questa formazione sempre nel '96/'97, con una serie di seminari: un ciclo puramente informativo, di vecchio stampo, un altro ciclo invece era impostato su criteri più manageriali. Abbiamo cercato di far diventare il NOT un ufficio con la "U" maiuscola, cioè di amalgamare professionalità che sono profondamente diverse all'interno del NOT, poi di mettere l'ufficio in relazione con l'esterno, esterno visto sia come altri uffici della Prefettura, sia come organismi esterni, fuori della Prefettura, come SERT, comunità, eccetera. Sono state usate le metodologie del management: è stato dato l'incarico a delle persone che svolgono la loro attività manageriale in grosse società a livello nazionale, private, e sulla base di questo, poi abbiamo continuato e l'anno successivo, il '98, inizio del '99, abbiamo fatto un'altra attività di formazione nella quale sono state soprattutto esaminate le nuove droghe, le metodologie del colloquio e le modalità, i vincoli, le valutazioni delle attività, e questo sia in una serie di seminari, sia con una formazione a distanza, attraverso l'elaborazione di un piccolo e sintetico manuale per gli operatori delle Prefetture, che abbiamo distribuito. E' stato elaborato anche con il prezioso aiuto degli assistenti sociali, nonché della società che aveva gestito i corsi ed è proprio un manuale di pronto uso, che uno dovrebbe tenere sul tavolo, per consultarlo.
Poi abbiamo fatto un discorso di formazione sul territorio, cioè abbiamo detto che le esigenze del territorio sono disparate, perché il territorio è vasto, ha tanti aspetti diversi, quindi abbiamo ottenuto un finanziamento per coprire tutta l'area con una serie di corsi svolti nelle regioni e nelle province, dove abbiamo dato una griglia di argomenti e poi, in ciascuna regione e provincia, questa griglia è stata arricchita, ampliata a seconda delle esigenze peculiari del luogo.
Un ultimo accenno sulle altre iniziative di prevenzione. Mi sono soffermato su quelle che ha promosso la Direzione Generale, però sono state anche finanziate, sempre sul Fondo, alcune iniziative che partono dal Dipartimento della Pubblica Sicurezza - che riguardano soprattutto l'aspetto del monitoraggio della conoscenza delle sostanze tossiche, in modo da essere in grado di poter meglio combattere le droghe e ponendo in essere strategie idonee ed efficaci - dalla Direzione Centrale per la Documentazione, cioè un'iniziativa tesa alla razionalizzazione e standardizzazione dei flussi informativi del Ministero dell'Interno, previa l'elaborazione di nuovi modelli di rilevazione. Inoltre ricordiamo la realizzazione sperimentale di un sito per la diffusione delle informazioni, con 23 Prefetture, per un importo complessivo di oltre tre miliardi e cento milioni, su tematiche peculiari dei vari territori. Diverse di queste iniziative sono indirizzate alla formazione del personale delle Prefetture e delle scuole guida per una migliore sensibilizzazione dei giovani guidatori, altre invece alle forze dell'ordine e altre ancora riguardano alcune problematiche locali. Tutti questi aspetti sono stati e verranno comunque veicolati, tramite le Prefetture, sul territorio affinché ci sia appunto quello scambio continuo e costante di informazioni dalla periferia al centro e dal centro alla periferia.»

Dott. Alfio LUCCHINI:- «Ringrazio per l'invito a partecipare che mi è stato fatto dal Coordinamento delle Regioni per le Tossicodipendenze. Mi chiamo Alfio LUCCHINI e, come professione, sono responsabile del Dipartimento delle Dipendenze in una ASL milanese. Farò solo quattro riflessioni rispetto al tema, concentrandomi maggiormente sulle potenzialità e criticità nell'esperienza dei servizi, rispetto all'applicazione dell'articolo 75.
La prima riflessione è anche una premessa. Obiettivamente, già i dati presentati nel documento conclusivo della Conferenza di Napoli, a mio parere, potevano dare delle indicazioni precise sulle caratteristiche delle segnalazioni e del lavoro conseguente a queste

e ai dispositivi dell'articolo 75. Se andiamo a vedere le caratteristiche socio - demografiche dei giovani segnalati, le caratteristiche di età e anche dell'uso di sostanze, rispetto ai dati presentati nel '97, nel 2000 vediamo un aumento di consumatori di droghe leggere, una diminuzione delle segnalazioni ai SERT e un lieve incremento delle sanzioni.
Queste caratteristiche sono già state presentate in altre relazioni, però voglio valorizzarle ulteriormente perché danno anche un'indicazione su alcune difficoltà che a lungo andare il sommarsi delle segnalazioni, arrivate a 250.000, possono creare.
C'è anche una tendenza a ricevere, da parte del terminale, cioè dei servizi per le tossicodipendenze, segnalazioni di utenti, per quanto riguarda le droghe pesanti, in gran parte già conosciuti e invece una difficoltà rispetto agli utenti che "più ci interesserebbero", cioè quelli che consumano droghe eccitanti, mi riferisco a derivati anfetaminici, ecstasy ma anche alla cocaina; quindi c'è una difficoltà a indirizzarli a percorsi terapeutici. L'età media degli utenti, 23 anni, rimane costante, anzi forse è in diminuzione.
Lo scopo centrale dei servizi di cura e di riabilitazione è quello di agganciare più soggetti possibili e in un periodo di uso non stabilizzato in modo specifico.
Mi soffermo su questa necessità di indirizzo, che riguarda sia i nuclei operativi prefettizi sia i servizi per le tossicodipendenze, ovviamente sotto delle fattispecie diverse, per una necessità di specializzazione di entrambi questi servizi.
Mi soffermo ancora sulla cocaina. Bisogna tener conto che in alcune aree, se prendiamo ad esempio l'area metropolitana milanese, questo emerge anche dai dati dei servizi stessi, il consumo di cocaina è equipollente ormai al consumo di eroina e quindi bisogna prestare molta attenzione a non sottovalutare, anche nelle segnalazioni prefettizie, i consumatori di cocaina e indirizzarli in un modo adeguato al sistema complessivo dei servizi.
La prima riflessione che ho voluto fare richiama la capacità di discernimento nelle varie situazioni che si presentano all'osservazione, la capacità di specializzazione, di indirizzo, specialmente rispetto ai fenomeni importanti, come sicuramente il consumo degli oppiacei, ma altrettanto importante, il consumo delle droghe stimolanti.
La seconda riflessione riguarda l'impegno che - e qui mi riferisco ai servizi per le tossicodipendenze - la potenzialità dell'attuale legislazione ha spostato sui servizi, per poter cercare di raggiungere l'obiettivo che dicevo prima.
Se guardiamo le numerose esperienze - ne ho esaminate alcune in Toscana, Lombardia, Veneto, Umbria - che sono in atto nei servizi per le tossicodipendenze per affrontare la realtà dei giovani segnalati ai sensi dell'articolo 75, vediamo che hanno delle caratteristiche assolutamente comuni. Partendo da quei dati socio - demografici che ho detto, escludendo i consumatori di oppiacei, concentrandoci su una fascia di età fino ai 26/27 anni, vediamo che la caratteristica di tutte queste esperienze innovative nell'esaminare gli utenti, è quella di vedere dei giovani consumatori o di droghe leggere o di ecstasy o di cocaina talora, che hanno spesso un lavoro, una scolarità bassa, segnata come al solito da interruzione negli studi, scarsi interessi generali e sicuramente una minimizzazione, una non comprensione della segnalazione che è avvenuta alla Prefettura. Per questi giovani, in sintesi, le proposte che vengono fatte sono essenzialmente basate sull'offerta di un'attività di gruppo. Devo dire che questo è abbastanza suggestivo e sicuramente positivo, visto che nei giovani - ovviamente non mi soffermo adesso su analisi di tipo sociologico, anche queste tra l'altro parzialmente ricordate - si evidenzia la centralità della modalità aggregativa, come momento di confronto anche con la realtà della droga.
I vari studi vedono la modalità aggregativa giovanile rispetto al consumo di sostanze come momento di discussione, come momento di scelta, ma spesso anche come momento di passaggio rispetto all'uso di sostanze. Indubbiamente, organizzare attività di gruppo per i giovani può avere anche un significato di avvicinamento al mondo giovanile.
Questi gruppi solitamente sono visti fuori dal contesto dei SERT, seppur attivati e quasi sempre condotti da operatori dei SERT.
Questa è una seconda scelta, la scelta del contesto non istituzionale, che mi sembra

molto importante, non solo per le caratteristiche che spesso hanno i servizi per le tossicodipendenze, rafforzate anche dall'inadeguatezza delle sedi, ma anche per significare un interesse verso il giovane che va oltre la sanzione e l'esame urinario per le eventuali sostanze di abuso, ma va teoricamente verso una dimensione più motivante.
La forma dell'intervento in queste esperienze varia, si va da veri e propri corsi, con temi di educazione sanitaria, richiami di leggi, proposte di materiale informativo, analisi dei rischi di determinati comportamenti, ad esperienze più elastiche, che quasi si avvicinano al modello dell'auto - mutuo aiuto.
L'intervento può essere correlato direttamente alle classiche visite e accertamenti o più spesso svincolato, ovviamente con la giusta commisurazione anche ai sensi delle relazioni previste dal D.M. 448, verso la natura e la forma della segnalazione prefettizia, adeguandosi alle norme anche da questo punto di vista. Ritengo che siano esperienze molto importanti, in alcuni casi sono stati anche riportati dei risultati molto incoraggianti, che ovviamente si valutano sull'assenza di recidiva e fondamentalmente sulla motivazione dei soggetti.
La terza riflessione è più su un'esperienza che sto seguendo personalmente in un'area milanese che vede impegnati un servizio per le tossicodipendenze, un'organizzazione del privato sociale accreditata e la Prefettura di Milano; tra l'altro in sala c'è l'assistente sociale GANDINI, del Nucleo operativo prefettizio di Milano, che sta seguendo con noi questa esperienza.
E' un'esperienza all'interno di un progetto che si intitola "La prevenzione specifica dei nuovi stili di consumo, dalla strada a un centro educativo polivalente" ed è quindi un progetto che vede insieme pubblico e privato sociale.
Lunedì è stato firmato dal nostro Direttore Generale e dal Prefetto, il Protocollo di intesa tra la ASL e la Prefettura e questa esperienza riguarda soggetti detentori e consumatori di sostanze stupefacenti leggere, anche recidivi, soggetti detentori e consumatori di sostanze stupefacenti psicoattive, non recidivi. I presupposti di questo progetto, che sarà di durata biennale, attengono alle caratteristiche innovative dell'utenza che, come dicevo prima, rende necessario orientare in modo un po' più strategico i nostri interventi e organizzare in modo formale una rete operativa centrata sui bisogni specifici dell'utenza giovane con problematiche tendenzialmente non patologiche, non riconosciute come tali. Il progetto si basa su una grande capacità di coordinamento tra servizio per le tossicodipendenze, l'ente ausiliario della Regione Lombardia, nella fattispecie la Cooperativa Lotta contro l'emarginazione, e la Prefettura. Gran parte del progetto riguarda appunto delle fattispecie dell'articolo 75, esclusi gli oppiacei. Questo progetto viene fatto in una sede esterna al SERT, gestita insieme dai due enti che ho detto prima, SERT e privato sociale e da operatori socio - educativi, che svolgono questo programma con, sullo sfondo, la realtà del SERT istituzionale e la Prefettura. Centrale - prima si parlava anche di formazione, anche da questo punto di vista è partito il progetto formativo integrato - sarà proprio la capacità di formazione e di interscambio. Lo snellimento delle procedure si concretizza nel fatto che i giovani sono invitati a presentarsi direttamente nella sede educativa ed avviati ad una attività di gruppo che prevede una parte direttiva condotta dagli operatori, più sullo stile della prevenzione e informazione, e una parte autogestita, con discussione e riflessione. I veri obiettivi diventano quindi: aumentare la consapevolezza del giovane di fronte ai rischi, sviluppare il suo senso critico, la capacità di relazionarsi con gli altri, al limite considerare l' opportunità di rivolgersi agli operatori. Questo tipo di progetto che punta sulla motivazione e sulla consapevolezza, a nostro parere, pur all'interno di riferimenti forti, che sono i riferimenti formali, delle regole, tende ad andare oltre le regole e oltre la visione puramente segnalatoria. Vedremo di monitorare con attenzione questo programma e di poter dare degli elementi ulteriori.
L'ultima riflessione riguarda le problematiche legislative. E' indubbio che, dopo le premesse che ho fatto e le esperienze che ho tratteggiato, si potrebbe dire che tutto è roseo, che c'è una possibilità molto importante di collaborazione e di lavoro nell'interesse del-

l'utenza. Ovviamente, tutto questo esiste e deve essere assolutamente sviluppato. Credo però che dobbiamo sempre tenere presente una convinzione che è diffusa e che ha i suoi fondamenti, cioè che vi è una difficile convivenza di base tra interventi del circuito terapeutico e interventi del circuito sanzionatorio. Tutto questo al di là della buona volontà e delle modifiche legislative che possano aiutare ulteriormente questa buona volontà.
Rispetto all'osservazione fatta dal Prefetto ZOTTA sulla modifica del comma 9, sull'invio a "reti territoriali" e non solo al SERT, anch'io credo che questo sia un punto decisamente interessante ed importante.
Sicuramente siamo in una situazione in cui il sistema di intervento terapeutico e riabilitativo nel nostro Paese, intendendo con questo l'insieme del pubblico e del privato sociale, è ormai abbastanza maturo per riaffermare una centralità degli interventi. Dal punto di vista della fattispecie che stiamo esaminando, e dell'osservazione che è stata fatta su un intervento più diffuso, la raccomandazione che mi viene in mente è questa: il livello da sviluppare è sicuramente quello della programmazione territoriale, che significa anche, vista la coincidenza di questa programmazione territoriale in tante parti d'Italia con gli ambiti delle Aziende Sanitarie Locali, saper costruire a livello di un territorio, di una ASL, un sistema che possa cogliere i mutamenti, l'evoluzione dei fenomeni, nonché la ricchezza dei contesti socio - ambientali utili per interventi di presa in carico, di motivazione, di riabilitazione. Il sistema di intervento territoriale, inteso in questo modo, potrebbe anche essere chiamato, in senso diffuso, però, non in senso burocratico, "dipartimento". In questo modo intendo l'invio a una rete territoriale più ampia.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Passiamo al dottor GUELFI, professore di Clinica delle tossicodipendenze all'Università di Genova.»

Prof. GUELFI: - «Sono stato per tanti anni Direttore del SERT di Genova e quindi vengo dall'esperienza sul campo; attualmente sono Presidente della Società Italiana Tossicodipendenze e membro del Comitato scientifico dell'Osservatorio del Dipartimento Affari Sociali. Adesso la mia attività è principalmente quella di formatore, in Italia e in Europa, e parlerò proprio di un intervento di formazione, quello a cui ha accennato il dottor CASTELLI, con un gruppo di operatori e assistenti sociali coordinatori dei NOT principalmente dell'Italia centrale. E' un'esperienza cominciata due anni fa presso la Prefettura di Arezzo, basata su una premessa, cioè che il lavoro del NOT ha in mano uno strumento, e uno soltanto, che si chiama colloquio, che è un qualche cosa che mette molte volte allo sbaraglio operatori peraltro motivati, ma sofferenti di un disagio derivante dalla povertà dello strumento che hanno in mano, tanto più povero quanto meno dotato di strumenti di lavoro di tipo tecnico.
Bisogna considerare le difficoltà oggettive derivanti dal fatto che i convocati non sono venuti di loro spontanea volontà, quindi per definizione la loro motivazione è molto bassa, se non inesistente o addirittura con segno negativo, perché sono persone che arrivano con una ostilità derivante dal fatto che molto spesso si sentono vittime di un sopruso.
Conosco molto bene il disagio soggettivo degli operatori a cui facevo cenno, perché in tanti anni di lavoro nel Servizio Tossicodipendenze ho capito benissimo qual è l'atteggiamento, diciamo pure, di sufficienza da parte degli operatori dei SERT, che a volte si verifica in questo ambito.
Più in generale, a noi sembrava che questo insieme di cose creasse forti problematiche aggiuntive nella relazione fra il soggetto convocato e le istituzioni e quindi che rischiasse poi alla fine di contraddire il senso stesso di questo strumento che il Parlamento italiano aveva voluto inventare.
Il lavoro di formazione che abbiamo fatto si è focalizzato sul tentativo di trasmettere una tecnica di colloquio che si chiama motivazionale, che è in grado di aggiungere capacità relazionali e quindi non vuole sovvertire e cancellare quello che già c'era prima. Si

aggiungono, come un valore aggiunto alle capacità operative degli operatori, tecniche atte a migliorare la qualità del colloquio, ad accrescere e a valorizzare quel tanto o poco di motivazione che c'è nel soggetto convocato e in un'ottica che in qualche modo vada nella direzione, per prima cosa, di far accettare a questa persona l'interazione, perché una persona può anche venire al colloquio e può non venire, ma può venire e non accettare l'interazione, oppure essere nella direzione di attivare piuttosto il percorso terapeutico che l'accettazione obtorto collo delle sanzioni, magari accettazione orgogliosa delle sanzioni, a fronte di un riconoscimento della competenza di chi ti sta parlando.
La legge ha voluto prevedere l'accettazione della segnalazione e al limite della sanzione in un'ottica riabilitativa; può essere un'apparente contraddizione, ma chi c'è dentro sa che non lo, perché la sanzione si può accettare in tanti modi, si può accettare perché non ti riconosco e quindi fai pure il tuo mestiere e mandami al patibolo, oppure si può dire va bene, ma non sono pronto. La base tecnica dell'intervento che noi abbiamo fatto è il colloquio motivazionale, che è codificato nel sistema scientifico internazionale. C'è un libro di base che si chiama Motivational Interview, del 1991, c'è un'enorme messe di lavoro applicativo e, molto importante, il riconoscimento dell'agenzia degli interventi sulla droga statunitense, la NIDA, che ha pubblicato un elenco di servizi e di interventi operativi che sono evidence based, cioè basati su evidenze di efficacia e fra questi c'è il Motivational Enhancement Treatment, che è una tecnica derivata dal colloquio motivazionale, che quindi ha un riconoscimento a livello di pubblicazioni scientifiche e di metanalisi internazionali di validità e di efficacia.
Non mi dilungo, ovviamente, sulla tecnica, ma vi dirò che l'esperienza iniziale si è svolta con due moduli formativi, uno di base e uno di approfondimento, con un gruppo di quindici/venti assistenti sociali coordinatori e anche alcuni funzionari presso la Prefettura di Arezzo, ha dato risultati che, in questa prima fase, sono stati un riscontro soggettivo di enorme interesse da parte degli operatori. E' stata riferita una sensazione di marcata utilità in termini sia di relazione, sia di accresciuta competenza personale nel lavoro e quindi ci siamo trovati di fronte alla necessità di vedere se questa sensazione riferita era in qualche modo verificabile, oppure se era semplicemente un incoraggiamento, una sorta di pacca sulla spalla data a persone in difficoltà, che quindi poi erano contente per questo.
Quindi, con la collaborazione della Direzione dei Servizi Civili, si è avviata una sperimentazione vera e propria, finanziata dal Fondo 309, condotta con criteri di valutazione scientifica.
Ora andremo, con un'assegnazione con sistema random di soggetti che si presentano al colloquio casualmente o nella direzione di un trattamento di tipo tradizionale, con un colloquio standard oppure condotto da operatori formati, al colloquio motivazionale secondo tali tecniche. Abbiamo individuato un sistema di indicatori di processo e indicatori di outcome, di risultato, in base ai quali speriamo di essere in grado di poter fare una valutazione statistica scientificamente validabile dei risultati di questo lavoro, che è ormai in process da tempo. In gennaio cominceremo il periodo di sperimentazione, che contempla un'ampia serie di casi distribuiti in dieci Prefetture di tutta Italia, dopo di che ci sarà una pubblicazione e ci sarà poi la valutazione da parte della Direzione dei Servizi Civili, come accennava il dottor CASTELLI, delle eventuali conseguenze da tirar fuori da una sperimentazione che si riveli utile, vedendo in che misura e per che aspetti si riveli tale, nel qual caso verrà enfatizzata, altrimenti potrà anche essere cestinata.
Penso che sia un lavoro significativo, perché si recupera una nuova tecnica, reca un contributo a una categoria professionale di grande valore, spesso misconosciuto, applica a un campo come questo, che è sempre fondato più sul fumo che sull'arrosto, dei criteri di ricerca scientifica. Pubblicheremo questi risultati in una rivista, con la revisione dei pari.
La base di tutto questo è un mio personale giudizio positivo sull'esperienza dei NOT. So che qualcuno arriccia il naso sui NOT e temo che un processo di riforma di questo istituto dell'articolo 75 possa in qualche modo castrarlo, nel senso che gli toglierà la poten-

zialità di cui è dotato. Credo che invece tale potenzialità andrebbe confermata, e penso che tutto quello che è stato detto prima di me oggi vada in questa direzione e mi associo molto volentieri a questo fiume di consenso, perché è uno strumento originale e unico. E' uno strumento che, nell'attesa che arrivino delle Drug Court, come ci diceva il dottor BALLOTTA, ha un'importanza enorme e in nessun altro dei paesi europei c'è ancora un qualche cosa che abbia questo tipo di senso, perché l'importanza del senso amministrativo, non penale quindi, è di grande rilevanza. Teniamocela cara questa cosa, non disarmiamola. Non credo che sia schizofrenico. Anzi, ieri il nostro Ministro della Sanità ha detto schizoide, non so che cosa intendesse esattamente. Come psichiatra sono rimasto un po' perplesso su questo termine: come dire che siamo in contraddizione. Credo che questo sia un campo nel quale la contraddizione è di casa: la tossicodipendenza, i problemi della droga sono contraddizioni continue e totali, con le quali bisogna saper convivere, tenerle insieme e ragionarci.
Se abbiamo degli strumenti che ci permettono di avere contatto con delle persone che sono in stadi iniziali di uso, di contatto con le sostanze, spesso non informati, è essenziale che riusciamo a sviluppare dei metodi di colloquio che attirino queste persone a parlare con noi, piuttosto che li respingano mettendoci noi dalla parte dei tromboni, del potere con la "P" maiuscola e le virgolette che affligge e che opprime, al posto di essere invece un operatore che ti dà una mano a capire e ad andare avanti.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Grazie al professor GUELFI. Visto che ha fatto riferimento a modifiche che potrebbero danneggiare i NOT, lo pregherei di prendere visione di questo schema di disegno di legge di cui ha parlato la dottoressa ZOTTA e di farci sapere che cosa, secondo il suo avviso, potrebbe essere dannosa. Adesso possiamo passare ad un'assistente sociale e coordinatrice, Gianna MOSCATELLI e subito dopo daremo la parola a Margherita SOLDO.»

Dott. Gianna MOSCATELLI:- «Lavoro nel Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura di La Spezia. Il procedimento avviato in Prefettura, ai sensi dell'articolo 75 del DPR 309/90, ovvero la segnalazione all'autorità amministrativa per detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, manifesta due aspetti essenziali della legislazione in materia, quello dell'aiuto e quello del controllo.
Dopo il referendum del '93, in particolare con l'abrogazione del concetto di dose media giornaliera e con l'attribuzione al Prefetto e non all'autorità giudiziaria penale della competenza in ogni caso di detenzione di stupefacenti in cui sia accertato l'uso personale, l'aspetto del controllo è stato attenuato a favore di un approccio sempre più orientato verso il processo di aiuto alla persona.
Sul piano della nostra esperienza di lavoro, nel contatto diretto con le persone chiamate al colloquio, emerge un dato molto importante, anche se indubbiamente in molti casi chi è stato segnalato è indotto a presentarsi poiché teme la sospensione dei documenti, cioè la possibilità che viene data di utilizzare un ambito colloquiale di ascolto della persona e dei suoi vissuti può costituire di per sé uno spazio di confronto, di chiarimento e di maggiore comprensione delle problematiche che generalmente i ragazzi hanno difficoltà ad affrontare nel contesto familiare e sociale. Questo elemento è particolarmente significativo rispetto ai consumatori di sostanze leggere, poiché il Nucleo Operativo della Prefettura è l'unico ufficio pubblico con cui tali consumatori, segnalati dalle forze dell'ordine, sono tenuti ad avere un contatto formale.
In questo senso, il lavoro del NOT si configura come essenzialmente preventivo, sia perché rivolto ad una fascia di età piuttosto bassa e che tende costantemente ad abbassarsi, sia perché, ad esempio nella nostra realtà il 75,72 per cento delle segnalazioni è riferito a sostanze di tipo leggero e spesso si tratta di ragazzi che da poco hanno iniziato l'uso di queste sostanze.
Premettiamo che il nostro lavoro è strettamente legato a quello delle forze dell'ordine e

di conseguenza anche alla sensibilità dei singoli operatori che segnalano i ragazzi e che nel corso di questi ultimi anni rivolgono maggiore attenzione proprio verso le situazioni di rischio potenziale, più che a quelle di disagio ormai conclamato.
Nel corso di questi dieci anni di applicazione della legge, abbiamo comunque assistito a vari trend nell'andamento delle segnalazioni. Nei primi anni di applicazione, riguardavano prevalentemente persone dedite all'uso di sostanze pesanti, soprattutto eroina. Si trattava di persone generalmente già conosciute dai SERT, se non addirittura in carico ad essi, e la fascia di età in cui si concentrava il maggior numero di segnalazioni era quella comprendente gli ultra trentenni.
Negli ultimi anni abbiamo assistito a due cambiamenti importanti. Il primo riguarda il tipo di sostanza: sono nettamente aumentate le segnalazioni di sostanze leggere, come abbiamo già sottolineato, e stanno aumentando quelle segnalazioni per detenzione di cocaina, mentre diminuiscono nettamente quelle per eroina. Ci pare significativo notare come la cocaina sia trasversale al tipo di consumatore, nel senso che viene usata indifferentemente dai ragazzi segnalati per cannabis e che manifestano durante il colloquio un atteggiamento denigratorio e insofferente verso i tossicodipendenti e dai consumatori abituali di eroina. Ci pare che questo aspetto dell'aumento delle segnalazioni di cocaina dovrebbe essere messo in maggiore evidenza, perché spesso è sottovalutato.
L'altro cambiamento importante è dato dal costante abbassamento della fascia di età che pone le persone più giovani a maggior rischio di segnalazione. Nel '99, la fascia di età con il maggior numero di segnalazioni è risultata quella fra i 21 e i 25 anni, seguita subito dopo dalla fascia 15 - 20.
Quello che ci preme sottolineare è come l'attuale impostazione del lavoro nei NOT permetta due importanti funzioni. La prima di queste riguarda la possibilità di individuare precocemente situazioni di potenziale rischio. A questo proposito, segnaliamo la difficoltà spesso incontrata relativa, da un lato all'opportunità di inviare la persona al SERT, dall'altro alla diffidenza con cui spesso i ragazzi guardano questa struttura, vissuta come stigmatizzante e che può portare in alcuni casi a richiedere piuttosto l'applicazione delle sanzioni amministrative. In effetti, il SERT, per il tipo di utenza e il modo in cui spesso è strutturato, non appare il servizio più idoneo dove poter inviare giovani consumatori di sostanze stupefacenti di tipo leggero.
Nella nostra Provincia, si è riusciti a superare questo ostacolo con l'istituzione di un Centro per le consultazione delle famiglie degli adolescenti, gestito dal SERT e finanziato con i fondi del DPR 309/90 dove inviamo i ragazzi considerati a rischio, segnalati per sostanze leggere ed ecstasy.
Questo tipo di esperienza sta dando buoni risultati, per lo meno in fase di approccio con i ragazzi, che non si sentono giudicati e etichettati come tossicodipendenti nel dover fare riferimento a questo tipo di struttura. A nostro avviso, questa è una esperienza sicuramente esportabile ed è auspicabile che venga introdotta in altre realtà.
Infine, segnaliamo un altro aspetto importante del lavoro svolto all'interno del NOT, che è la possibilità di un monitoraggio costante sull'evoluzione del fenomeno. La notevole mole di segnalazioni permette infatti di avere dati oggettivi, aggiornati e validi sulle modalità di consumo, sulle tipologie di consumatori e dà la possibilità di prevedere gli scenari futuri, costituendo così un punto focale per la progettazione di fondate e centrate campagne preventive.»

Dott. Margherita SOLDO:- «Faccio parte del NOT della Prefettura di Roma. Ho sentito la relazione della collega. Grosso modo, anche presso la Prefettura di Roma, il trend delle segnalazioni più o meno è identico nel senso che, all'entrata in vigore della legge, abbiamo avuto una prevalenza di segnalati per droga pesante, specialmente eroina, man mano stiamo andando verso segnalazioni per droga, tipo la cocaina. A noi è arrivata anche qualche segnalazione recentemente di Special K, ecstasy (parecchia), cocaina, in abbondanza, e specialmente l'hascisc ha il peso maggiore nel numero delle segnala-

zioni.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Con riferimento alle esperienze mediche, ci sarebbe il professor Franco TAGLIARO.»

Prof. Franco TAGLIARO:- «La mia brevissima relazione riguarda un argomento che mi pare sia un po' eterogeneo rispetto al tema di base della sessione. Comunque, credo, abbia un suo rilievo.
L'argomento è: gli strumenti di conoscenza oggettiva sui quali gli operatori che devono prendere decisioni riguardanti l'applicazione dell'articolo 75 devono basarsi. Naturalmente, sappiamo bene che i benefici di legge dell'applicazione di queste norme richiedono la conoscenza dei comportamenti delle persone, che in una società che accetta il metodo scientifico, si deve basare su metodologie validate, che diano risultati, obiettivi e oggettivabili.
Per questo, la moderna tossicologia analitica prevede già da tempo un criterio, una strategia di diagnosi che si basa su test di screening e test di conferma. E' inutile che qui ribadiamo l'importanza assoluta dell'affidabilità del dato analitico: poiché viene utilizzato per la formulazione di una diagnosi, deve essere per quanto possibile affidabile e, come si dice, in termini analitici, accurato, cioè riflettere la realtà.
Per questo, le metodologie che vengono impiegate, che si debbono o si dovrebbero impiegare, e che purtroppo non sempre in questa realtà lo sono, devono prevedere una fase di screening, in cui i test possono essere abbastanza rapidi, qualitativi, in modo da poterli eseguire su grossi numeri, ed in pratica si basano su metodologie immunochimiche, che devono però essere necessariamente seguiti da test di conferma. Questi ultimi devono avere carattere di maggiore specificità e selettività. Solo l'accordo qualitativo e quantitativo del test di screening e del test di conferma può portare a un risultato che abbia una difendibilità, eventualmente, in ambito giudiziale. Comunque, che sia accettabile dal punto di vista della tossicologia forense. Queste non sono novità naturalmente.
Una volta che ci siamo chiariti sull'aspetto della strategia analitica che si richiede in questo ambito, vorrei attirare la vostra attenzione su un altro aspetto che spesso è trascurato, cioè la scelta del campione che deve essere impiegato per gli scopi che ci si propone. La farmacocinetica, il metabolismo delle sostanze di abuso, è tale per cui i differenti campioni biologici forniscono differenti tipi di informazione e solo conoscendo la farmacocinetica e quindi le finestre di validità cronologica dei vari campioni, si può avere un'idea basata sulla validità dei risultati che si vanno a interpretare. Sappiamo benissimo che la finestra analitica di validità del sangue è di poche ore e ciò naturalmente impone che questo campione sia utilizzato quando si va a cercare uno stato di intossicazione acuta. Sono errori clamorosi quelli che vengono spesso eseguiti anche in ambito medico, quando si impiegano analisi urinarie per valutare lo stato di intossicazione acuta del soggetto. Un soggetto coinvolto in un incidente stradale che sia positivo alle urine, diciamo positivo e già questo è un termine di enorme grossolanità, comunque che presenti livelli sostanziosi di stupefacenti nelle urine, non per questo può essere etichettato come soggetto che sia stato coinvolto in un incidente stradale o che abbia guidato sotto l'effetto di droga, perché la finestra di validità cronologica delle urine è sostanzialmente diversa da quella che si richiede per valutare l'attualità dello stato di intossicazione. Invece, naturalmente, l'urina può essere utilizzata per valutare retrospettivamente un'assunzione di qualche giorno e quindi può essere per la valutazione a breve termine del comportamento di abuso. Un altro tipo di campione che ultimamente è entrato ampiamente nella pratica analitica è l'esame del tessuto pilifero, peli pubici e capelli, eccetera. In questo caso, il significato dell'analisi è di valutazione retrospettiva di varie settimane o mesi, che si estende non solo al consumo, ma essenzialmente anche alle altre condizioni di pesante esposizione a droga. Questo è un dato che deve essere conosciu-

to e che può essere valutato positivamente o negativamente. Comunque, teniamo presente che per valutare il consumo o l'esposizione in situazioni in cui questo consumo non sia quotidiano o non sia cronico o sub cronico, ma episodico, l'analisi dei capelli può offrire uno strumento, anzi, offre l'unico strumento che abbia un senso dal punto di vista tossicologico. Vi sono poi altri campioni biologici su cui non mi soffermo.
Porto l'ultima diapositiva che riguarda la nostra esperienza: è un lucido di difficile interpretazione, ma cercherò di spiegarvelo in due parole. Nella nostra struttura abbiamo seguito alcune migliaia di soggetti con esami dell'urina seriati, otto controlli per circa quaranta giorni, e con un campione di capelli. Da questi risultati risultano delle cose sulle sostanze per le quali bene o male vi è una dipendenza fisica e che quindi comportano, in un certo senso, una necessità di assunzione ripetuta a breve o relativamente breve distanza di tempo. In questi casi, l'analisi seriata delle urine fornisce risultati abbastanza convincenti, anche se l'analisi dei capelli ha una sensibilità diagnostica nettamente maggiore.
Se andiamo a vedere l'ecstasy, dove il consumo è tipicamente occasionale, troviamo chiaramente come l'analisi delle urine sia del tutto inefficace per identificare un abuso, mentre l'analisi dei capelli, naturalmente coprendo in maniera certamente meno specifica un lasso di tempo ben maggiore, è uno strumento che può dare risultati importanti.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Adesso dovremmo dare la parola a Valerio QUERCIA, in rappresentanza del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali. Avverto che stiamo iniziando la parte della nostra riunione che riguarda le proposte di modifica.»

Dott. Valerio QUERCIA:- «Intervengo a nome del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, di cui sono il segretario. Lavoro in una Prefettura e anche nell'interesse dell'ultimo intervento, debbo dire che in Prefettura non strappiamo capelli a nessuno, come abbiamo visto e capito dagli interventi che mi hanno preceduto e mi sembra che la relazione riguardasse più che altro le parti sul Codice della strada.
Ringrazio veramente per la possibilità che mi è stata data di intervenire e vorrei che questo mio intervento non venga assolutamente interpretato come un rivendicativo da parte della categoria degli assistenti sociali. Vorrei aprire una piccolissima parentesi, per ricordare che il Ministro dell'Interno non è stato presente ieri e mi sembra che questo Ministero sia quasi completamente assente da questa conferenza, tranne che per la dottoressa ZOTTA e qualche rappresentante; vedo che in questa sessione ce ne sono molti, anche perché è la sessione che riguarda l'articolo 75, che è precipuamente mandato del Ministero dell'Interno. Mi sembra però che non ci sia stata, a livello generale, un'attenzione per il lavoro che viene fatto nelle Prefetture.
Proprio il Ministro NAPOLITANO, nella sua relazione e mi sembra una relazione importante quella che fece alla Conferenza di Napoli, ricordava che tra l'altro andava valorizzato il profilo professionale degli assistenti sociali, affinché non si determini nel soggetto che viene convocato in Prefettura una reazione di diffidenza e di chiusura, mentre stiamo parlando di un compito, che viene svolto dalle Prefetture all'interno dell'articolo 75, di prevenzione secondaria, perché la parte sanzionatoria viene considerata soprattutto nell'ambito di un percorso riabilitativo o comunque motivazionale, come diceva il professor GUELFI. E' importante tener conto di questo, perché altrimenti si continua ad alimentare un equivoco enorme, che è nella mente di molte persone che non lavorano in questo ambito, cioè quello di pensare che l'articolo 75 sia l'articolo con cui vengono puniti i tossicodipendenti e questo in maniera molto superficiale viene detto diverse volte e mi sembra che non rispecchi minimamente la realtà di ciò che succede all'interno delle Prefetture.
Il nostro è un lavoro abbastanza difficile, anche per il contesto in cui si svolge. Gli assistenti sociali lavorano in un contesto molto caratterizzato, come quello della Prefettura e certamente ciò richiede una notevole capacità professionale e anche personale, cioè la

possibilità di stabilire con la persona che viene convocata in Prefettura, che non si presenta volontariamente, un contatto empatico, per poter stabilire una relazione che permetta a questa persona di prendere coscienza del suo stile di vita, di aumentare eventualmente la motivazione a un cambiamento del suo stile di vita e comunque di avere delle informazioni che riguardano la legge - posso dirvi, dalla mia esperienza personale, che molti ragazzi non conoscono minimamente la legge - di aumentare le nozioni riguardo all'uso delle droghe. Molti giovani vengono in Prefettura perché sono stati trovati in possesso di ecstasy, fanno uso di ecstasy, ma non conoscono minimamente gli effetti che queste sostanze hanno su di loro.
Direi che il momento centrale del colloquio deve essere tenuto nella precipua competenza dell'assistente sociale. L'articolo 75 recita un po' ambiguamente che il Prefetto viene assistito nella sua attività legata al colloquio, dal Nucleo Operativo Tossicodipendenze, di cui fanno parte assistenti sociali e funzionari. Purtroppo, in alcune Prefetture, di questo sono a conoscenza, viene imposta, all'interno del momento del colloquio, la presenza del funzionario, oltre che dell'assistente sociale. Non metto in dubbio la sensibilità e la capacità dei funzionari, ma chiunque sa come è difficile poter entrare in contatto con questa persona, quando esiste un'altra persona presente al colloquio e spesso questi, purtroppo capita e questo lo so, ha una forte caratterizzazione legata alla parte della legge e alla parte amministrativa, che è una parte certamente dell'articolo 75, ma che non permette assolutamente di mettere in atto tutte le potenzialità che il colloquio ha e di cui parlavamo prima. Per cui penso che l'articolo 75, in una futura variazione, debba prevedere il fatto che il momento del colloquio debba essere responsabilità e compito esclusivo dell'assistente sociale, al di là del fatto che poi il funzionario può essere benissimo il responsabile del procedimento amministrativo.
Ancora una piccolissima variazione dell'articolo 75: visto quello che è stato detto e i dati che ha portato la dottoressa ZOTTA che mi sembrano veramente espliciti, mi sembra che continuare a chiamare il nostro ufficio Nucleo Operativo Tossicodipendenze, sia, oltre che anacronistico, dannoso, perché il ragazzo che viene colto per la prima volta in possesso di una sostanza chiamiamola leggera, come abbiamo detto prima, che va al Nucleo Operativo Tossicodipendenze, la prima cosa che dice è: "guarda che questo è il Nucleo Operativo Tossicodipendenze, ma io non sono un tossicodipendente". Per cui ritengo che chiamarlo in un altro modo, ad esempio Nucleo Operativo Provinciale, poi si possono inventare vari nomi, possa essere interessante.
Mi sembra che escludere, come nel disegno di legge di cui abbiamo preso visione, la sanzione sulla patente, significherebbe un po' vanificare tutto il lavoro. Certamente non siamo utilizzatori della sanzione ed è dimostrato dai dati, in realtà una piccola parte dei ragazzi poi vengono sanzionati e gran parte perché non si presentano al colloquio e non perché vengono sanzionati durante il colloquio. La sanzione sulla patente ha un valore deterrente, in senso terapeutico, proprio in quei casi in cui si verifica un momento di stallo da parte del ragazzo: può avere un valore di scossa, per cui è uno strumento che deve poter essere utilizzato, anche se non sempre.
Nell'espressione iniziale del comma primo, che parla di "poter comminare le seguenti sanzioni", direi che si potrebbe mettere una o più sanzioni dell'elenco che c'è poi delle sanzioni, perché mi sembra che poter dare elasticità alla norma, vuol dire valorizzare il momento del colloquio che, ripeto, è il momento centrale del nostro lavoro e dell'articolo 75.
Mi fermerei qui sulle proposte di modifica e chiederei, se fosse possibile, di far parte del gruppo che poi stilerà la proposta di questa sessione.»

Dott. Rita BERNARDINI:- « Sono consigliere comunale a Roma della Lista Pannella Antiproibizionista e Referendaria, non faccio parte, evidentemente, degli esperti che hanno preso la parola nel corso di questa mattinata. Anch'io però un'esperienza ce l'ho rispetto a questa legge ed è relativa ai Tribunali di Roma e Milano, per le numerose dis-

obbedienze civili che abbiamo fatto, proprio sulle cosiddette droghe leggere.
Vorrei usare le parole del Governo, con quanto è stato scritto per esempio nella relazione, del 1999, sullo stato della tossicodipendenza, piuttosto che con le mie parole, perché credo che siano sicuramente più credibili quelle supportate da dati, che a mio avviso sono molto interessanti.
Ieri abbiamo avuto una presa di posizione da parte di un uomo di governo, il Ministro della Sanità VERONESI, un uomo di scienza, che sottoscriviamo in pieno e che credo dimostri quali discrepanze ci siano nel governo stesso nella valutazione degli interventi che debbono essere fatti nel settore delle tossicodipendenze.
In alcuni processi sono stata condannata, ma in uno di questi processi per cessione gratuita sono stata assolta, questo è successo a Milano, per reato impossibile; la cessione era quella di hascisc e sono stata assolta perché la quantità ceduta non era in grado di provocare danni alla persona che la riceveva. Credo che questa sentenza sia molto importante e speriamo che la giurisprudenza italiana sia in grado di scrivere altre sentenze di questo tipo.
Ma allora veniamo ai dati della relazione sulle tossicodipendenze, presentata in Parlamento il 30 giugno scorso. Partiamo dal 1990 cioè dall'11 luglio, dalla data di entrata in vigore della legge JERVOLINO VASSALLI. Da quella data fino al 31 dicembre 1999 sono state segnalati alle Prefetture, sempre in base all'articolo 75, ben 243.169 cittadini, di cui 19.261 minori. Di questi cittadini, ben 198.239 e cioè l'85 per cento, sono stati segnalati per uso di cannabinoidi. Lo avete già detto stamattina e mi scuso se non ero presente all'inizio, ma il fatto che si tratti di cannabinoidi e che queste persone hanno dovuto poi affrontare tutte le trafile previste dalla legge, a noi, come antiproibizionisti, appare assurdo.
Sempre in uno di questi processi, abbiamo avuto la testimonianza di due scienziati, MALIZIA e MUELER, che hanno detto che è praticamente impossibile stabilire qual è la cosiddetta dose drogante, per quel che riguarda hascisc e marijuana, così come è impossibile stabilire qual è il livello di dipendenza. Si è espresso con queste parole il professor MALIZIA. Solamente assunzioni abnormi estranee all'uso comune possono, dice teoricamente, provocare dipendenza, tant'è vero che si riferiva ad alcune comunità hippies che sopravvivono ancora negli Stati Uniti d'America, sicuramente estranei all'uso che della cannabis si fa in Italia da parte di milioni di consumatori.
Prima abbiamo sentito anche un rappresentante delle Prefetture. Noi ci chiediamo che significato può avere, come capita per esempio alla Prefettura di Roma, un colloquio che si tenga dopo tre anni dal fatto avvenuto, cioè da quando un ragazzo viene fermato e trovato con sostanza stupefacente. Meno male, perché nel frattempo il ragazzo ha potuto continuare la sua vita.
Vi dico come esperienza, perché poi succede così e questo lo voglio sottolineare, che la maggior parte delle persone che assumono sostanze stupefacenti leggere, siccome non si rendono conto della gravità perché non c'è gravità in quello che fanno, si disinteressano completamente della legislazione in vigore nel nostro Paese e se ne interessano solamente nel momento in cui sono colpiti in qualche modo o dalle sanzioni amministrative o in caso di cessione anche per reati di tipo penale.
L'altro giorno sono stata chiamata da un padre che era disperato perché suo figlio, completamente affermato, fa un lavoro normale, fa il pizzaiolo, ogni fine settimana consuma hascisc, lo fa ogni week end. Ebbene, è perseguitato perché non riesce mai a risultare negativo alle analisi che gli fanno, perché dovrebbe smettere un comportamento che egli ritiene completamente naturale, che non danneggia nessun'altra persona: l'unico danno è nel divieto, l'unico danno è nel narcotraffico, nella diffusione di queste sostanze, l'unico danno veramente pericoloso è nel fatto che i mercati, il mercato della droga è un mercato unificato, per cui sappiamo tutti che chi, senza scrupoli, vende questo tipo di sostanze cosiddette leggere, vende anche le altre. Questo vorrei dire a coloro che proprio in questi giorni hanno lanciato l'allarme cocaina: se i mercati sono unificati, e allora poi

vorrei sapere di chi è la responsabilità, fra qualche anno che giovani che in questo momento, e sono milioni, lo vediamo nelle scuole, sono consumatori di hascisc e marijuana magari diverranno consumatori di cocaina. L'allarme cocaina è stato già lanciato, però credo che non ci si può non porre il problema dell'unificazione dei mercati e della necessità di separarli.
Come avete capito, la nostra posizione è su una completa abolizione di queste norme, non solo di tutte le sanzioni penali, ma di completa legalizzazione di tutte le norme che prevedono le sanzioni amministrative, perché una domanda molto seria che dobbiamo porci è quanto costa tutto quello che la dottoressa ha elencato stamattina e a che cosa è servito in termini di sicurezza pubblica, che cosa è migliorato da questo punto di vista. Credo che in realtà dobbiamo domandarci se effettivamente ci troviamo di fronte ad un vero e proprio apparato di persecuzione nei confronti dei consumatori dei derivati della cannabis, la cui pericolosità sociale credo che sia tutta da dimostrare, anche perché è indimostrabile.
Lo Stato italiano spende l'80 per cento della spesa che sostiene per la lotta alle tossicodipendenze, per la repressione, solo il 20 per cento per la prevenzione e il trattamento. Qualche giorno fa ho guardato i dati della Svizzera. Lì sono molto arrabbiati, perché in realtà si spende il 50 per cento per la repressione e il 50 per cento per la prevenzione e il trattamento.»

Voce maschile:- «I dati chi glieli ha dati? Mi può dire la fonte di questi dati?»

Dott. Rita BERNARDINI:- «Quelli sull'80 per cento sono nella relazione.»

Voce maschile:- «Sono dati del Ministero dell'Interno?»

Dott. Rita BERNARDINI:- «No, del Governo.»

Voce maschile:- «Quale è la fonte, signora?»

Dott. Rita BERNARDINI:- «Relazione sulle tossicodipendenze del 1998, dal titolo "Il costo della tossicodipendenza". Conosco anche i dati svizzeri. Purtroppo il governo italiano ha tenuto il piede in più staffe e se noi andiamo a leggere le frasi - ve le posso lasciare agli atti - sulla prevenzione, che si trovano in questa relazione governativa, supportano una logica completamente riformatrice e non riformista, come qui purtroppo si è sentito e come la stessa ministra sostiene nelle sedi pubbliche.
"Vorrei ma non posso" è un po' la sua tesi e il suo modo di esprimersi. Noi diciamo che le alternative esistono: c'è l'esperienza olandese, esistono le nostre proposte di legge, che sono state depositate da sette anni in Parlamento e non sono mai state esaminate. Alla Ministra TURCO, che porta a sua discolpa il fatto che non può, perché nel Governo ci sono visioni diversificate, dobbiamo ricordare che Rosy BINDI ormai è stata fatta fuori, ma abbiamo un Ministro della Sanità che ieri ha detto certe cose e credo che a questo punto un salto di qualità, uno sforzo e un impeto un po' coraggioso la nostra Ministra dovrebbe assumerlo.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «La parola al dottor Giorgio FIDELBO, del Ministero della Giustizia.»

Dott. Giorgio FIDELBO:- «Sono un magistrato, attualmente lavoro presso il Ministero della Giustizia e mi occupo di affari legislativi, comprese tutte le cose che riguardano il mondo degli stupefacenti.
Ho lavorato con Peppino LA GRECA sulla riforma della legge del '90, ma quest'ultimo intervento ha un po' vivacizzato una mattina, che sembrava priva di mordente e ha nello

stesso tempo dimostrato che sul tema del consumo si confrontano opzioni ideologiche diverse. Ovviamente, è sbagliato andare a guerre di religione su questi aspetti, lo ripeto sempre: ognuno resta delle sue idee, sostiene la politica antiproibizionistica o proibizionista. Ovviamente non voglio entrare nel merito di queste scelte.

Il mio brevissimo intervento sarà limitato all'interno del sistema che il nostro ordinamento ha scelto, laddove però sono individuabili, non dobbiamo nascondercelo, delle politiche differenti. Vi è una linea estremamente rigorista, che ha come obiettivo quello di perseguire l'astinenza dal consumo di droga e vi è invece una politica più liberale, come quella dell'oratore che ha parlato prima di me, che invece punta a forme di legalizzazione o di liberalizzazione di droghe soprattutto leggere.

Sono posizioni che ognuno di noi può trovare più o meno vicine, può più o meno condividere, ma che nel momento attuale politico non hanno possibilità di successo, perché sono tutte e due, in questa fase storica, probabilmente molto estremistiche e allora, se la politica è l'arte del possibile, bisogna cercare di fare una politica realistica e probabilmente una di quelle che con molta difficoltà si sta individuando è la linea che punta sulle politiche di riduzione del danno. Probabilmente è questa la politica con cui dobbiamo confrontarci oggi, consapevoli del fatto che le altre sono, per ragioni diverse, tutte e due di difficile attuazione.

Il professor GUELFI, nell'intervento precedente, ha detto una cosa che mi ha colpito e che mi trova estremamente d'accordo: il mondo degli stupefacenti è un mondo della contraddizione e lo è tanto, che tutto il sistema di tutela e di controllo del consumo si fonda su una contraddizione, che deriva dalla stratificazione normativa che ha dato poi luogo al nostro sistema in vigore, cioè il rapporto tra circuito sanzionatorio e circuito terapeutico. E' un rapporto che è stato pensato quando il sistema era organizzato normativamente in un certo modo, cioè in cui c'era, alla fine di questo percorso, la minaccia della sanzione penale. Questa minaccia forte aveva negli occhi e nello spirito di chi aveva pensato questa riforma la funzione di indurre al patto terapeutico, quella che viene chiamata coazione indiretta al patto terapeutico. Poteva piacere, a me non piaceva molto ma in sostanza aveva una sua ragionevolezza, di finalizzazione e di scopo.

Questo meccanismo è entrato fortemente in crisi nel momento in cui il referendum abrogativo del '93 ha spazzato via il momento della penalizzazione delle condotte e tutto è rimasto a livello di trattamento sanzionatorio amministrativo, che ha prodotto degli scompensi anche all'interno di questo sistema. Vediamo rapidamente quali sono i possibili rimedi, che in parte sono stati individuati anche nel progetto di legge di cui si è parlato stamattina. Innanzitutto residuano obiettivamente dei casi di comportamento sicuramente legati al consumo personale di stupefacenti, ma che, per interpretazioni ambigue anche della giurisprudenza, molto spesso sono risultati ancora colpiti da sanzioni penali. Mi riferisco in particolar modo alla coltivazione cosiddetta domestica e all'uso di gruppo con cessione gratuita.

Nel lavoro che abbiamo fatto, ci siamo resi conto che sono tutte e due condotte che non hanno nulla a che fare con pratiche di cessione, ma che contengono comportamenti finalizzati all'uso personale, sia l'uso di gruppo con cessione gratuita, sia la coltivazione domestica.

Non mi trovo molto d'accordo con la dottoressa ZOTTA, perché mi sembra che laddove si parli di coltivazione domestica, il riferimento non sia alle tecniche di coltivazione agraria, dove c'è il problema della produzione e della circolazione di una sostanza stupefacente, ma la coltivazione cui fa riferimento il disegno di legge è la cosiddetta coltivazione domestica che già la giurisprudenza, in alcune sentenze, ha ritenuto depenalizzata.

E allora i primi interventi che sono stati proposti completano e portano ad attuazione il procedimento di depenalizzazione iniziato con il referendum abrogativo del '93 e non mi sembra che sia questo il punto più importante; non farei delle battaglie su questi aspetti anche se mi rendo conto che sulla coltivazione domestica, sull'uso di gruppo con cessione gratuita probabilmente il Parlamento non legifererà mai, almeno in questa fase,

perche ci sono dei contrasti ideologici e delle incomprensioni molto forti. Non si capisce che cosa significhi depenalizzazione, come ricordava Danilo BALLOTTA, non si capisce la differenza tra legalizzazione, liberalizzazione e depenalizzazione, neanche i parlamentari hanno le idee chiare su queste cose e continuano a parlare di depenalizzazione, laddove essa è stata già attuata e si deve solamente completare un processo già avviato.

Un primo punto di crisi del sistema è il completamento delle condotte di uso personale. Il secondo punto di crisi è il problema di come viene applicata questa normativa. Ricordo tempo fa che uno dei problemi che si poneva per la Polizia, anche quella giudiziaria, era il momento del controllo di colui che deteneva lo stupefacente. Uno dei problemi è stato questo: ma chi deve dimostrare la finalità dell'uso personale, la Polizia oppure il tossicodipendente?

La legge non aiuta, anche se vi sono state sentenze della Cassazione di Giudici di merito che hanno più volte fatto presente che, in questi casi, è la pubblica accusa, cioè l'autorità, che deve provare la finalizzazione a fini di spaccio, a fini di cessione, e dove una condotta "neutra" deve essere ritenuta, in prima battuta, come condotta probabilmente finalizzata ad uso personale. Questo tipo di atteggiamento concreto ha provocato delle frizioni nell'attuazione della legge e probabilmente un chiarimento su questo aspetto potrebbe essere utile.

Terzo punto, il sistema sanzionatorio. Come lo conosciamo oggi, parlo sempre delle sanzioni amministrative per il consumatore, è un sistema sanzionatorio che, a me e ad altri, appare un po' inadeguato per diverse ragioni, la più importante delle quali è che non distingue le diverse figure di soggetti che entrano in contatto con la droga. Nella legge del '90, tutte le varie condotte vengono omogeneizzate in un trattamento sanzionatorio, che non distingue le loro diverse peculiarità. Non si può trattare allo stesso modo, sempre in chiave sanzionatoria, il tossicodipendente, il tossicofilo, il consumatore abituale e il consumatore occasionale. Sono situazioni totalmente diverse, che necessitano di approcci di prevenzione differenti, e di approcci sanzionatori, se proprio li vogliamo, diversi anch'essi. L'importanza del discorso che è stato iniziato con quel disegno di legge, che probabilmente non è stata colta da chi ha commentato questo disegno, è proprio questa. Lo sforzo è quello di individuare delle sanzioni differenti per le tipologie del consumatore.

Faccio un esempio, è ovvio che il tossicodipendente in quanto tale debba essere curato e allora l'atteggiamento dei soggetti che lavorano in questo campo dovrà essere quello di chi induce alla cura, ma di fronte ad un consumatore occasionale - non so chi faceva l'esempio della persona che ha un lavoro e il fine settimana va a sballarsi in discoteca - prevedere un percorso terapeutico anche per questo soggetto è estremamente sbagliato, non ha senso pretendere di curare un soggetto che è normale e che non è tossicodipendente.

Le reazioni debbono essere diverse. Che cosa propone il disegno di legge in discussione, che non farà un passo, ma che è stato presentato? Dice: "è inutile che lo curiamo". Semmai facciamogli fare un corso di informazione sui rischi che eventualmente queste droghe che lui usa sporadicamente possono costituire per lui, informiamolo o al massimo, se non funziona, alla fine si può prevedere una sanzione che dovrebbe essere il meno afflittiva possibile, ma che abbia un significato. Allora abbiamo pensato inizialmente anche di prevedere i divieti di frequentare luoghi pubblici con la garanzia giurisdizionale; inizialmente avevamo pensato, se non sbaglio, anche ai lavori di pubblica utilità, laddove possibile. Mi rendo conto che non è facile, era stata quasi una provocazione, ma in sostanza la grossa novità di questo approccio riformistico era questa: avere ben presenti le differenze dei soggetti che devono essere controllati e tutelati nel contatto con lo stupefacente. Questa grave carenza del sistema attuale che omogeneizza i trattamenti sanzionatori, porta ad un'altra valutazione. Per capire come funziona il sistema dobbiamo aver presente come era prima del '93 e quello che significava.

La coazione al patto terapeutico allora funzionava perché vi era la minaccia penale. Sparita la minaccia penale, il discorso è diventato diverso. Tra il '90 e il '93, il Prefetto svolgeva un compito differente da quello che svolge dal '93 ad oggi.
Ho sentito con molto interesse tutte le esperienze che sono state portate qui dai colleghi del Ministero degli Interni e come e quanti e quali sforzi stiano facendo i Prefetti, per avere un atteggiamento culturale diverso rispetto alla loro impostazione. Perché questo? Perché si sono resi conto, ci siamo resi conto che l'atteggiamento nei confronti dei consumatori di droga, soprattutto del tossicodipendente, è un atteggiamento di chi deve invitare, indurre alla cura e allora mi chiedo: ma questi sforzi incredibili, ai quali va tutto il mio plauso e riconoscimento da parte delle Prefetture, che cosa ci dicono alla fine? E' un argomento che lancio in maniera anche provocatoria: ma siamo sicuri che oggi il Prefetto sia ancora il soggetto, l'autorità che debba occuparsi di questi problemi, nel momento in cui ormai di fatto l'atteggiamento è più sanitario che repressivo, nei confronti almeno del tossicodipendente? Allora ben vengano i NOT che affiancano il Prefetto, ben vengano questi tipi di strutture di ausilio che guidano praticamente il Prefetto nelle sue scelte, ma il problema però è anche del soggetto istituzionale che deve occuparsi di questa materia e probabilmente forse è il tempo di pensare ad un organismo misto, in cui ci sia magari anche il Prefetto, ma con qualcun altro che abbia istituzionalmente una cultura più vicina alla Sanità, al momento sanitario.
Non parliamo della liberalizzazione o della legalizzazione, che sono temi che rimarranno ancora per anni e che non riusciremo a risolvere: parliamo, nell'ambito delle scelte che sono state fatte, di come arrivare a ridurre i danni. Mi riferisco a quello che ho detto all'inizio: l'unica politica realistica di questi anni, secondo me, è quella della riduzione del danno, che deve essere fatta anche nel momento in cui la sanzione amministrativa, in qualche modo, porta a contatto il tossicodipendente con l'istituzione.
Non so se effettivamente sono stati fatti dei tentativi di riduzione del danno nelle politiche delle Prefetture. Non ho elementi e quindi non sono in grado neanche di fare valutazioni.
In altre realtà questo è stato tentato con estrema difficoltà nel mondo penitenziario, con tutti i rischi che una politica di questo tipo può comportare in quel mondo, ma è stato fatto e viene fatto anche nel mondo giudiziario; Milano, per esempio, offre un esempio molto interessante di collaborazione tra momento giudiziario e sanitario. A Milano esiste una struttura sanitaria in Procura, nella vecchia Pretura adesso Tribunale, in cui l'arrestato in direttissima che sia tossicodipendente e abbia commesso reati comuni, viene portato per avere un contatto immediato con la struttura sanitaria e il processo viene sospeso per qualche minuto proprio per realizzare questo circuito sanitario; quello che probabilmente non funziona e che dovrebbe funzionare è il modo in cui il tossicodipendente deve entrare in contatto con quello che abbiamo definito circuito terapeutico.
Probabilmente nel mondo del consumo, nell'aspetto del trattamento del consumatore, è venuta l'ora di analizzare con molta criticità, il rapporto fra circuito sanzionatorio e circuito terapeutico, perché dobbiamo capire che tipo di sanzioni fare, che tipo di sanzioni immaginare per evitare poi quello che è venuto fuori da alcuni interventi, cioè quell'atteggiamento di chiusura che il tossicodipendente ha nei confronti del Prefetto. Abbiamo sentito parlare dei Prefetti illuminati, ma non tutti sono così, vi sono Prefetti che hanno degli atteggiamenti culturali molto più chiusi e quindi probabilmente una riflessione su questi aspetti, secondo me, merita attenzione.
Danilo Ballotta diceva che l'esperienza italiana è una esperienza di avanguardia. Forse, fino a qualche tempo fa, era così. Ho dei dubbi che lo sia ancora, nel senso che va benissimo l'attrezzatura normativa, che può funzionare con le modifiche che io, in maniera magari molto confusa, ho indicato. Però, per esempio, ci sono dei Paesi come la Spagna o il Portogallo, che stanno facendo dei passi in avanti notevoli.
Sono stato a Lisbona ad un convegno, tempo fa, sugli aspetti della droga e in Spagna dicevano che da qualche mese funzionano le "narcosale" dove le persone, parlo dei tos-

sicodipendenti, vanno sotto controllo, a drogarsi. Anche questo è un esempio di politica di riduzione del danno.
Quando in Italia si parla di questa politica bisogna intendere qual è l'ampiezza di questa politica, fin dove può arrivare. Ripeto che comunque, probabilmente, la strada è questa, almeno dal mio punto di vista.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Diamo di nuovo la parola alla signora SOLDO, che avevamo interrotto mentre stava esponendo le sue proposte.»

Dott. Margherita SOLDO:- «Colgo l'occasione, visto che sono stata chiamata in causa dalla signora BERNARDINI, per dire che, per quanto riguarda la Prefettura di Roma, non si può assolutamente generalizzare e dare per attendibile il dato di attesa di tre anni per fare un colloquio. E' una cosa oltre tutto scorretta e non può essere data come un dato generale.
Ora farò un flash su alcune proposte che sono state avanzate in merito alla legge sulla droga.
La prima proposta, dettata sulla base dell'esperienza che abbiamo fatto a Roma, è quella di conservare l'intero pacchetto di tutti i provvedimenti sanzionatori previsti dal DPR309/90, considerata la funzione deterrente che essi svolgono in un'ottica di riabilitazione, ma anche di responsabilizzazione dei soggetti, sia rispetto alla salvaguardia di se stessi, sia della collettività di cui sono sollecitati a sentirsi parte. Qui rientra anche il discorso di informazione che diamo ai soggetti e di stimolo perché si rendano responsabili, per quanto riguarda l'uso della droga, su tutte le conseguenze che possono avere, non solo verso la propria salute, ma anche verso la collettività.
Sono d'accordo sul fatto di attribuire una maggiore valorizzazione al ruolo dell'assistente sociale già operante nelle Prefetture, in quanto ha la preparazione etica e professionale per condurre dei colloqui di servizio sociale nel rispetto della privacy e nell'attuazione della normativa.
A questo punto faccio anche presente che un aspetto qualificante del colloquio è il tipo di relazione che si crea tra operatore e cittadino segnalato, senza la presenza di esperti, il cui intervento può rivelarsi utile sotto altri profili. Tutto si gioca sulla relazione tra operatore e utente, perciò l'intervento è da fare, come già aveva accennato il dottor GUELFI stamattina, sulla preparazione degli operatori, perché siano resi più in grado di gestire un colloquio, indirizzandolo e orientandolo anche verso una preparazione di recupero e di allontanamento dalle sostanze, per quanto è possibile.
Sull'abolizione del limite di tempo che il DPR 309/90, all'articolo 75, comma 6, ha stabilito in cinque giorni dalla segnalazione per comparire davanti al Prefetto a sostenere il colloquio, è da rilevare l'impossibilità materiale di adempiere a tale dettame normativo, a causa della necessità di aprire l'istruttoria a carico del soggetto segnalato prima di procedere alla convocazione per il colloquio.
Sulla distinzione tra i tipi di sostanze stupefacenti leggere e pesanti e la diversità dei provvedimenti da adottare, più precisamente, si propone di prevedere l'attuazione del decreto di formale invito a favore di soggetti segnalati per detenzione di droga leggera, contemplando la possibilità di obbligare i trasgressori recidivi, cioè con più segnalazioni a carico sempre per droga leggera, a frequentare corsi di formazione e informazione sulle sostanze stupefacenti e psicotrope all'uopo organizzati e, in ultima analisi, la possibilità di irrogare delle sanzioni amministrative già previste dalla legge in vigore o di intraprendere un percorso terapeutico presso strutture adeguate.
Rispetto ai detentori di sostanze di tipo pesante, considerato che si sta profilando e man mano sta prendendo consistenza un nuovo scenario nel mondo della droga - uso di ecstasy, anfetamine, chetamine eccetera - si propone l'applicazione di sanzioni o, qualora se ne ravvisasse l'opportunità, l'invio a un servizio per lo svolgimento di un programma di recupero, comprensivo tra l'altro di corsi informativi sulle droghe, ricorrendo

solo per una volta e in casi eccezionali al provvedimento di formale invito.
Qui si ribadisce il nostro suggerimento di attuare il formale invito per i detentori di droga pesante una sola volta, mentre per i detentori di droga leggera può essere anche rinnovato.
Infine è positiva l'idea di estendere la competenza, la pianificazione e l'esecuzione di un trattamento socio - riabilitativo oltre che ai SERT, già chiamati in causa dalla normativa vigente, anche alle altre strutture terapeutiche, sia pubbliche che private individuate sul territorio nell'ambito della Prefettura incaricata di svolgere il colloquio e ritenute idonee per serietà e professionalità in funzione degli obiettivi da raggiungere.»

Dott.ssa Cecilia D'ELIA:- «Ringrazio il Ministero per aver invitato me, la mia associazione FORUM DROGA a tenere un intervento in questa sessione. Ritengo anch'io che dobbiamo provare a fare i conti con le possibilità che abbiamo di arrivare ad una proposta del gruppo, che sia praticabile.
Però, per fare questo, sento la necessità di inquadrare la questione delle sanzioni amministrative, di quelle che abbiamo ereditato dal referendum del '93, nel contesto più generale del testo di legge che ci è stato consegnato da quel referendum con una serie di contraddizioni, perché, essendo il referendum in questo Paese solo abrogativo, non poteva riformare in senso pieno la legge.
Da quella esperienza sembrava aprirsi un ciclo nuovo di riforme, caratterizzato da circuiti differenziati per spaccio e consumo, con interventi repressivi nel primo caso e percorsi educativo - terapeutici o sanzioni amministrative nella seconda ipotesi.
Questo non è successo, i dati che abbiamo sulla popolazione carceraria, che sono stati forniti anche ieri dal Ministro FASSINO, ci dicono che nel nostro Paese tuttora l'uso di sostanze ha come risposta forte il carcere, pur se applicato in via indiretta e cioè per reati ad esso correlati.
Ritengo difficile discutere delle sanzioni amministrative, senza interrogarci anche sulle ragioni del fallimento di una politica di riforma che avevamo avviato e chiederci come riprendere il percorso interrotto. All'altra Conferenza sulla droga, a Napoli, avevamo provato a farlo e volevo riprendere le conclusioni a cui giunse il gruppo di lavoro su AIDS, droga e carcere. Gli obiettivi concreti che lì si indicavano per ridurre il numero dei tossicodipendenti in carcere, attraverso la riforma dell'articolo 73, erano una norma specifica per le droghe leggere - sappiamo che su questo la discussione rimase aperta anche a Napoli, però il tema fu posto - per le droghe pesanti depenalizzare realmente il consumo, cioè le condotte ad esso connesse, per la detenzione, la cessione gratuita, con le cose che sono state dette, creare norme interpretative che escludano la presunzione di spaccio e poi sulle sanzioni amministrative si diceva e qui leggo testualmente: sono state valutate assolutamente inefficaci le sanzioni amministrative, che vanno abolite o tutt'al più modificate, sostituendo sanzioni emarginanti come la sospensione della patente di guida, con sanzioni in positivo.
Ieri il ministro FASSINO ha detto: "no alla depenalizzazione, parliamo di decarcerizzazione". Quel gruppo, secondo me, deve riproporre quel testo nella sua interezza dicendo che le riforme possibili, quelle su cui la Commissione del Ministero di Giustizia ha lavorato, vanno ripresentate.
Per me le sanzioni amministrative sono il frutto di una cultura politica che portò alla legge del '90; di quella legge rappresentano la ratio, che voleva i consumatori di droga incapaci di gestire la propria vita e di scegliere per sé, fino a ipotizzare il ricorso alla coazione, alla sanzione penale come strumento di ravvedimento e terapia. In quell'ipotesi, le sanzioni amministrative erano il primo gradino di un percorso di controllo sociale istituzionale che, dal buffetto prefettizio, sarebbe potuto arrivare fino al carcere, chiudendo quindi le porte al patto terapeutico coatto.
A me sembra che il giudizio di pericolosità del consumatore, che in qualche modo è rimasto, ci impedisca anche di fare un'analisi reale sull'efficacia di queste sanzioni ammini-

strative, rispetto allo scopo che possiamo immaginare il legislatore abbia avuto.
Le sanzioni amministrative dovevano, salvo la reiterazione, che per fortuna abbiamo abolito, essere la strada alternativa per i consumatori rispetto alle sanzioni penali, avevano una funzione general - preventiva, deterrente, e social - preventiva, di risocializzazione. Questa funzione era loro affidata per evitare le ricadute e allontanare i consumatori dai circuiti del traffico.
Credo che l'esperienza abbia smentito queste previsioni. A Napoli nell'altro gruppo, quello sulle droghe leggere, nella relazione avevamo detto: come sappiamo dalle ricerche svolte in Italia e in altri Paesi, risulta pressoché inutile come deterrente, mentre influisce come motivazione ad assumere una identità negativa, recidendo le relazioni interpersonali diverse da quelle legate al circuito della legalità e finendo per rafforzare tutti quei comportamenti che si volevano scoraggiare, non solo l'uso della cannabis, ma anche il rapporto con l'ambiente deviante.
Non torno sui dati per brevità e perché sono stati dati questa mattina, e volevo ringranziare chi li ha forniti, perché purtroppo, dalle relazioni, si ha sempre il dato dal '90 ad oggi, ed è difficile capire il trend. Chiediamo che la prossima relazione annuale ci dica, oltre al dato complessivo, per quell'anno, quante sono state le segnalazioni, perché credo sia importante ragionare, se vogliamo verificarne l'efficacia, anche su come funzionano anno per anno. Mi sembra che i dati non dimostrano l'efficacia dell'effetto deterrente, mentre appunto gli effetti reali finiscono per essere il rendere incapaci e la marginalizzazione dei consumatori soggetti a provvedimenti restrittivi, coerentemente all'impianto di quella legge che il popolo italiano ha bocciato.
Basti pensare all'effetto della sospensione della patente di guida: sono molto d'accordo con FIDELBO, mi sembra una delle cose più qualificanti della proposta di riforma. Ma l'iter sanzionatorio comporta anche l'etichettamento del consumatore, che è l'altro danno prodotto dall'approccio punitivo. Vengono etichettati come drogati i consumatori di sostanze molto diverse, facilitando il passaggio dall'una all'altra, non solo perché c'è un unico mercato, ma proprio per il modo in cui ci si pensa, per quello che significa dal punto di vista della soggettività, e del vivere nell'illegalità.
Se guardiamo alle droghe leggere, siamo in presenza di un consumo che si colloca prevalentemente in una fascia di età che va dai 15 ai 21 anni, occasionale, legato a specifiche circostanze di aggregazione e l'Osservatorio europeo di Lisbona ci dice che il numero si è sostanzialmente stabilizzato: oltre 40 milioni nell'Unione Europea hanno fatto uso di cannabis, almeno uno su quattro tra i 15 e i 34 anni. Quindi ci sono 40 milioni di persone fuori legge. Poi non è così, perché in molti paesi, anche se hanno leggi più arretrate di quella italiana, non c'è l'obbligatorietà dell'azione penale, che secondo me è un elemento di grande garanzia del sistema penale.
Mi sembra che dobbiamo fare i conti con questo dato complessivo e che forse oggi dovremo prendere il testo SENESE, presentato al Senato proprio perché non si usciva da questa impasse politica, e riproporlo come un testo di riforma che questo gruppo presenta, se vogliamo praticare una strada di cambiamento possibile.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Abbiamo costituito un gruppo di lavoro per la stesura di questo documento. Pensando alla rappresentanza di tutti gli organismi presenti avremmo previsto di far parlare QUERCIA per gli assistenti sociali, CASTELLI per l'amministrazione dell'Interno, FIDELBO per Grazia e Giustizia, LUCCHINI o GUELFI per i SERT, ZANONE per gli Affari Sociali e BALLOTTA per l'Osservatorio europeo.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Cons. LA GRECA:- «Diamo la parola a Sergio CECON, che aveva chiesto di

intervenire.»

Dott. Sergio CECON:- «Sono un assistente sociale del NOT della Prefettura di Milano. In questa sede comunque rappresento il sindacato SUNAS degli assistenti sociali, specifico dell'area contrattuale del Ministero dell'Interno. Chiaramente, parlo a nome del sindacato, come rappresentante e anche, per l'esperienza che direttamente svolgo, anche a nome di alcuni colleghi, che mi hanno pregato di farlo.
Parto da alcune affermazioni che sono state fatte e, non per uno spirito di polemica nei confronti di esposizioni che sono rispettabilissime, però quando viene detto che la legge non è servita, ci si potrebbe chiedere sulla base di che cosa venga detto questo; l'affermazione che faccio è motivata da una domanda che rivolgo anche a coloro che hanno fatto la proposta di legge in esame. Fino a che punto la legge non è servita e fino a che punto la modifica di una legge, la sua previsione, ha tenuto conto anche degli operatori che l'hanno messa in pratica? Noi, come sindacato, non siamo stati indirettamente interpellati per la verifica, l'attuazione della normativa. In base a un riscontro oggettivo di pareri chiesti ai colleghi, ci risulta che la formulazione di un'ipotesi normativa, indubbiamente per noi è faticosissima da applicare, perché è inattuabile in molti punti e non tiene conto dell'esperienza che abbiamo fatto nei NOT, che è profondamente arricchente, perché ci ha dato modo di constatare con mano il vissuto dei giovani che vengono segnalati. Non è vero che la legge è solo repressiva. Il colloquio è la fase centrale, ma non solo, perché il ruolo degli assistenti sociali si svolge anche al di là del colloquio, nel tenere i rapporti con i SERT, con le strutture, nella prevenzione, nelle scuole e così via. Verifichiamo esattamente il contrario, cioè il fatto che questi ragazzi, chiaramente chiamati con una segnalazione e quindi in modo coattivo, però poi esprimono il loro vissuto personale e non è vero che tutti i ragazzi spontaneamente poi si recano ai SERT, se hanno dei problemi, o in altri servizi. In moltissimi casi, abbiamo fatto proprio da tramite in situazioni in cui, l'individuo o chi per esso, che di fatto fa il colloquio in uno stato di necessità, l'abbiamo indirizzato al servizio competente, chiaramente tramite il SERT, perché purtroppo la legge ci limita anche a una struttura ben precisa, però l'intervento è finalizzato alla persona. Ci sembra che questo vada salvaguardato e vorrei che fosse ribadito.
Come si fa a dire che una legge non è servita quando di fatto non siamo stati interpellati per la verifica e la rielaborazione dei dati? Sulla base di che cosa si fanno i confronti? Ci risulta che adesso sono state fatte, a livello del Ministero dell'Interno, delle indagini richieste, ma non sono finite. Sulla base di che cosa, dopo dieci anni, possiamo affermare che la legge non è servita, quando non c'è un riscontro di uno studio pertinente, approfondito? Si cade davvero, secondo me, nella possibile ideologia, cioè non è una lettura reale dei dati che ci sono.
Se non ci fosse stata questa legge, non sarebbe stato peggio magari? Chi lo può dire? Ora, l'esperienza nostra dice esattamente un dato ben preciso: il colloquio che noi facciamo e il lavoro svolto da noi ha un significato ben preciso, che va davvero recuperato, per poter poi formulare delle ipotesi di legge, secondo noi più precise e pertinenti.
Tengo conto della formulazione della proposta SENESE: non ci sembra che emerga il ruolo degli assistenti sociali. Già nel decreto precedente, nell'articolo 75, non c'è una esplicito riferimento al ruolo attivo degli assistenti sociali, ma addirittura nella proposta nuova non emerge per niente. Anzi, sembra quasi messo in ombra dalle possibilità che il NOT venga supportato da altri. Ma, mi sembra che la figura tecnica professionale sia adeguata, come sindacato lo possiamo dire; la figura tecnica e professionale degli assistenti sociale ha proprio questo ruolo sociale. Mi pare che la legge dell'assistenza appena firmata dia loro questo ruolo, e se hanno fatto una legge nazionale che ha questo perno, non capisco perché questa figura venga così a sminuirsi in una proposta di legge relativa a questa materia. Viene detto che l'assistente sociale è collegato con un T.U., mentre, vorremmo rimarcare il suo ruolo specifico, perché c'è il problema dato dalla

comunicatività. Non è possibile fare un colloquio professionale, quando si è in cinque o sei o in due o tre persone. Il colloquio va fatto in termini professionali e quindi se si individua una professione che ha tutta una valenza e tutto un supporto di studi - perché ormai abbiamo anche il riconoscimento di laurea - non si capisce perché non si debba tenere conto di questo fatto.
In relazione al collegamento di rete, sul problema dell'invio ai servizi: se la proposta è di non indirizzare una persona al SERT - perché chiaramente il SERT, come è strutturato attualmente, tratta solo eroina, almeno così si dice e in gran parte è vero - partendo dalle necessità che riscontriamo in termini di colloquio, abbiamo la necessità di fare degli invii ad hoc ad altri servizi. Va studiato un collegamento che non superi il SERT, ma il SERT sia il riferimento con le Prefetture. Si va a forme di accreditamento, piuttosto che a protocolli di intesa, perché altrimenti rischia di non esserci una sinergia di fondo e questa va ritrovata in tutti gli aspetti.
L'assistente sociale deve anche curare, e questo deve essere messo a chiare lettere nella legge, tutti gli aspetti di prevenzione, di collegamento con il territorio. Prima dicevo che gli assistenti sociali fanno attività con le Prefetture e con i Provveditorati agli Studi e così via, però queste attività vengono svolte a completamento del colloquio, in una forma di prevenzione primaria o anche secondaria, a seconda del tipo della necessità, ma non sono esplicitamente un mandato dato a chi fa questo tipo di colloquio. Viene dato al Prefetto e poi di fatto non c'è nulla che ci dia l'opportunità di essere ben chiari su questo tipo di attività; invece una delle finalità della legge che proponeva dall'inizio era proprio quella di dire che c'è una sanzione, ma per un recupero e soprattutto per una prevenzione. Ora, chi meglio di questi operatori che hanno contatto con questi giovani, possono poi intervenire nel territorio in un coordinamento di sinergia con i vari enti, con le varie strutture? Su questo, secondo noi, la legge deve essere più chiara.
Un altro aspetto, chiaramente marginale, è il termine dei cinque giorni.
Una cosa collegata al programma terapeutico che dovrebbe essere un po' più precisata, è la possibilità di poter chiudere in differenti maniere i colloqui - quindi con archiviazioni motivate, non solo con un invito formale, magari per hascisc; con archiviazioni successive, ma motivate. Adesso la chiusura avviene se le analisi non risultano positive alla sostanza stupefacente, mentre vorremmo avere la possibilità di poter chiudere un procedimento, perché ha realizzato gli obiettivi minimali, che sono quelli significativi per la persona che l'articolo 75 desidera, in funzione dell'individuo, non della Prefettura. Questo è un aspetto che dovrebbe essere puntualizzato, in maniera che ci sia la possibilità di avere davvero un percorso terapeutico più eterogeneo, più articolato, in funzione di un aiuto reale.
In merito alla funzione chiaramente sanzionatoria, ritorniamo a dire che non è punitiva di per sé, è punitiva nel momento in cui, di fatto, uno l'accetta e la vive semplicemente come una costrizione, ma può essere effettivamente anche terapeutica, in funzione dell'individuo che si ha davanti nel colloquio. Varrebbe la pena che per una revisione della normativa potessimo sentirci, parlare un attimo, perché, la proposta di legge, per questo non la accettiamo così ipso facto, vorremmo che fosse davvero modificata in tante parti. Per esempio il discorso di proibire l'accesso ai locali: poi chi controlla queste persone? Gli assistenti sociali, piuttosto che i poliziotti? Chi lo farà mai?
Come operatore, da parte mia, desidero comunque che l'attività svolta non venga buttata ipso facto, semplicemente perché si vuole voltare pagina; la riflessione su dieci anni di attività di colloqui sta per essere fatta, ma non è stata fatta e quindi è da questa che secondo noi si dovrebbe partire, perché da un riscontro oggettivo viene da pensare se effettivamente la legge ha avuto o non ha avuto valenza, anche se l'impressione degli operatori è che abbia avuto un effetto positivo, ma non a livello repressivo, a livello proprio di prevenzione.»

Dott. Beatrice BASSINI:- «Faccio la psicologa in un SERT della Provincia di Bologna e

penso che qui i SERT siano veramente poco rappresentati per cui sono quasi preziosa da questo punto di vista.
Quando ci sono tutti questi invii, queste segnalazioni, ci troviamo in una situazione particolare come servizio di tossicodipendenza, che è quella di lavorare sulle dipendenze patologiche; per lo meno questo sarebbe il nostro mandato in termini molto più ampi di quanto non facciamo ora, perché non ci occupiamo di tutte le problematiche, come disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo eccetera, di cui si è parlato anche oggi in altre sessioni, perché abbiamo poche risorse, per cui siamo un servizio molto centrato sull'eroina. Oltretutto, abbiamo una utenza che ormai non è giovane, ha tra i 30 e i 40 anni, se non di più.
Quello che veniva fuori oggi era che le segnalazioni per eroina in realtà molto spesso le abbiamo già in carico, per cui si accumulano all'interno del programma terapeutico. Quello che viene segnalata molto spesso è appunto la cannabis, qualche segnalazione, però noi siamo in Provincia, non a Bologna città, è per cocaina, pochissime per ecstasy. Il nostro servizio ha creato un ponte tra il SERT e il territorio, si è collegato col Comune, per quello che riguarda un centro di aggregazione giovanile dove fare i colloqui, e con gli assistenti sociali della Prefettura; questo è quello che è stato fatto in termini di riduzione del danno.
Però a un certo punto, visto che sono in particolare io a fare i colloqui sulle cosiddette nuove droghe o la cannabis, perché ci siamo divisi i compiti e per l'eroina li fa qualcun altro, viene a galla un contraddittorio troppo grosso nella nostra pratica. Quando si parla di sostanze, si entra in contraddizione o comunque c'è un contraddittorio già di per sé, invece il contatto con il servizio dovrebbe essere qualcosa di molto limpido e chiaro.
Tra l'altro, anche la campagna informativa fatta dal Ministero, tutta una serie di interventi che vengono fatti nelle scuole, spingono moltissimo per un intervento di prevenzione tra pari, in cui l'adulto abbia pochissimo ruolo, perché comunque non è più una figura credibile per i ragazzi; nessuno crede che gli adulti abbiano informazioni sulle sostanze o che altro, e in più c'è tutto il discorso di cominciare ad avere con i ragazzi un rapporto molto diverso da quello dell'autorità. Mi sembra che la campagna del Ministero, per quanto discutibile, si proponga tutta una serie di strumenti per accattivarsi la popolazione giovanile, dal tatuaggio, al giochino elettronico.
Ci troviamo nella situazione per cui molti operatori, in realtà, la loro formazione cominciano a conquistarsela un po' nei centri di aggregazione giovanile, non più sui libri, sul colloquio motivazionale eccetera, come ho sentito oggi. Questi strumenti li abbiamo, però non sono più efficaci, comunque dobbiamo trovare altre strade per cominciare ad essere veramente un'agenzia, dove i ragazzi vanno con fiducia a chiedere delle cose o comunque ad informarsi.
Tutto questo apparato che c'è in termini di prevenzione, per noi è qualcosa di veramente macchinoso e poco utile, perché l'alleanza terapeutica fa fatica a crearsi. Oltretutto si è parlato tanto oggi di riduzione del danno, però forse possiamo cercare di andare un po' oltre, nel senso che stiamo parlando di riduzione dei danni, quando c'è una legge che li concrea.
Soprattutto nei paesi molto piccoli, addirittura ci sono delle perquisizioni in casa. A quel punto potete dire quello che volete sul fatto che non siete un Carabiniere, che non siete la lunga mano della Prefettura. "Però, in realtà chi siete?" ci possono domandare tranquillamente, come in Alice nel paese delle meraviglie.
Oggi si parlava di corsi di formazione per la motivazione, personale, dell'impegno da parte degli operatori dei servizi su sostanze come la cannabis: chiariamoci, non si tratta di una dipendenza, non si tratta di nessun bisogno in termini sanitari, non si vede perché devono rivolgersi a noi. Per fare cosa?, se sono obbligati, un giorno che veramente useranno sostanze anche più pesanti magari faranno pure fatica a fidarsi.
Ognuno può difendere i suoi interessi: io sono psicologa, lui è assistente sociale, difendiamo quello che facciamo, però dobbiamo anche pensare a quali sono gli obiettivi di

tutto questo.
Fuori ieri c'è stata una street parade con molti consumatori che dicevano che tutto quello che c'è qua dentro non li riguarda in qualche maniera o che comunque forse era utile sentire come viene percepito da loro tutto questo.
Bisogna chiarire se in realtà si vuole reprimere o si vuole informare, perché questa ambiguità crea solamente gran confusione. Se vogliamo reprimere c'è tutta una serie di cose da fare, se vogliamo informare c'è tutta un'altra serie di strade da prendere che sono i canali informali, sono prevenzione in tutt'altri termini. Ripongo di nuovo il problema sul nostro ruolo e sull'alleanza terapeutica. Non penso che in altri servizi le cose siano più agevoli, per cui chiediamoci almeno a quale target vogliamo rivolgere tutte queste cure.»

Dott. Silvia ZANONE:- «Lavoro al Dipartimento per gli Affari Sociali e partecipo a questa sessione proprio come rappresentante del mio Ministero. Non ho ovviamente contributi personali da portare come le persone che hanno parlato per le Prefetture, o la psicologa che ha parlato adesso del SERT, però credo che la discussione stia sicuramente avendo uno sviluppo.
Credo che effettivamente ci sia molto bisogno di chiarirsi e tutto sommato credo che, riallacciandomi al discorso che Danilo BALLOTTA faceva stamattina, la mancanza da parte dell'Italia di un piano nazionale, poi viene fuori, nella fattispecie, in questioni tecniche e di metodo. Ha sicuramente ragione la psicologa del SERT che ha parlato prima di me quando dice che bisogna chiedersi che cosa vogliamo fare, e ciò dipende da che politica vogliamo adottare in questo campo.
L'articolo 75 esiste, c'è chi meglio di me precedentemente ne ha parlato da un punto di vista legislativo, normativo, storico. Sicuramente è nato con dei presupposti a lungo meditati, valutati e discussi in sede parlamentare, ma è rimasto orfano, dopo il referendum del '93, di alcune parti, in attesa di qualche modifica che non è mai arrivata e noi ci troviamo adesso nel 2000, a sette anni dal referendum, con questo articolo monco che ormai è ritornato come integro. Avendo abrogato, in base ad un referendum - e quindi c'è stata una decisione popolare -il consumo, la sanzione penale nei confronti della detenzione di sostanze, mentre applichiamo poi delle sanzioni amministrative nei confronti di chi viene trovato in possesso di sostanze, ci dovremmo chiedere se è effettivamente ancora utile supportare l'apparato che esiste e che nel frattempo, ovviamente, si è sviluppato. Questi problemi dovevamo porceli nel '93, quando probabilmente anche a livello di Prefetture non esistevano dei grandi apparati, non c'erano stati molti corsi di formazione, non si era sviluppata tutta una serie di attività e di professionalità che invece adesso esistono.
Quindi, ora ci troviamo in una orribile situazione di dover decidere se disfare quello che è comunque stato fatto, tra l'altro egregiamente in tantissimi posti e con l'apporto di una serie di professionalità importanti, come la testimonianza di Gian Paolo GUELFI ha evidenziato stamattina, oppure mantenere e naturalmente a questo punto implementare quello che già c'è perché possa funzionare meglio. Perché una persona, diceva Rita BERNARDINI, deve aspettare tre anni per passare dal momento in cui viene colta in possesso di una sostanza al colloquio vero e proprio, alla segnalazione vera e propria in Prefettura?
Effettivamente, abbiamo appurato che se non sono tre anni a volte possono essere due anni, due anni e mezzo, che è veramente indicibile, è meglio non dirlo perché perde qualunque significato di prevenzione, ma anche di sanzione; a quel punto è veramente una cosa da archiviare e basta, come vengono archiviati tanti processi molto più importanti.
Non ho una soluzione, mi auguro che dai contributi di tutti, grazie poi alla professionalità di chi conduce questa sessione di lavoro, si riesca a produrre un documento che possa essere preso in considerazione già domani mattina dal Presidente del Consiglio, che verrà a Genova proprio per sentire gli esiti di queste sessioni di lavoro.
E' indubbio che qualche cosa va fatto, ma non si può assolutamente pensare di operare

separatamente - l'assistente sociale che opera nel campo della Prefettura e lo psicologo che invece lavora nel SERT e magari l'altrettanto psicologo o assistente sociale che lavora nel privato sociale.
Prima di venire qua a Genova, ho tentato di fare una sorta di piccolo censimento di quello che era già attivo in Italia, nell'ambito dell'integrazione territoriale, cioè di come le Prefetture si coordinavano con la rete dei servizi territoriali e ahimè, benché molti amici e conoscenti mi abbiano promesso contributi, in realtà il materiale che mi è arrivato è stato pochissimo.
C'è l'esperienza di LUCCHINI, c'è una esperienza importante, che vi volevo segnalare, del SERT di Empoli Fucecchio, la cui responsabile è Mara TEDICI, e il cui materiale potete trovare anche sul sito della conferenza Genovaduemila.it, e forse qualche cos'altro, ma complessivamente c'è poco.
Se di ufficiale, cioè di vendibile, di sfruttabile e di scritto non c'è praticamente nulla, immagino che da una parte ci siano gli assistenti sociali formati, volonterosi, animati delle migliori intenzioni, da soli, che operano su incarico del Prefetto a cui peraltro spetta la titolarità della questione, e dall'altra parte, ci sono invece i servizi che in rete ancora non sono, se non appunto in alcune zone, ma che comunque hanno svariate difficoltà a loro volta e che dovrebbero essere coloro che prendono in carico le persone, se veramente si intende agire nel rispetto e nell'interesse della persona che usa le sostanze, perché di fatto questo dovrebbe essere l'obiettivo.
Credo che il significato dell'articolo 75, ormai nel 2000 e dopo il referendum, non dovrebbe assolutamente essere quello di punire qualcuno, visto che non è previsto, ma semplicemente di trovare il modo migliore per offrire uno strumento, se è il caso, per uscire da una certa situazione.
Ci sono dei passaggi che dovrebbero essere previsti e che probabilmente non esistono o esistono soltanto grazie a delle situazioni favorevoli, fortemente volute dalle singole persone, cioè dal singolo responsabile del SERT, dal singolo Prefetto, dal Direttore dell'Azienda sanitaria che decide di attuare un Protocollo di intesa.
Se pensiamo che questa possa essere una strada e forse è la via più percorribile, manteniamo in vigore l'articolo 75 integrato da alcune dovute modifiche presenti nella proposta di legge, per esempio sulla tipologia delle sanzioni amministrative, sull'aspetto della differenziazzione dei soggetti, consumatori cronici o occasionali,soggetti già conosciuti e però puntiamo assolutamente sull'affidamento della persona alla rete di integrazione dei servizi. La rete naturalmente dovrà comprendere anche la Prefettura, visto che il Prefetto è titolare di questa competenza e visto che la normativa nazionale lo prevede.
Se il punto di contatto con il consumatore sono le forze dell'ordine e quindi automaticamente la Prefettura, tramite l'impegno degli assistenti sociali, assolutamente simultaneo deve essere il contatto con la rete dei servizi che hanno, per competenza e sempre di più, viste tutte le nuove leggi introdotte, l'incarico, il dovere di farsi cura delle persone che hanno questo tipo di problematica.
Tra i vari progetti finanziati dal Fondo nazionale, sono a conoscenza di un progetto di riformulazione del questionario da utilizzare con le persone segnalate.
Se si riuscisse a mettere in pratica ovunque e non soltanto nelle solite aree sperimentali questo nuovo e più strutturato tipo di questionario per il colloquio, forse riusciremmo anche a risolvere certi passaggi, perché un questionario strutturato che fa riferimento al soggetto e non alla segnalazione, che produce, rispettando la legge sulla privacy tutta una serie di informazioni, avrebbe sicuramente il vantaggio nell'impianto normativo esistente di poter seguire quella persona nei suoi eventuali passaggi successivi attraverso i servizi. Perché un vantaggio certamente c'è, da che esiste l'articolo 75: è una delle pochissime fonti di dati sul sommerso che abbiamo a disposizione in Italia, sicuramente è l'unica basata su dati individuali, poi ci sono le indagini, le stime, ma sono altra cosa. Effettivamente l'unica fonte di dati attendibili e certificati, pur con tutti i ritardi, sul sommerso di una particolare fascia di soggetti sconosciuta ai servizi. Bisogna quindi cerca-

re di salvare tutti i vantaggi che comunque in questi anni sono stati portati dall'applicazione dell'Art. 75 e che possono essere meglio utilizzati in un'ottica diversa di approccio verso la persona che fa uso di droga.»

Avv. Vito MALCANGI:- «Faccio l'avvocato, sono il presidente del Coordinamento del privato sociale milanese, ma soprattutto sono operatore di giustizia, con un'esperienza di trent'anni tra tossicodipendenza e interferenza tra tossicodipendenza e area penale.
Credo che si sia un po' sottovalutata una funzione importante del NOT, che è quella che si configura nel momento in cui, dopo la segnalazione, si esaurisce tutto con il colloquio, perché non è detto che il colloquio dia sempre origine all'invio. Vi sono molte situazioni che la legge prevede nelle quali col colloquio si esaurisce il rapporto con l'utente, con quella forma di raccomandazione o pacca sulla spalla che dovrebbe invece essere intesa in maniera molto diversa.
L'accrescimento di professionalità degli operatori del NOT porterebbe proprio a fare una operazione importante, in un momento di privilegio soprattutto per quella persona che, non avendo incontrato l'area penale, non ha ancora trovato nessun ostacolo di tipo amministrativo o di contatto con le istituzioni nel senso negativo. Credo che quel momento sarebbe da usare come privilegio per un aggancio, un contatto, una verifica, una valutazione della persona e quindi, se è possibile, anche per completare, in quei casi in cui è possibile, il rapporto con l'utente in maniera positiva.
Credo che sia necessario, da parte delle Prefetture, avere contatti indiretti rispetto alle forze dell'ordine, perché la vostra utenza dipende dalla quantità e dalla qualità dell'invio da parte delle forze dell'ordine. Ciò in questo momento è molto discrezionale, ci sarà l'agente di polizia che non ha voglia di perdere tempo per la segnalazione: molte volte avviene che proprio persone che veramente avrebbero bisogno non vengono segnalate, mentre viene segnalato il ragazzo che siccome si scontra col poliziotto, perché dice: "cosa vuoi, io ho lo spinello, perché mi devi rompere le scatole?", allora il poliziotto si impunta e fa la segnalazione. Magari quel ragazzo ha molto meno bisogno del colloquio rispetto ad un altro che è molto più coinvolto nel fenomeno.
Credo che sia giusta l'osservazione che sia il tecnico a dover svolgere il momento istruttorio, l'impatto con la persona: faccio da tanto tempo consulenza legale ai tossicodipendenti, alle famiglie, agli operatori dei SERT e vedo che quando c'è più gente nel colloquio, si perde un po' la fiducia tra operatore e utente.
Voi sapete che nell'atto di intesa Stato - Regioni c'è la possibilità di autorizzazione o accreditamento del privato sociale, rispetto a certe attività anche importanti, addirittura anche sanitarie.
Potrebbero sorgere addirittura dei SERT privati - noi al CAD a Milano, di cui sono responsabile, abbiamo medici, psicologi, assistenti sociali da tanto tempo, abbiamo esperienza di trattamento di tossicodipendenti, alcolisti e ultimamente di extracomunitari - o sarebbe possibile configurare un accreditamento per quel servizio multifunzionale che prevede l'intesa Stato - Regioni.
Non vedo perché, se l'operatore del NOT ritiene che la persona malvolentieri si porterebbe al SERT, per non essere classificato, etichettato, questa non debba essere direttamente inviata a una di queste associazioni del privato sociale che hanno l'accreditamento, di cui la Regione ha fatto una valutazione complessiva della qualità, degli standard funzionali e strutturali, e che quindi risulta idonea per trattare le tossicodipendenze, addirittura in regime di convenzione col pubblico. Questo accreditamento porterebbe sicuramente alla qualità di un intervento, anche da parte del privato sociale.
Il termine dei cinque giorni è una cosa impossibile, come voi sapete, lo sono sempre i quarantacinque giorni che la sorvegliante dovrebbe decidere sulle misure alternative, dopo la sospensione della pena da parte del condannato. In Italia non dobbiamo prevedere cose impossibili, come i 200, 500 milioni di multa che non sono mai pagati dai condannati. Ritengo di stabilire un termine più congruo, propongo sessanta giorni, che

però sia rispettato. Vi sono dei termini perentori per cui decade il diritto dell'istituzione a condurre addirittura un processo penale per la prescrizione, e quindi credo che sia giusto stabilire un termine che non sia brevissimo, ma sia congruo, ma che deve essere rispettato e non sia soltanto platonico o ideale.
La contestualità tra l'infrazione amministrativa e poi il trattamento, la terapia, se necessario, è molto importante per dare efficacia a questo momento.
Diceva il Prefetto Zotta che era un po' contraria alla modifica, che invece noi riteniamo molto opportuna, di delegare la competenza territoriale al Prefetto del luogo di dimora della persona.
Credo che sia una modifica sacrosanta, apprezzo il problema del monitoraggio nella zona, ma sarebbe facilmente superabile, perché le forze dell'ordine comunicherebbero al Prefetto della provincia dove avviene la trasgressione e contemporaneamente anche al Prefetto di dimora della persona. In realtà soltanto il Prefetto della provincia dove dimora la persona sa quali sono le strutture dove inviarla, qual è il contesto sociale in cui si verifica questa trasgressione della persona, che magari è andata per tre giorni a Olbia a fare le vacanze e però si trova a dover tornare lì per fare il colloquio. Non è vero che c'è molta disponibilità ad accettare che il colloquio avvenga nel luogo di dimora. La mia esperienza mi dice che, contattato, il Prefetto competente non ha accettato che il colloquio fosse delegato al Prefetto del luogo di dimora. Ritengo che quella proposta di modifica normativa sia molto giusta e la preoccupazione possa essere superata con una comunicazione anche al Prefetto del luogo dove è avvenuta l'infrazione.»

Jacopo ROSATELLI:- «Non sono un operatore. Mi presento, sono uno studente, faccio parte dell'Unione degli studenti, che è una associazione studentesca nazionale. Partirei da questo presupposto che mi sembra abbastanza condiviso cioè che, per quanto riguarda noi, che sembriamo essere i protagonisti di questa tre giorni, la cosa importante è promuovere la salute e in un certo senso tentare di promuovere anche il nostro protagonismo, una visione di sé che sia positiva e così via.
L'elemento fondamentale è non reprimere i nostri comportamenti, anche se magari buona parte del mondo adulto può ritenerli sbagliati, immorali, stupidi e cose del genere e quindi non reprimere, ma dico una parola che non ho ancora sentito e mi piacerebbe iniziare a sentire, ma rispettare i nostri comportamenti anche se il mondo adulto non li capisce. Rispettare è cosa diversa dal curare, aiutare, promuovere, è una cosa più forte ed è la prima cosa. Quindi rispettare i nostri comportamenti e poi, in secondo luogo, solo nelle situazioni di difficoltà, di problema, di abuso - perché una cosa è l'uso e una cosa è l'abuso - attivare l'aiuto, accompagnare chi evidentemente ha un rapporto sbagliato con le sostanze, chi ha un rapporto sbagliato con le cose con le quali ha a che fare nella vita.
Dei miei compagni che sono appunto in un altro gruppo mi dicevano che si parlava tranquillamente del problema dell'alcool o del cibo, dell'anoressia, della bulimia come tutti elementi in un qualche modo assimilabili al tema del rapporto con una sostanza, con una cosa, con un'entità.
Mi sembra che ci sia una visione un po' edulcorata della sanzione amministrativa. Sono convinto della buona fede di ciò e sono anche convinto che sia così: gli operatori qui hanno detto che grazie alla sanzione amministrativa si è educato, si è attivato un discorso terapeutico e la persona non è stata repressa, ma è stata rispettata e così via: non ne sono molto convinto. Penso che, laddove queste cose succedono sul serio, siano delle rarità, mentre penso che generalmente non sia così. Sono abbastanza sicuro che la percezione della persona che incontra il meccanismo perverso della sanzione amministrativa non sia questa. Credo che un consumatore, se potesse fare a meno di subire questa trafila, non avrebbe il minimo dubbio, per cui sono convinto che la sanzione amministrativa sia stigmatizzante, sia comunque repressione e che non aiuti ad attivare un rapporto positivo tra il giovane e il mondo adulto, tra il giovane e l'autorità, tra il giovane

e i servizi ma che, anzi, ottenga sostanzialmente il risultato opposto.
Vi faccio due esempi. La sanzione amministrativa, veniva detto nell'intervento che mi ha preceduto e che ho abbastanza apprezzato, presuppone che ci sia una segnalazione. Chi fa questa segnalazione? Le forze dell'ordine. Le forze dell'ordine, poliziotti e carabinieri, non è che siano proprio maestri, evidentemente gli hanno fatto poca formazione, nel sapersi relazionare con il giovane che beccano con qualche grammo di hascisc in tasca e di solito hanno un atteggiamento un po' repressivo, un po', nelle migliori situazioni, paternalistico, ma, nelle peggiori, un atteggiamento molto duro e questa cosa non aiuta, non è buona, secondo me è appunto sbagliata.
Secondo, quando per esempio uno è chiamato ad un colloquio, alle undici, undici e mezzo del mattino in Prefettura - ed è uno studente, deve andare a scuola e poniamo che abbia un compito in classe importantissimo per il destino del suo percorso scolastico dalle otto alle dieci - dovrà uscire prima e giustifica. E il professore gli chiede dove deve andare e che cosa deve fare.»

Voce femminile:- <Può spostare il colloquio.»
Jacopo ROSATELLI: - «Si sposta il colloquio laddove, come dire, da parte della Prefettura c'è questa disponibilità, ma ritorno al discorso di prima, non è detto che questa cosa succeda sempre. E' stigmatizzazione dover dire al professore dove deve andare, e questa cosa non è esattamente rispetto, tutela, promozione, aiuto, convinzione. Anzi, è controproducente.
Mi chiedo che senso ha tutto questo nei confronti di una sostanza - qui sono d'accordo con quello che veniva detto dalla psicologa di Bologna - come la cannabis, che è una sostanza - è stato detto anche qui - meno dannosa, per esempio, dell'alcool. Ieri il Ministro VERONESI mi sembra abbia fatto un intervento chiarissimo, dal quale ormai non si potrà più prescindere, e che spero che tutti quelli che continueranno o inizieranno ad occuparsi di tossicodipendenze abbiano sempre presente.
Poniamo il caso che sia un consumatore di cannabis - sono uno bravo a scuola, ho preso 99/100 alla maturità, ho fatto il liceo classico, quindi non sono uno sballone - non accetterei il meccanismo del colloquio, mi sentirei, come dire, ferito e violato in un comportamento che ritengo assolutamente legittimo. Questa cosa impedisce il patto terapeutico, il rapporto convinto, libero, consenziente, passatemi questa espressione un po' equivoca, per cui questa è un po' la radice del problema. Non potrò mai recepire le cose buone che mi dirà l'assistente sociale che lavora in Prefettura, perché rifiuto e nego all'origine la radice, il motivo per il quale sono stato chiamato ad andare in Prefettura.
Proprio perché, secondo me, bisogna rispettare il lavoro fatto dagli assistenti sociali, sono convinto che buona parte di voi, se potesse, la legge la modificherebbe; e allora perché non lo facciamo, non nelle Prefetture, ma nelle scuole? Siamo proprio sicuri che debba essere il Prefetto ad avere questa competenza e non piuttosto il circuito socio - sanitario, socio - terapeutico, per il valore positivo che hanno le esperienze di persone che avete aiutato? Cioè perché il vostro patrimonio di professionalità, di competenza non viene trasferito in luoghi dove ha più senso che operi, e quindi non le Prefetture, ma per esempio nelle scuole o nei luoghi di lavoro dove tanti giovani che magari in alcune zone del Paese smettono di andare a scuola presto, hanno un sacco di soldi e sono i primi che consumano sostanze, oppure nei circuiti tra pari, nelle situazioni di aggregazione dei giovani? Che cosa presuppone però tutto questo? Che si modifichi radicalmente la normativa attuale.
Penso che tutto quello che vada nella direzione, di attenuare l'impatto repressivo vada bene e che quindi, se il mio modestissimo contributo al giudizio che qui collettivamente si dà di quel disegno di legge può avere un valore, dico che quella proposta di legge va bene perché attenua l'impatto repressivo, anche se sostanzialmente bisognerebbe fare un discorso a un certo punto definitivo e radicale sulla questione, che sciolga il dubbio o la finzione fra uso personale e uso di gruppo.

Grazie alla Cassazione, abbiamo fatto dei passi avanti dal punto di vista del rapporto uso personale e uso di gruppo, però la legge continua a parlare di uso personale, ma se uno va in vacanza con i suoi venticinque amici e va a comprare lui la marijuana che serve per tutte le serate di quel mese di vacanza - e credo sia esperienza comune a moltissimi giovani - e lo beccano, ovviamente non c'è l'uso personale, ma l'uso di gruppo continuato, ripetuto per un mese, di tante persone che utilizzano quella modalità, come il vino o come la televisione o la musica, per stare insieme ed è una cosa assolutamente normale. Voglio dire che soltanto una modifica legislativa vera potrebbe migliorare realmente la situazione.»

Dott. Giampaolo GRASSI:- «Sono un ricercatore dell'Istituto sperimentale per le culture industriali, che dipende dal Ministero delle Politiche agricole e forestali. Quello che fa il nostro Istituto è più che altro un qualcosa che ha creato fondamentalmente dei grossi problemi per noi, che derivano probabilmente dal fatto che una legge come la 309 non può essere così dettagliata per arrivare a chiarire tutti i vari aspetti che riguardano le decine e decine di sostanze che vengono regolamentate da questo provvedimento di legge.
Intervengo perché fra queste sostanze c'è appunto la cannabis attiva: nel disegno di legge è ancora indicata come cannabis indica, e questo è un punto fondamentale che poi ha causato tutto il disguido che c'è stato. Il disguido deriva dal fatto che gli agricoltori italiani, che non sarebbero pochi, verso gli anni '30 coltivavano 100.000 ettari di cannabis attiva: eravamo i secondi produttori al mondo e facevamo la figura migliore di tutti. Si possono fare ancora tantissime altre cose con questo prodotto. Gli agricoltori italiani purtroppo, a seguito delle imprecisioni o mancanze di chiarezza della legge e poi forse anche dell'incertezza o della volontà di non interpretarla nella maniera migliore da parte delle forze di polizia, che hanno instaurato tutto un insieme di problematiche - dai primi anni '90, l'Italia, come tutti i paesi della Comunità Economica Europea, poteva attingere a dei contributi che erano abbastanza significativi, un milione e mezzo per ettaro all'inizio, adesso si sono ridotti un po' - sono diventati un po' matti e non sono riusciti ad avere questi contributi, non potendo recuperare dei soldi che sono nostri comunque, mentre altri paesi, come la Spagna, non si sono lasciati sfuggire questa opportunità, e lì gli agricoltori sono arrivati a fare anche 20.000 ettari nel giro di qualche anno e così poi, attraverso i meccanismi europei della media e di tutti i calcoli possibili per cercare di dividere equamente la torta tra i vari paesi, loro e altri Stati si sono mantenuti delle quote e noi, che abbiamo voluto e continuato a cercare di stare dentro questa legge, abbiamo pagato il prezzo più alto. L'anno scorso abbiamo fatto 130 ettari, quest'anno ne abbiamo fatti 100, a scapito di migliaia di ettari che vengono fatti in tutti gli altri paesi. Perché questo succede? Perché, come si vede anche nel disegno, probabilmente non si può andare nello specifico per tutte le varie sostanze, ma soprattutto per questa. Visto che coinvolge gli agricoltori, sarebbe necessario specificare meglio, cioè non dire cannabis indica, quando non si sa che cos'è, perché anche a livello dei più attuali lavori scientifici dei ricercatori non esiste la cannabis indica: c'è la cannabis attiva e poi, alcuni l'avevano classificata, l'indica rurder alis. Neppure utilizzando i sistemi più sofisticati che nel nostro istituto cerchiamo di applicare, quali l'analisi del DNA, si riesce in modo preciso e certo a discriminare la cannabis attiva da un'altra cannabis; è sempre cannabis attiva, c'è quella che ne fa poco THC, c'è quella che fa molto THC, c'è quella che fa molta fibra e fa anche THC, c'è quella che fa solo fibra, cioè ci sono tutta una serie di varianti, che non possono essere individuate solo con un nome. Il limite o il criterio di caratterizzazione è il contenuto di tetraidrocannabinola, la sostanza inclusa nelle tabelle vietate, anche se, a mio modesto parere, non sarebbe il caso. Comunque, perché non si riesce a capire e a discriminare bene? Perché non esiste, nella legge, un chiarimento di come si fa a misurare questo contenuto, cioè ci si muove su orientamenti di massima.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Possiamo raccogliere il suo auspicio che ci sia un'indicazione più esatta.»

Dott. Giampaolo GRASSI: - «Sì, questo però impedisce agli agricoltori di fare il loro lavoro, perché vanno in galera, subiscono delle sanzioni amministrative, perché i ricercatori come me devono pagare delle multe, perché la coltura non decolla.
Gli indici sono delle concentrazioni stabilite ultimamente dalla Comunità Economica Europea, che ha fatto queste scelte sulla base di tendenze politiche, come quella di limitare le spese per queste colture, per cui è passata dallo 0,3 quest'anno, allo 0,2. Questo non vuol dire che una pianta prima, a 0,3, non era da droga e poi a 0,2 non lo è più, mentre lo è quella che era 0,3.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Prendiamo nota di questo. Non può entrare in dettaglio, perché la composizione del gruppo è tale da non potere apprezzare gli aspetti tecnici. La parola a Benedetto VALDELSALICI.»
Dott. Benedetto VALDELSALICI:- «Vorrei raccogliere l'invito del Prefetto all'informazione e vorrei fare quattro affermazioni e una domanda.
Le quattro affermazioni sono che i controlli di strada con i kit presente - assente sono assolutamente assurdi, nel senso che chiunque di noi contiene un sistema THC interno e quindi può risultare positivo, basta soltanto usare un controllo che non abbia cut - off e vi assicuro che chiunque è positivo.
Vi dico queste cose perché credo che siano importanti dal punto di vista dell'informazione e della credibilità verso i ragazzi, perché altrimenti non capisco come facciamo a costruire questo adulto appetibile, che è poi il fine di qualunque relazione.
La seconda cosa è che i controlli di strada solo su presenza-assenza non sono credibili. I controlli di legalità in laboratorio vanno definiti da un cut-off. Bisogna che il Ministero ci dica qual è il cut-off, perché anche questo è importante.
Il terzo problema: esistono sul mercato dei prodotti che interagiscono con i controlli, come i prodotti alimentari provenienti dalla canapa. Questo è un problema, perché se noi testiamo qualcuno che ha mangiato un biscotto fatto con la canapa diventerà positivo, il che significa che anche su questo abbiamo bisogno di chiarimenti.
La Comunità Europea, dal 1976, chiede la reintroduzione della canapa da fibra. Benissimo, dal 1976, si è reintrodotta la canapa da fibra, ma non si sono reintrodotti i criteri per la discriminazione, perché nei controlli, ribadisco, si misura la presenza -assenza, non sono controlli di qualità, sono controlli di quantità e questo complica terribilmente le cose, sia da un punto di vista squisitamente legale, sia da un punto di vista più genericamente sanitario.
Le ultime due cose: in Europa, in tutte le farmacie è possibile comprare, anche in Italia nelle farmacie che trattano attraverso il Ministero, due farmaci che sono il MARINOL e il CESMET, che derivano direttamente dalla canapa. Anche questi interagiscono con i controlli molto pesantemente, tra l'altro vengono usati nella Westing Syndrome dell'AIDS, cioè nell'assenza di appetito e nella decadenza dell'organismo e come antinausea nel trattamento antineoplastico. Allora, anche su questo abbiamo bisogno di chiarimenti.
Stamattina si è chiesto se era possibile aumentare il numero dei trattamenti sanitari per la cannabis. Vi porto soltanto un esempio che ho vissuto personalmente, perché lavoro in un SERT. L'ho vissuto di margine, non direttamente, ma qualcuno me l'ha raccontato. Un ragazzino di sedici anni viene trovato con della cannabis, viene mandato al SERT, lui smette la cannabis e prende tre TAVOR al giorno.
Allora, la mia domanda è: è questo quello che chiamiamo aumento del trattamento sanitario? Perché vorrei ricordarvi che tre TAVOR al giorno danno dipendenza, possono dare tossicomania, possono dare un notevole contributo a problemi epatici e allora mi chiedo se siano queste modalità a governare i trattamenti.»

Dott. Andrea GIANGRASSO:- «Sono un vice Prefetto, ispettore aggiunto e lavoro presso la Prefettura di Savona. Sono venuto più per ascoltare, imparare, data la mia breve esperienza di responsabile del settore presso la Prefettura, però ho sentito la necessità di intervenire per dare un mio contributo su una proposta, che vuole essere un punto di mediazione tra quella del Ministro di Grazia e Giustizia, in ordine alla decarcerazione di cui all'articolo 73, e le opposte esigenze che in questo dibattito sono state espresse.
Ho avuto l'impressione, dalla mia breve esperienza, che il problema della tossicodipendenza nelle Prefetture, e mi perdoni il Prefetto ZOTTA, lo debbo dire per onestà intellettuale, venga trattato alla stessa stregua della normale depenalizzazione.
In effetti siamo nell'ambito della depenalizzazione della 689, con tanto di sanzioni, di decreti e sul piano squisitamente giuridico, de jure condito; è una burocratizzazione della materia della tossicodipendenza e sul piano normativo ci potremmo essere, però dobbiamo fare uno sforzo per andare oltre, perché pur avendo la matrice giuridica, che è la 689, che ad essa si ispira e a cui si applica in tema anche di principi, ritengo che non c'è solo il fatto illecito sanzionato amministrativamente, c'è anche una persona malata.
Sono state dette cose giustissime da parte degli assistenti sociali, vedo poco coordinamento anche nell'ambito degli operatori, degli assistenti sociali e quindi mi voglio richiamare al puntuale intervento, veramente brillante del magistrato, mi pare dottor FIDELBO; penso che su questa relazione debba essere basato il documento finale. Egli ha voluto scindere i due momenti, in questa fattispecie complessa giuridicamente: un momento sanitario, uno riabilitativo, uno terapeutico, uno sanzionatorio. Qui, scusate per la polemica, vorrei rispondere a qualcuno. L'interlocutore naturale del problema sanzionatorio rimane sempre il Ministero dell'Interno, rimane sempre il Prefetto, non ce lo dimentichiamo.
Per tutto ciò che viene depenalizzato, da quando esiste tutta una legislazione, dal 1968 alla tappa dell'81 e così via, l'organo privilegiato è il Prefetto che però deve anche avere normativamente un ausilio ben variegato e ben coordinato, come articolato di legge, questo anche a livello di jure condendo, non più di jure condito.
Quindi, è prevista una magna divisio fra il momento terapeutico, dove la responsabilità viene affidata ai medici, agli assistenti sociali, fino ad arrivare al momento della decarcerazione. Penso che si può individuare uno strumento, parlo dell'articolo 73, nella de jure condendo, cioè l'applicazione di una misura di sicurezza, che, come natura giuridica, nel diritto penale, va applicata alla pericolosità sociale del soggetto: e chi più del drogato è un pericolo sociale?
Quindi, proporrei al signor Presidente e anche al Prefetto ZOTTA, come documento finale, come articolato, correttivo, momento di riflessione, anziché applicare una misura detentiva, di applicare una misura di sicurezza non detentiva, che rimane sempre uno strumento penale e viene automaticamente applicata, proposto dal Prefetto, come organo di prima istanza a un organo di seconda istanza; per i casi più gravi viene applicata e comminata dall'autorità giudiziaria prevista dalla legge; non è una carcerazione, perché nella fattispecie si dovrebbe trattare di misura di sicurezza non detentiva prevista dal Codice penale, mi pare che sia all'articolo 159 o giù di lì.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Così però andiamo un po' fuori tema, perché ci dobbiamo occupare delle sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 e nel momento in cui lei propone la sostituzione con la misura di sicurezza, si riferisce a una sanzione penale.»

Dott. Andrea GIANGRASSO:- «Nella mia piccola esperienza ho potuto notare che in molti casi vi è un'inefficacia, una mancanza di concretezza nell'applicazione della sanzione da parte del Prefetto. In che misura? Noi ci troviamo di fronte a persone il più disperate possibile, che hanno a stento la carta di identità, non hanno un passaporto, un

documento di guida, eccetera. Mi chiedo in base a quali principi di civiltà giuridica o di coerenza giuridica si applica una sanzione del genere, cosa che fra l'altro comporta l'eventualità di disparità di trattamento tra questa persona e un'altra persona che ha un documento di guida o il passaporto. Mi trovo ad applicare una sanzione se e in quanto verrà in possesso di un documento di guida. Qui il principio di legalità o di concretezza della sanzione va a farsi benedire e apertamente rimango, da operatore del diritto, un po' scettico sull'efficacia delle sanzioni.»

Voce maschile:- «Bisogna rivederne la tipologia.»

Dott. Andrea GIANGRASSO: - «Bisogna applicare le tipologie in base alle persone, in base ai fatti, perché si tratta, è vero, di una depenalizzazione, che mette al primo posto l'ammalato tossicodipendente.»

Chairman Cons. LA GRECA:- «Vi ringrazio, adesso ci riuniamo con le persone con cui prima avevamo cominciato a lavorare, per vedere di stendere questo documento conclusivo, che richiederà un certo tempo e un certo impegno.»

ALCOOL, SOSTANZE LEGALI D'ABUSO E GIOVANI: UNA NUOVA SFIDA PER UN COMPORTAMENTO ANTICO

Chairman Dott.ssa Bastiana PALA:- «Apriamo questa sessione su "Alcool e giovani". Lavoro al Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità e mi occupo, nell'ambito dei problemi delle dipendenze da sostanze, specificamente dell'alcool. Il Ministro TURCO ha voluto che a fare il chairman fosse un rappresentante del Ministero della Sanità, per dare una valenza istituzionale a questa sessione, per riconoscere che le problematiche legate all'alcool stanno entrando sempre di più nell'ambito delle attività dei servizi sanitari e sociali pubblici e del privato sociale, del privato accreditato.
Prima di dare la parola ai relatori, voglio fare un quadro molto sintetico degli spazi che si sono aperti ultimamente per le attività alcologiche, dopo gli ultimi atti normativi e di indirizzo in materia di tossicodipendenze e anche gli atti normativi generali della Sanità perché ritengo, dato che si tratta di norme che non sono specifiche del campo alcologico e che hanno poca visibilità, che debba essere sottolineata la valenza che hanno per coloro che operano nel campo dell'alcool.
Prima di passare a illustrare in maniera sintetica questi atti, vi volevo dire che è stata ormai implementata, anche se siamo un po' indietro con i dati epidemiologici, la rilevazione delle attività dei servizi per l'alcol - dipendenza. Abbiamo fatto circa trecento copie per questa Conferenza, della rilevazione degli anni '97 e '98: anche se non è una grande rilevazione a livello statistico, credo che abbia la sua importanza, perché finalmente possiamo vedere un numero reale e non più stimato di alcol - dipendenti in cura presso i nostri servizi. Per l'anno '98, ne abbiamo rilevati circa 27.000, 5.000 in più rispetto al 1996 e quindi c'è un'utenza in crescita in servizi che sono partiti da poco tempo e che sono ancora un po' sperimentali in molte regioni e quindi mi pare un dato forte. Nessuno potrà dire che questo problema non esiste, come spesso si cerca di fare in campo alcologico. Mi sembra importante citare questo fatto, perché è rappresentativo.
A livello di norme, vi volevo ricordare, anche se non è una norma, ma è un atto di programmazione, il fatto che nel Piano Sanitario Nazionale '98/2000 l'alcool sia citato come oggetto di attività di contrasto dell'abuso è stata una cosa importante. A Napoli avevo insistito sull'importanza di inserire i problemi dell'alcool nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e credo che questo sicuramente abbia contato. Spero che le problematiche alcologiche siano inserite anche nel prossimo Piano Sanitario Nazionale, che adesso è in via di elaborazione. Questa è anche una sede da cui possono partire delle proposte da parte degli operatori. Bisognerebbe fare una riflessione proprio sull'opportunità di chiedere questa cosa che comunque mi sembra sacrosanta, perché il prossimo piano è una continuazione del vecchio e quindi l'alcool sarebbe bene che figurasse

ancora.

Un atto molto importante, ritengo che sia, per l'alcool, l'accordo di intesa Stato/Regioni del 21 gennaio '99 perché in esso, nell'ambito di una ristrutturazione dei servizi per la tossicodipendenza, vengono inseriti i Dipartimenti per le dipendenze, cioè si stabilisce che nelle USL, i SERT entrino nell'ambito di Dipartimenti che debbono occuparsi di tutte le dipendenze e fra le nuove attività, oltre alle nuove droghe, c'è anche il consumo e l'abuso di alcool.

Con questo atto le attività alcologiche entrano in maniera ufficiale nell'ambito delle attività dei Dipartimenti e si aprono dei nuovi spazi e spetterà alle Regioni nei loro piani, e agli operatori, nell'ambito della loro attività, chiedere di poter occupare questi spazi, cioè chiedere quelle risorse strumentali, logistiche e anche umane che l'accordo sancisce. Si tratta di un accordo Stato/Regioni e quindi lo Stato i ministeri interessati, le Regioni erano d'accordo. Si tratta ora di chiedere che quanto è sancito da questo accordo, venga rispettato.

Un altro documento importante è anche l'atto di intesa Stato/Regioni dell'agosto '99, che ha determinato i requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni che operano nell'ambito delle attività riguardanti le dipendenze da sostanze di abuso. Le attività che riguardano l'alcool sono sicuramente comprese. Quindi c'è un'ulteriore regolamentazione che può riguardare anche gli enti che si occupano di attività alcologiche.

La normativa forse più importante è il decreto legislativo, si tratta proprio di una legge e non di un accordo, del 19 giugno '99, la Riforma Sanitaria Ter, che pone una precisa collocazione delle problematiche alcologiche tra le aree di intervento integrato del Servizio Sanitario Nazionale. Un articolo di tale decreto prevede la collocazione della dipendenza da alcool nell'ambito delle aree cui attengono prestazioni socio - sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e tenete conto che queste prestazioni devono entrare nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. Vuol dire che si tratta di attività che obbligatoriamente devono essere erogate dalle USL a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Questo lo stabilisce la legge e quindi non si può tornare indietro su questa cosa. La legge deve essere attuata attraverso un atto di indirizzo e coordinamento congiunto dei Ministeri della Sanità e degli Affari Sociali, che è attualmente in via di elaborazione.

Credo che sia importante che questo atto rispetti perfettamente la terminologia della legge. Ogni volta che si parla di tossicodipendenza si deve parlare anche di dipendenza da alcool, anche in questo atto, e questo non è scontato. Sta un po' agli operatori e agli addetti ai lavori vigilare perché questa cosa non sia dimenticata, perché ancora una volta non si usi quella terminologia generale tossicodipendenze, che dovrebbe comprendere anche l'alcool, però poi quando l'alcool non è specificamente citato, alla fine può succedere che venga dimenticato. Così è successo un po' con la 309/90 e questo va evitato.

Non so se avete visto il documento sulla riduzione del danno che il Ministero ha distribuito. Non è un atto ufficiale, è soltanto un documento di orientamento, un contributo tecnico che il Ministero ha voluto dare, però in questo documento sulla riduzione del danno un capitolo specifico è dedicato alla riduzione del danno alcol - correlato. Queste attività stanno comunque entrando sempre di più nell'ambito degli interessi istituzionali, anche a livello centrale. Si fa ancora un po' fatica, perché forse non c'è abbastanza sensibilizzazione o comunque sicuramente nel nostro Paese scontiamo un po' un ritardo culturale, e una serie di altre cose, tra cui il fatto che siamo i secondi produttori del mondo di vino. Spero che abbiate recepito che qualcosa è stato fatto a livello centrale.

Anche l'attività di progettazione ministeriale per ottenere il finanziamento del Fondo Nazionale per la lotta alla droga trova nel Ministero della Sanità uno spazio. Abbiamo elaborato, in materia alcologica, dei progetti nazionali che ci sono stati finanziati e adesso si stanno implementando soprattutto in materia di formazione dei medici di medicina

generale, degli insegnanti, del personale dei servizi psico - sociali e adesso, anche per il 2000, abbiamo presentato un progetto sui giovani che dovrebbe comprendere anche la prevenzione dell'abuso di alcool, oltre che di nuove droghe.
Bisogna vigilare, perché gli spazi che sono aperti dalla legislazione, dall'attività normativa di livello nazionale, vengano rispettati nelle norme di attuazione oppure anche nei piani sanitari regionali, perché degli spazi si sono aperti e quindi si tratta soltanto di saperli occupare e di essere sempre presenti e vigili su queste attività che spesso sono un po' sommerse, in modo che abbiano una piena visibilità.
Ora do la parola al relatore di questa sessione, che è anche l'organizzatore, è il dottor MARCOMINI, che farà una relazione dal titolo "L'alcool tra i giovani: una porta d'ingresso verso i disturbi del comportamento".»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Credo che la cosa migliore sia chiarire il contesto nel quale ci troviamo e le finalità di questa sessione di lavoro, visto che tra l'altro è estremamente travagliata, con un cambiamento di titoli che ha creato qualche problema e che dà anche il segno di come la questione alcologica sia sempre ricca di contraddizioni e non riesca a trovare qualche collocazione da qualche parte. Si vede che ha qualcosa a che fare con la molecola alcool etilico, talmente piccola da potersi infilare da tutte le parti. Quindi, l'alcool deve avere questa caratteristica di fondo per creare tutta questa confusione e tutta questa incapacità di trovare una precisa collocazione.
Volevo chiarire soprattutto le finalità di questa sessione di lavoro, anche alla luce dell'incontro che abbiamo avuto ieri sera come gruppo dei relatori della Consulta, che dovranno predisporre un documento finale che domani mattina venga presentato in plenaria, alla presenza del Presidente del Consiglio dei Ministri. La giornata di oggi si deve sostanziare in due pagine di indicazioni programmatiche tecniche e poi il soggetto politico farà le opportune considerazioni per trasformarle in un atto di indirizzo, anche alla luce del quadro normativo appena presentato dalla dottoressa PALA.
Credo che la questione alcologica abbia un vantaggio rispetto a quelle precedenti; pur essendo la Cenerentola della situazione, anche se ha una dimensione problematica così vasta, ha l'opportunità di accedere alle novità legislative che accomunano l'Italia al resto della legislazione europea, senza un'organizzazione stabile. Questo da una parte è uno svantaggio e dall'altra un vantaggio, che risiede nel fatto che, non essendoci un consolidato e un insieme estremamente articolato di interessi auto referenziali, è probabile che l'alcool possa trovare delle forme innovative di organizzazione, non solo alla luce del quadro normativo appena presentato, ma anche nel contesto della riforma del terzo settore, della legge sull'associazionismo, recentemente varata dal Parlamento, che dà anche dei criteri di accreditamento al terzo settore.
La mia non vuole essere una lezione sulla questione dell'alcool e i giovani, perché sarebbe irriverente nei confronti delle molte persone che, qui dentro, vantano esperienze pluri decennali in campo alcologico; credo di non dover insegnare niente a nessuno, ci sono persone che hanno consolidate conoscenze, posizioni anche diversificate, che dibattono le questioni tra di loro e si conoscono da tantissimi anni. Ho scritto un documento che lascerò agli atti; credo che vada costruita una relazione, nel corso di questa mattina, attraverso contributi molto più significativi di quello che io posso dare. Il mio sforzo deve essere soprattutto quello di trarre delle conclusioni, ma naturalmente ci metterò la mia parte. Credo che la parzialità faccia parte della nostra natura umana, per cui questo è inevitabile, però vorrei che rappresentasse la maggiore sintesi possibile dei contributi che vengono da persone che, a diverso titolo, hanno affrontato il problema del consumo di alcool, del consumo di tabacco, di tutte le questioni che attengono al campo della legalità e che si associano anche alla ricerca del piacere, al cambiamento delle modalità del comportamento, alla questione aperta, che non è soltanto filosofica, ma è estremamente concreta e pratica, dell'insieme dei valori antropologici e spirituali che portano con sé.
E' giusto iniziare questo dibattito con la questione giovanile, perché è a partire dai gio-

vani che noi possiamo andare a vedere quali sono i valori, le soluzioni che il mondo degli adulti dà ai problemi posti sul tappeto. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha deciso che il tema della prossima Conferenza mondiale - che farà il punto sulla situazione del Piano europeo sull'alcool nella sua nuova definizione e quindi anche la valutazione di quello precedente - dopo cinque anni dalla Conferenza di Parigi che stabilì i principi etici e le strategie di azione in campo alcologico - l'altra volta il tema era Alcool, Salute e Società - ha deciso che l'argomento questa volta sarà Alcool e Giovani. C'è stata già una Conferenza la settimana scorsa, che ha visto i giovani europei presenti discutere in vista della preparazione della Conferenza di febbraio a Stoccolma e dare delle indicazioni sulle strategie da proporre ai governi della regione europea. E' una regione importante, che conta un numero consistente di abitanti, culture diverse, con la presenza di sistemi socio - sanitari estremamente diversificati, alcuni profondamente in crisi, come quelli dell'Est europeo, alcuni in via di profonda trasformazione ed evoluzione, come sono quelli dei paesi occidentali, ma che convergono sostanzialmente tutti intorno ad alcuni principi sostanziali. Il dottor SCAFATO credo che su questo ci darà indicazioni estremamente importanti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità in questi vent'anni ha dato degli indirizzi molto precisi su come muoversi, su dove andare, soprattutto a partire dalla dichiarazione di ALMATA sull'assistenza primaria, tenendo conto poi della Conferenza di Adelaide, della Carta di Ottawa, fino alla dichiarazione di Copenaghen e al progetto Città sane. L'ultima dichiarazione del Convegno di Città del Messico, tutti convergono su una questione, è che la salute umana è un diritto inalienabile che fa parte della sacralità della persona e come tale va tutelato e promosso, cioè sviluppato, non va lasciato lì a essere depositato in una banca per dare tassi di profitto al 2 per cento, ma va rinvestito per produrre nuova vita, per moltiplicarsi in una serie infinita di possibilità e naturalmente, proprio perché il futuro dipende dagli investimenti che si riesce a fare su questo piccolo seme di vita che alberga al suo interno il diritto inalienabile.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fatto bene a scegliere il tema Alcool e Giovani. Dico questo perché, prima di questa sessione di lavoro, in questi mesi ho parlato con molte persone che hanno detto: ma con questa cosa di Alcool e Giovani sembra un tornare un po' indietro, scegliere una tematica così specifica è in qualche modo negare la presenza dell'alcologia, come se il discutere intorno a problematiche molto vaste faccia la differenza rispetto allo scegliere un target specifico, come se la complessità fosse semplicemente il riflesso di una sommatoria di elementi.

La complessità non è questo, la complessità è anche in una foglia, è anche un recettore, la complessità è in una società complessa, è in tutto questo. E' un modo di vedere le cose. Allora, se decido di vedere la complessità dal punto di vista sistemico, cognitivo, antropologico, non mi interessa di quali dimensioni sia la problematica che sto osservando, ma quello che conta è, a partire da quell'elemento puntuale, quali sono i meccanismi che metto in piedi e, a partire da questi, posso dare delle indicazioni di ordine generale.

Se noi facciamo un discorso generalista, il rischio dell'approssimazione è molto elevato. Se noi teniamo il discorso confinato all'interno di un elemento molto ristretto, è chiaro che il nostro parlare è costretto ad una maggiore precisione e sveliamo con molta più facilità quali sono gli elementi che mettiamo in campo per dare una risposta alla soluzione di un problema molto semplice in termini di dimensioni.

Qui non dobbiamo trovare la risposta generale all'alcologia, ma dobbiamo rispondere alla domanda specifica del rapporto che intercorre tra l'alcool, il tabacco e, naturalmente era il senso del primo titolo, anche l'uso di farmaci, e le giovani generazioni. La qualità della risposta darà sicuramente degli elementi, che serviranno al mondo della politica per trovare una soluzione a un problema che sembra non trovarla.

Anche ieri avete visto che i mass media focalizzano la loro attenzione tutta intorno ad una polemica che è residuale, che riguarda - tutti sono importanti in questo mondo, per carità - un fatto marginale rispetto a tutta questa Conferenza. Mio figlio, che ha undici

anni, mi ha detto che hanno dato come seconda notizia al telegiornale che i ragazzi sono entrati qui dentro e hanno fatto "casino". Ho visto cosa è successo e sicuramente non doveva succedere, è un male che sia successo, ma naturalmente rappresenta un fatto residuale; tutta la polemica ruota intorno ad una dicotomia di natura ideologica tra proibizionismo e non proibizionismo e quello che mi preoccupa è questo non proibizionismo, che è qualcosa che non è, perché assorbe in sé una negazione. Il proibizionismo è chiaro che cos'è: vuol dire che non devi fare questa cosa. Anche qui il non dover fare una cosa, non si sa che cosa sia perché contiene in sé una negazione. Il suo opposto non si sa anche questo che cosa sia e credo che non ci sia un contrario al proibizionismo identificabile con il non proibizionismo. Ci sono prospettive diverse di lettura dei fenomeni rispetto ai quali si possono dare diversificate risposte.

Il problema del rapporto tra giovani, consumo di bevande alcoliche, di tabacco e di farmaci non può essere posto all'interno di una dicotomia di questo tipo perché sarebbe una questione puramente ideologica e non serve assolutamente a nulla.

Prima di tutto dobbiamo comprendere il senso di questo crescente rapporto dei giovani verso le sostanze legali, cioè a quale bisogno risponde questa assunzione di sostanze che hanno una caratteristica in comune, quella di modificare il tono dell'umore portandolo a un livello più accettabile probabilmente rispetto a quello che si ha precedentemente al consumo.

E' chiaro che c'è il fatto della ricerca esperienziale, tutti noi abbiamo fatto cose di questo tipo però, quando questa differenza si moltiplica nel tempo, è chiaro che questa condizione diventa oggetto di problematicità e in quanto tale va rispettata. Nessuno usa alcool, tabacco e farmaci per il gusto di farsi del male, ma generalmente lo fa per stare un po' meglio.

Forse con gli esempi ci capiamo anche ora meglio: qualche giorno fa ho parlato con una giovane ragazzina di quindici anni in una comunità per minori ed è interessante perché questa storia - a me non piace raccontare i casi perché credo che siano un fatto personale che si sviluppa all'interno di un rapporto - l'ho trovata estremamente utile anche per questa sessione di lavoro. Tanto che ho pensato di invitare anche un rappresentante del Coordinamento nazionale delle comunità dei minori, che con l'uso di alcool, tabacco e farmaci devono fare i conti tutti i giorni; questa ragazza di quindici anni era stata venduta all'età di dieci anni dalla sua famiglia che era in Calabria, un famiglia nomade, a un'altra famiglia croata residente momentaneamente a Porto Gruaro, in Veneto. Venduta a dieci anni, a undici anni è stata sottoposta, prima ancora di avere uno sviluppo completo da un punto di vista della maturità sessuale, a rapporti sessuali, non certamente voluti, con adulti. Successivamente, è stata messa a fare accattonaggio a Mestre, per sua fortuna ha compiuto qualche furto ed è stata arrestata. A quel punto, è stata allontanata ed è stata messa in una comunità per minori. Questa ragazza, che adesso ha quindici anni, si prostituisce ogni tanto, fugge dalla comunità e va a prostituirsi, ha rapporti sessuali da sempre con adulti e a una mia domanda precisa su quali droghe usasse, mi ha risposto cocaina, ecstasy, marijuana e che beveva. Io le ho chiesto: ma cosa cerchi, qual è l'effetto che cerchi nella cocaina? Sentirmi un po' più rilassata, sentirmi un po' meglio. Vi ho portato l'estremo di quello che può accadere: adesso va molto di moda la pedofilia, questa ragazza è stata oggetto di pedofilia, perché una ragazzina di undici anni che subisce dei rapporti sessuali contro la sua volontà, se non è pedofilia questa non so che cosa sia la pedofilia; questa ragazza naturalmente fuma, tutti i ragazzi della comunità fumano, usa le droghe e le ho chiesto ma qual è il tuo desiderio? Incredibile, rivedere i propri genitori che l'hanno venduta. Non è stato fatto nessun decreto di decadimento della patria potestà, per cui lei è ancora in carico alla sua famiglia di origine che l'ha venduta e naturalmente questo è un reato, ma nessuno è mai stato denunciato per questo, forse perché è una nomade, forse perché il livello di disattenzione nei confronti di chi non ha una dimora precisa è molto più elevato.

Però, da questa condizione, che rimanda a una situazione antropologico - esistenziale

estremamente complessa, emerge un quadro delle nostra società, dove la dicotomia proibizionismo e antiproibizionismo deve lasciare il campo ad una risposta precisa sul che fare di fronte ad una grande offerta di mercato dove il mondo giovanile a volte è target, a volte strumento di veicolazione del messaggio pubblicitario.
L'ambivalenza delle figure femminili presenti in molte delle pubblicità che cercano di promuovere l'uso delle bevande alcoliche è evocativa della dimensione della sessualità, cioè del piacere e credo che uno dei tratti fondamentali del mondo giovanile nel diventare mondo adulto è quello di trovare una risposta rispetto al tema della sessualità. Shakespeare diceva che l'alcool aumenta il desiderio, ma riduce la performance. Il mondo di oggi è fortemente orientato verso la performance e fortemente depresso per l'omicidio del desiderio, perché noi abbiamo il problema esistenziale di fondo, in questa cultura che riguarda il mondo degli adulti ma che drammaticamente si sta riflettendo nel mondo delle giovani generazioni, della caduta assoluta del desiderio che porta a stati mentali non certamente piacevoli, ma a derive di disagio esistenziale. Non sono un neurobiologo, non sono un farmacologo, sono solo una persona che ha cercato di ascoltare ed essere in relazione, in questi vent'anni, con tante famiglie che hanno avuto un problema con l'alcool e da loro ho imparato molto, però credo che la ricerca scientifica possa dare conforto alle nostre intuizioni, perché ho la netta impressione che il ripetuto esporsi a condizioni esistenziali fortemente frustranti, dove il desiderio viene assassinato, porta inevitabilmente, per una qualche ragione che sicuramente chi si occupa di neurobiologia potrà cercare di spiegare, a una modificazione degli stati mentali e quindi anche del meccanismo di funzionamento biologico della mente umana, tanto da indurre la necessità, soprattutto nelle prime fasi di una condizione legata alla sofferenza, di ricorrere anche a dei farmaci che correggano la situazione, che mettano il soggetto nella capacità di riprendere un cammino. Credo che la sovraesposizione a meccanismi emozionali forti e deprimenti privi il soggetto di una fisiologica presenza di sostanze capaci di regolare il tono dell'umore, il che porta inevitabilmente o alla ricerca autocorrettiva, attraverso l'uso di sostanze esterne, l'alcool e il tabacco sicuramente rappresentano la porta di ingresso. Vecchie ricerche dimostrano come l'intossicazione precoce, in fase preadolescenziale o l'uso massiccio di sigarette sempre in fase preadolescenziale, secondo la Gateway Theory, porterebbe inevitabilmente all'età fra i venti e i venticinque anni alla ricerca di sostanze illegali e all'età fra i trenta e i trentacinque anni alla necessità di usare psicofarmaci anche di non grande entità, le benzodiazepine, per risolvere problemi, se volete, anche banali, che sono l'insonnia, la sofferenza, l'ansia, tutte cose che tutti noi viviamo a un certo punto della nostra vita. Però queste persone, con maggior carico di sofferenza, finiscono per in qualche maniera per avere questo tipo di necessità.
Sono voluto partire dalla problematicità per una ragione molto semplice, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ha dato una grande lezione: il tempo della prevenzione è finito. La prevenzione è un errore epistemologico nel senso che prevenire qualcosa che non è accaduto è un imbroglio linguistico nel senso che se una cosa non è accaduta non sappiamo neanche che cosa sia. Quindi, la prevenzione è fallita, perché si rivolgeva a questioni che erano già accadute e quindi fare una dicotomia tra normalità e patologia - la prevenzione doveva mantenere tutti nella normalità per non arrivare alla patologia - era solo una questione bizantina che non risolveva assolutamente nulla. Credo che il nostro problema sia quello di sostituire la prevenzione con la promozione della salute e questo riguarda tutti, sia chi si trova in una condizione di sofferenza, sia chi non ha la percezione della sofferenza, sia chi ritiene di non avere nessuna sofferenza o che pensa di essere in una condizione di assoluta normalità.
A partire da questo, credo che dobbiamo pensare nei termini stabiliti da Jeffrey ROSE, purtroppo deceduto qualche anno fa, uomo di grande scienza e cultura, docente alla London School of Hygiene and Tropical Medicine, che ha scritto un bellissimo libro "Le Strategie della Medicina Preventiva" e che ha introdotto il paradosso della prevenzione, che significa fare qualcosa per sé stessi che ha scarse probabilità di avere dei vantaggi

per sé stessi, cioè l'atto di prevenzione, cioè l'atto di cambiare qualcosa nel proprio comportamento, nel proprio stile di vita, ha scarse probabilità di incidere in maniera significativa rispetto agli anni di vita che si riesce a vivere, rispetto al proprio tasso di mortalità e al proprio carico di malattia. Questo sul piano individuale. Ma il cambiamento, apparentemente inutile da parte di ciascuno di noi, dà un contributo significativo al cambiamento dello stile di vita di una comunità, cioè dobbiamo fare qualcosa che apparentemente è assolutamente inutile. E' una grande lezione di Jeffrey ROSE che nasce dallo studio INTERSALT che riguardava l'ipertensione, l'obesità, il consumo di alcool e di tabacco e che rilevava come l'incidenza e la prevalenza di problemi tabacco - correlati, alcol - correlati e legati ai disturbi dell'alimentazione e anche all'ipertensione, è legata alla media dei comportamenti di una popolazione. Prevalentemente, noi tendiamo a concentrarci sul lato estremo problematico della popolazione, raramente studiamo strategie per cambiare la media del comportamento di una popolazione: quelli sono normali, lasciamoli in pace. Jeffrey ROSE diceva che, piaccia o non piaccia, i devianti appartengono alla società in un tutt'uno, non è che ci sia una possibilità di discontinuità, ma c'è un rapporto di continuità e allora noi dobbiamo trovare, parlando al mondo giovanile, la continuità che intercorre tra i consumi considerati normali e che appartengono anche al mondo degli adulti, in una condizione che è quella giovanile, dove prevalentemente si sta bene perché ci sono scarse probabilità che un messaggio che dica guarda che se bevi e fumi morirai sia un deterrente, non c'è un rapporto diretto tra il comportamento e l'evento morte, quando uno è giovane sta prevalentemente bene e non percepisce delle conseguenze particolarmente negative dai suoi comportamenti. Anzi, ne deriva stati di umore modificati e migliori di quelli che aveva precedentemente, un buon grado di euforia e quindi si sente anche un po' disinibito e non si capisce perché non dovrebbe fare questo tipo di cose.

A partire da questa considerazione, credo che è necessario costruire programmi che dalla esperienzialità del problematico si ricolleghino alla normalità. Scoprire quali sono i meccanismi normali che sono presenti nei soggetti patologici. Noi spesso vorremmo avere la moglie ubriaca e la botte piena. Credo che le cose non si concilino. Se vogliamo modificare la devianza, dobbiamo porre una domanda alla normalità, non possiamo chiedere ai poveri dei sacrifici perché migliori il prodotto interno lordo, dobbiamo chiederli a tutti e naturalmente chi sta bene ha qualche difficoltà in più. E' molto facile dire a uno che sta male guarda, cerca di curarti, cerca di cambiare. E' molto difficile dire a chi si sente apparentemente bene: cerca di curarti, cerca di cambiare perché il tuo stile di vita, il tuo comportamento potrebbe essere lesivo nel tempo lungo e soprattutto questa concretezza della solidarietà potrebbe provocare dei danni alla tua comunità, alla tua collettività.

Se pongo le questioni in questa maniera, non sto sfidando i giovani, ma una cultura generale dove l'autoreferenzialità al particolare impedisce che si dia concretezza all'enfasi retorica della solidarietà. Dobbiamo dare concretezza alla solidarietà e la solidarietà è concreta nella misura in cui riconosco qual è quello che accomuna me al consumatore di droga, a chi ha una sofferenza psichica, a chi consuma alcool e a chi consuma tabacco. Che cosa posso fare io prima di tutto per me stesso per poter cambiare? Noi abbiamo dei buoni esempi nel nostro paese in campo alcologico e del tabacco, tra l'altro tenuti anche abbastanza in silenzio, e credo che, se non altro, abbiano il merito della sobrietà.

Guardate, ho partecipato ieri sera a riunioni di società scientifiche e sono rimasto un po' perplesso non per i contenuti che sono stati detti, ma per le lamentele che sono emerse. La domanda più frequente che ho sentito in quella riunione è perché Andrea MUCCIOLI è così famoso e a noi non ci considera nessuno e credo che siccome questo è stato ripetuto almeno cinquanta volte, anche in quella occasione il più famoso in quella riunione sia diventato un'altra volta Andrea MUCCIOLI, perché erano sparite anche le società scientifiche a quel punto e pervadeva la presenza di Andrea MUCCIOLI che non era

stato invitato e non c'era, naturalmente. Poverino, lui non aveva colpa in questo caso.
Credo che ci siano due modi di affrontare le cose: uno con la deriva delle prime donne, del protagonismo e l'altro è quello di lavorare in silenzio giorno dopo giorno. Naturalmente, chiediamo che questo silenzio non sia ostruzione nei confronti dell'agire, ma che venga riconosciuto tutto il lavoro, ormai più che ventennale, fin qui agito in silenzio da molte persone in questo paese e che ha prodotto dei risultati straordinari tanto che i nostri programmi di tutela e promozione della salute in campo alcologico e del tabagismo non hanno nulla di meno rispetto a quelli che si trovano a livello internazionale. E' qualcosa che potremmo anche esportare perché tra l'altro noi siamo poco pragmatici: questo non è un disvalore però, noi ci mettiamo una punta in più di creatività e di fantasia, siamo forse quelli che, meglio dei paesi nordici, hanno capito che non bastano le linee guida, le indicazioni comportamentali, che la gente non è poi così stupida che basta dirgli fai così, fai colà.
Ricordo un mio amico che insegna Assistenza primaria a Londra; gli inglesi sull'alcool hanno tutti i diari dei consumi settimanali, in cui uno scrive che alle otto ha bevuto questo, alle nove quest'altro, poi fa la conta delle unità e alla fine della settimana va a verificare. Ho detto: guarda che, secondo me, quella roba lì in Italia non funziona, perché uno intanto si dimentica il diario a casa e poi, per principio, ha già capito cosa deve rispondere, che se va sopra certe unità lo passano per alcoolista e quindi è meglio evitarlo, quindi metterà ogni tanto che ha bevuto in modo da risultare nei limiti della norma. Se uno mi misura cerco di presentarmi bene, no? E lui mi ha risposto che i diari non funzionano neanche da loro, ma sono tanto bellini.
A parte i formati grafici, penso che abbiamo la possibilità di aver aperto un dibattito culturale intenso e importante dove, altra indicazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, scienza e politica possono trovare un ponte di congiunzione, non un meccanismo di identificazione, devono restare separati su sponde diverse, ma devono trovare un ponte da attraversare, non soffermarcisi sopra.
E l'altro elemento molto importante è che per noi la partecipazione è un fatto concreto e reale. Qui dentro ci sono tecnici e sono famiglie, ci sono persone che ormai abbiano una tale consuetudine alla partecipazione ai convegni e ai dibattiti che hanno un corpo di conoscenze estremamente elevato, cioè sono dei cittadini competenti nel porre domande a chi ha il compito di produrre servizi e credo che per un medico, gioco sulla mia categoria, sicuramente è una seccatura avere cittadini competenti perché mettono più alla prova le competenze professionali, perché se un cittadino si è informato, sa il fatto suo, bisogna stare molto più attenti a non sbagliare, bisogna essere molto aggiornati e sempre all'altezza del compito. E' chiaro che dei cittadini che non sanno niente, che accettano tutto, sono molto più facili da trattare, ma non così stimolanti per la ricerca. A questi cittadini non possiamo raccontare sciocchezze perché leggono, ascoltano, si informano, non si fidano della stampa e hanno sviluppato un forte senso critico rispetto alle cose che vengono dette e fatte; siamo all'interno di un sottilissimo equilibrio che deve essere mantenuto, cioè quello di evitare la deriva sindacale dei cittadini competenti, che diventerebbero una forma di protesta nei confronti dell'istituzione, cosa che non serve all'istituzione e non serve neanche a loro. Bisogna invece scegliere la strada della cittadinanza attiva, cioè del cittadino che coopera con il Servizio Sanitario, con il Servizio sociale per raggiungere obiettivi di salute. Questa è l'indicazione anche del Sistema Sanitario inglese, ben raccolto qualche mese fa dal British Medical Journal e dal documento Partnership in Action del Governo inglese, che chiede una ridefinizione del rapporto sistema sanitario/cittadini sulla base della partnership, dove la decisione sulla cura sia condivisa. E' chiaro che a quel punto anche le cure funzionano meglio, perché c'è una condivisione consapevole che chiede una maggiore capacità relazionale da parte dei medici. A questo proposito ricordo sempre, e qua voglio dirlo perché è un atto dovuto per me, per la mia esperienza, il professor RUDOLIN, scomparso quattro anni fa, che ha dato un contributo significativo a questo paese in campo alcologico.

Negli ultimi anni era stato colpito da una malattia che sapeva lo avrebbe portato alla morte e quando tornò a Zagabria, l'oncologo, suo amico, l'aveva portato dal radiologo a fare la radioterapia e lui diceva che era una condizione sconcertante perché loro erano molto imbarazzati, non sapevano cosa dirgli e allora lui li ho chiamati e gli ha detto: guardate, faccio una supervisione perché voi non avete il coraggio di dirmi che dovrò morire e avete un grande problema, che state trattando con persone che soffrono e non sapete parlare con queste persone, allora approfittiamo di questa occasione perché incominciate a parlare con le persone che soffrono. Una grande lezione di un grande psichiatra, che nella pratica aveva posto in essere la questione fondamentale della partnership in action, la cooperazione tra la competenza professionale e dei cittadini che voleva competenti. Naturalmente, quando i cittadini diventano competenti, a volte esprimono pareri profondamente diversi, e allora iniziano le discussioni. Però, se queste discussioni non sono poste nelle condizioni della rivendicazione, della sindacalizzazione, ma in un clima di amicizia, e voglio usare un termine che vedo che ormai viene utilizzato anche da scienziati ormai, di amore e di solidarietà, credo che lì ci sia lo spazio per capirsi e per crescere e maturare insieme.
Penso che lo scopo di questa giornata sia pertanto quello di costruire un documento di due pagine attraverso il contributo di tutti, sia di quelli che sono preordinati nella scaletta, sia delle persone che vogliono intervenire per chiedere al governo sostanzialmente di dare concretezza alle cose che diceva la dottoressa PALA sul piano legislativo e di dare dei criteri di accreditamento delle azioni, che derivino soprattutto dalla qualità percepita del servizio da parte dei cittadini e dal consolidato dell'esperienza e della sua efficacia rispetto alla risposta ai problemi alcologici e sul tabacco che si sono sostanziati in questi ultimi vent'anni; inoltre si deve lanciare un messaggio che rompa un'ambiguità ipocrita che sempre sussiste ogni volta che si parla dei giovani, cioè quella di chiedere ai giovani di fare qualcosa che gli adulti non hanno il coraggio di fare. Ai giovani si chiede di cambiare tutto, di essere i migliori, di essere perfetti, di essere privi di ansie, di essere privi di angosce, di essere delle persone che non sono frustrate, di essere sempre allegri, ma gli adulti si sono mai guardati allo specchio la mattina? Sono qualcosa di non presentabile molto spesso, al di là delle condizioni estetiche. Sul piano dell'umore non sono presentabili. Gli adulti guardano mai cosa fanno nei luoghi di lavoro? E se i giovani potessero vedere cosa fanno nei luoghi di lavoro? E' come se uno va nei locali della cucina dei ristoranti: è probabile che poi non mangia più, quindi è meglio non andarci. Noi chiediamo ai giovani di promuovere le cose, dopo di che ci comportiamo peggio di loro. Questo comunque non li giustifica dal comportarsi male. Quindi, che si dia credito all'esperienza consolidata senza voler creare sempre cose nuove, perché questa rappresenti un punto di riferimento significativo per i giovani in una progettualità che comprenda anche gli adulti, in un'ottica di promozione della salute. Quindi non fare programmi confinati in senso giovanilistico, ma con un'attenzione ai fattori comportamentali che i giovani pongono in essere, ma che hanno appreso dagli adulti. Serve un'educazione prima di tutto fondata sulla famiglia, ma soprattutto sulla relazione adulti/giovani. Pensate alle scuole. Discutete di alcool e tabacco nelle scuole? Prima di tutto si discuta sul comportamento rispetto all'alcool e tabacco da parte degli insegnanti. Parliamo di droga, e possibilmente di eroina, perché se passiamo alle canne, qualche problema nasce, perché ormai qualche insegnante, e poi molti genitori, potrebbero anche consumare, è inutile che ce lo nascondiamo.
Vi ringrazio della collaborazione alla riuscita di questo seminario, di questa sessione di lavoro, perché sarà non la soluzione dei problemi, ma un contributo alla ricerca che mira a trovare cittadinanza ai problemi dell'alcool, del tabacco e dei farmaci.»

Chairman Dott.ssa Bastiana PALA:- «Diamo adesso la parola al dottor Valentino PATUSSI, presidente della Società Italiana di Alcologia, che farà una relazione dal titolo "Alcool e giovani: un problema transgenerazionale".»

Dott. Valentino PATUSSI:- «Come ha detto MARCOMINI, il rapporto tra alcool e giovani è un aspetto importante. Abbiamo avuto occasione di riunirci tra realtà diverse, e verrà fuori un documento a livello nazionale, scritto da ALCAT, ALCOLISTI ANONIMI, ALANON, in cui prendiamo posizione su questo fenomeno che è sempre marginalizzato, sempre sottostimato.

Parlerò dei compiti di una società scientifica. Essa deve anche fornire dei dati. Visto che ieri VERONESI ha sottostimato alcune cose, è bene cominciare a ristabilire alcuni punti. Intanto, dai dati scientifici della Società Italiana di Alcologia, esiste un documento - c'è una pagina web e potete scaricare i documenti della società - in cui si dice che le morti attribuibili all'alcool oscillano tra le 30.000 e le 50.000 per anno e questo è il punto.

Basta pensare che il 30 per cento degli incidenti stradali è connesso all'uso di bevande alcoliche, non all'abuso, non all'alcol - dipendenza, ma all'uso di bevande alcoliche e che il 10 per cento di tutti gli incidenti sul lavoro sono ascrivibili al consumo di bevande alcoliche. Circa il 15 per cento dei cittadini che si rivolgono al medico di medicina generale, al medico di base, presenta problematiche correlate all'uso di bevande alcoliche e al 5 per cento probabilmente potremmo fare una diagnosi di alcol - dipendenza. Quello che ci interessa però è che il 15 per cento presenta problemi connessi all'uso delle bevande alcoliche.

Per quanto riguarda l'aspetto della violenza e dell'abuso sessuale, un fenomeno che viene anche qui sottostimato, di donne e minori, l'alcool risulta presente in una percentuale intorno al 12 per cento dei casi. Esistono, anche su questo, dati, pubblicazioni e credo che sia il Ministero della Sanità, sia il Ministero degli Affari Sociali possano tranquillamente trovare questo nel sito della SIA, in documenti, e nella pubblicazione della rivista Alcologia. A livello nazionale e internazionale risultano estremamente contraddittori i dati inerenti l'incidenza dell'alcolismo negli anziani, che non supera il 2,5 per cento negli studi sulla popolazione generale, mentre si attesta tra il 7 e il 22 per cento se si studiano le coorti di residenti in strutture sanitarie, altro aspetto importante. Che cosa vuol dire? Che nelle RSA si tende ad avere una presenza di problematiche alcol - correlate che va dal 2 al 15 per cento. Se andiamo a considerare le cause di ammissione di pazienti anziani in istituti psichiatrici, vediamo che l'alcolismo è la seconda causa di ammissione e va dal 28 al 40 per cento. Si introduce forse, come vi sarà capitato anche nella vostra pratica, l'uso quasi terapeutico, psicofarmacologico nell'alcool negli anziani e nelle RSA.

E' stata fatta un'indagine nel Veneto per quanto riguarda i problemi connessi a incidenti in ambiente lavorativo. Anche questi sono dati pubblicati. Indagini condotte in soggetti afferenti al pronto soccorso per infortunio sul lavoro, mediante la misurazione dell'alcolemia o l'aria aspirata hanno evidenziato tracce di alcool nel 37 per cento degli infortunati. Su 800.000 incidenti in ambiente lavorativo, a oggi, potremmo ipotizzare che circa 300.000 infortuni in ambiente lavorativo, in Italia, sono connessi all'uso di bevande alcoliche.

Popolazione carceraria: ci sono delle pubblicazioni, c'è un libro su Alcool e carcere; anche in questo ambito ci si sta muovendo, si sta lavorando, esistono dei programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulle carceri sane. E' stato visto che per quanto riguarda la popolazione detenuta in ambiente penitenziario, per circa il 29 per cento, la sostanza elettiva è legata l'alcool, aggiunto agli psicofarmaci.

Per quanto riguarda i giovani, il consumo regolare di bevande alcoliche interessa circa il 30 per cento dei ragazzi. Tale consumo giornaliero inizia di solito in un range che va tra i 12 e i 16 anni. Vi ricordo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda il consumo zero al di sotto dei 15 anni. Gli episodi di ubriachezza sono presenti in circa il 40% dei giovani, il 20/50 per cento dei giovani dichiara di avere avuto incidenti in macchina o motorino correlabili al consumo di bevande alcoliche, circa il 10% dei giovani presenta problemi e patologie compatibili con un quadro di dipendenza alcoli-

ca. La birra è la bevanda alcolica preferita nel 72,93 per cento dei giovani. Il vino risulta bevanda di inizio ed è presente come consumo nel 65,85% dei giovani. L'alcool viene provato per la prima volta in un range di età tra i 5 e i 16 anni. Conclusioni della SIA: l'alcool è una abitudine consolidata nella nostra cultura, una fonte di interesse economico, sia diretto, sia indiretto.
Questa sostanza crea dei grossi problemi per l'interesse economico legale connesso a queste sostanze e con questo, naturalmente, tutti noi dobbiamo fare i conti. E' un fattore di rischio per la salute, lo dice il Piano Sanitario Nazionale: è un fenomeno che può creare problemi di ordine pubblico, crimini, riduzione della sicurezza collettiva, è una causa indiscutibile di danno sociale ed economico, può causare malattia, incidenti stradali e sul lavoro, domestici, invalidità. Il 15 per cento di disabilità è connesso all'alcool, e questo fattore viene prima del tabacco e delle sostanze illegali. E' una condizione che si associa fortemente alle situazioni di maggiore marginalità nella città, come quella dei cittadini extracomunitari senza dimora. Ora esistono programmi sempre più indirizzati anche nei confronti degli immigrati. Anche questo è documentabile.
Quindi un uso legale di una droga rischia di avere pesanti ripercussioni sul piano educativo, e di dare una sofferenza prolungata a numerose famiglie.
Le bevande alcoliche non sono alimenti, mi dispiace ma la SIA prende questa posizione. Forniscono calorie, ma non forniscono nutrienti utili o indispensabili all'organismo tali da raccomandarne il consumo, il che vuol dire che non è un farmaco e non si usa una bevanda come l'alcool come farmaco, come terapia.
L'alcool rappresenta un importante fattore di rischio per la salute pubblica, secondo soltanto all'uso di tabacco e a livello individuale non esiste una ricetta d'uso delle bevande alcoliche. Non può esistere una ricetta d'uso, non credo che nessun medico e nessun operatore possa prescrivere dell'alcool come un farmaco, da un punto di vista anche legale. Individui che non bevono non possono e non devono essere sollecitati a modificare il proprio atteggiamento, poiché non esistono allo stato attuale evidenze di un vantaggio legate a tale modificazione. Ciò riguarda anche la riduzione del rischio di mortalità per patologie cardiovascolari rilevata per i bevitori moderati rispetto agli astemi, che può essere raggiunta attraverso altre vie quale l'astensione dal fumo, l'incremento dell'attività fisica, la riduzione dell'apporto di grasso con l'alimentazione, la correzione dell'uso del sale.
Individui che bevono devono essere consapevoli dei possibili effetti negativi legati ad un consumo di bevande alcoliche e incoraggiati a bere meno. Non vuol dire promuovere il bere meno o il bere moderato, è una cosa diversa. Il bere moderato è una politica come quella per l'aspirina. Tutti, ma un po'. Questo riguarda gli interessi commerciali dei produttori che chiaramente vogliono una distribuzione del consumo. Ognuno deve fare il suo lavoro. Questo vuol dire: bere meno è dire alle persone che, a causa di questi rischi, devono cercare stili di vita, comportamenti legati all'uso di bevande alcoliche che li portino a bere sempre meno.
Vi sono situazioni in cui è raccomandata l'astensione assoluta del consumo di bevande alcoliche, cioè quando ti senti solo e depresso, se ti devi mettere alla guida di un veicolo o usare un macchinario, prima e durante l'attività lavorativa, se sei a digiuno, se sei in gravidanza, se hai programmato una gravidanza - questo riguarda anche la coppia, esistono su questo dei dati delle società scientifiche di tutti i paesi d'Europa e degli Stati Uniti, non società scientifiche sull'alcool, ma di medicina interna, o che riguardano l'ostetricia e la ginecologia - se prendi farmaci. Prima ho parlato degli anziani. Pensate all'uso dell'alcool negli anziani che spesso prendono anticoagulanti e altre sostanze, pensate ai ragazzi che fanno uso di antivirali, a cui non viene mai detto dell'effetto negativo sulla salute connesso all'uso degli antivirali e dell'alcool. Invito la medicina delle malattie infettive e tutti quelli che lavorano ad esempio con ragazzi HIV a segnalare questo problema, perché vuol dire accorciare molto la vita media di queste persone. Infine non bisogna assumere alcool se uno ha malattie acute o croniche, oppure un'età infe-

riore ai diciott'anni.
Finisco col ricordare che in Italia - questi sono dati con fondamento scientifico, esistono anche delle pubblicazioni su questo, ci sono aree di consenso tra società scientifiche a livello nazionale e a livello internazionale - esiste ormai un movimento che riguarda le problematiche alcol - correlate che, al di fuori di qualsiasi norma legislativa, ma sulla base di una formazione motivata, fortemente sentita, con basi tecniche e scientifiche dietro, vede circa 300 servizi a livello nazionale sui problemi alcol - correlati, situati sia nei SERT, sia nei centri di alcologia ospedalieri. Esistono due grandi movimenti a livello italiano che sono il Sistema dei Dodici passi, voi sapete, Alcolisti Anonimi, ALANON, ALATIN, Figli adulti, ALCOA e il movimento dei Club Alcolisti in Trattamento.
In totale, oltre ad altre realtà come l'ANCA, abbiamo un movimento di famiglie e di persone con problemi alcol - correlati, che comprende circa 3.400 realtà.
Sapete cosa vuol dire in termini di dati? Vuol dire che circa il 3/4 per cento della popolazione è stata sensibilizzata, è stata informata e gli è stata data la possibilità di avere contatti e risposte dirette sui loro problemi. Non credo che nessun movimento, nessuna realtà in campo socio - sanitario, al di fuori di qualsiasi normativa legislativa, di qualsiasi supporto ministeriale e governativo, oggi possa presentare questi dati.
Come Società Italiana di Alcologia, insieme alle altre realtà, non da soli, rivendichiamo fortemente questo e all'interno di questa Conferenza, ma anche nel rapporto governativo e ministeriale, richiediamo una presenza costante e di essere consultati quando vengono prese posizioni o decisioni riguardo a questo argomento e non lo chiediamo su base empatica, ma sulla base di dati, di un lavoro fatto e delle verifiche che questo lavoro ha comportato e credo che su questo abbiamo un diritto civile ed etico di essere ascoltati.»

Chairman Dott.ssa Bastiana PALA:- «Diamo adesso la parola al dottor Emanuele SCAFATO dell'Istituto Superiore di Sanità, che farà una relazione dal titolo "Giovani e Alcool: le iniziative europee e la prospettiva italiana".»

Dott. Emanuele SCAFATO:- «Parlare di alcool e giovani è uno degli argomenti più importanti e prioritari in ambito non soltanto nazionale, ma europeo. Giustamente il dottor PATUSSI ha fatto riferimento a dati. Oggi come oggi, sull'alcool non esistono molti dati sicuri, ma ci sono molte stime, però quei pochi dati sicuri forse sarebbe bene che tutti quanti imparassero a citarli.
Molto spesso l'atteggiamento riguardo alle fonti informative, per quanto riguarda l'alcool, è stato orientato ai dati sulla mortalità; rifuggo dalla tentazione di parlare di statistiche in termini di mortalità, anche perché nella maggior parte dei casi parliamo di persone viventi, di soggetti che hanno una malattia e quindi riferirsi a loro in termini di mortalità, sminuisce la problematica correlata all'alcool.
Ora, quando parliamo di alcool e giovani, parliamo di una tematica prioritaria ed è una novità piuttosto relativa. Bisogna dire che, al di là del fatto che i giovani rappresentano una popolazione target molto sensibile rispetto alla popolazione generale, occorre dire che forse rappresenta la maniera migliore per introdurre, attraverso delle iniziative istituzionali pubbliche, delle azioni politiche che risulterebbero molto difficili se venissero orientate all'intera popolazione; questo anche perché sull'alcool esistono degli interessi economici, siamo un paese produttore, esistono delle lobby, dei raggruppamenti nel senso inglese, che a volte sono anche negative perché ostacolano un processo democratico; ma questo fa parte delle regole del gioco, che potrebbero anche cambiare in virtù dell'evidenza scientifica. E' un problema di carattere europeo: l'Europa resta una delle regioni più colpite dal problema dell'alcool e delle patologie alcool correlate, anche perché presenta i più elevanti livelli di produzione e di consumo. Quindi, rappresenta un problema di salute pubblica tanto serio quanto spesso sottovalutato. Molto spesso parliamo in termini di alcool dipendenza, di alcolisti, dimentichiamo che l'alcool non

ha soltanto degli effetti cronici, ha anche degli effetti acuti e la dimensione dell'alcool è abbastanza articolata, non si esaurisce nella dipendenza. Anzi, parte da molto lontano. E' ovvio che la maggior parte delle iniziative che è possibile attuare, riguardano soprattutto il livello di prevenzione e di promozione della salute. Soltanto una piccola fetta è di competenza di un trattamento specialistico. Tutto il resto, cioè laddove il consumo di alcool è leggero e moderato, e si manifesta o si estrinseca attraverso un problema alcool correlato lieve o moderato, è competenza di solito dei setting di primary health care. Potrebbe essere gestito prima che si manifesti l'alcol - dipendenza.
Questo è un potenziale che in Italia deve essere liberato, perché qui non è molto evidente il tipo di approccio che parte da questa base, cioè dall'informazione, dall'educazione e prosegue poi piano piano, attraverso differenti gradi, andando ad attivare competenze che sono quelle della medicina generale, dei dipartimenti di prevenzione, per giungere al trattamento specialistico e alle interrelazioni e alla valorizzazione anche del mondo dell'auto aiuto che tanto fa in Italia in questo settore, molto spesso anche supplendo alle carenze delle strutture del territorio.
La mia relazione tratta di iniziative europee. Quello di cui vi sto per parlare è frutto di esperienza personale, perché sono la persona nominata presso la Commissione Europea e presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità a rappresentare l'Italia.
Nell'ambito della Commissione Europea, nel corso degli ultimi tre anni, sono due fondamentalmente le iniziative che hanno fatto storia. La prima è la proposta di raccomandazione del Consiglio d'Europa, "Drinking of Children and Adolescents", che è stata approvata dalla Commissione europea, verrà proposta nella prossima presidenza svedese della Commissione europea, comincerà ad essere presentata ufficialmente al Consiglio d'Europa, dei Ministri, a febbraio e dovrebbe essere ratificata entro l'estate dell'anno prossimo. E' un grosso progetto che praticamente contiene la strategia sulla salute nella Comunità europea; è un piano che prevede l'assemblaggio dei tanti programmi che c'erano, come l'Health Monitoring, l'Health Prevention e così via; verrà fatto un unico programma nell'ambito del quale c'è anche, ed è la prima volta che succede, la tematica dell'alcool. Non c'è mai stato un orientamento specificamente ed esplicitamente rivolto all'alcool e questa attenzione è sintomatica dell'importanza del problema.
L'Organizzazione Mondiale della Sanità, come accennava stamattina Franco MARCOMINI, negli ultimi tre, quattro anni, ha prodotto l'Health 21, che è la strategia per le politiche non soltanto sanitarie, perché l'Organizzazione Mondiale della Sanità è molto attenta anche al sociale. Il problema è sanitario quanto sociale. Questo è stato approvato dai 51 ministri della Regione Europea, dai ministri che afferiscono alla Regione Europea dell'OMS, l'European Health Action Plan, per il periodo 2000/2004; dal 18 al 20 di febbraio 2001 si ratificherà una dichiarazione, a Stoccolma, sui giovani e l'alcool.
La Commissione Europea ha completato tutta la procedura, dopo aver sentito tutte le controparti, compresa l'industria, per produrre questo tipo di raccomandazione una raccomandazione specifica che si rivolge al bere dei ragazzi, degli adolescenti e dei bambini: nonostante fosse rivolta ad un target così sensibile, ha incontrato molte difficoltà per un problema di internal market, perché ci sono state molte polemiche sull'approccio seguito nel draft iniziale della raccomandazione. Ad ogni buon conto, adesso il testo finale esiste e continuerà a fare il suo cammino. E' mirato soprattutto a incrementare il grado di consapevolezza dei giovani nei confronti del consumo delle bevande alcoliche, a ridurre il rischio legato al consumo di alcool tra i giovani e il suo impatto sociale e sanitario e a sollecitare il mondo della produzione a incrementare il livello di attenzione e le responsabilità sulle modalità di presentazione e di marketing dei prodotti alcolici.
Voglio ricordarvi che il tutto era partito da una segnalazione dello United Kingdom sugli alcool pops, delle bellissime bottigliette, dette designer's drinks, che si richiamavano ad una sorta di cultura giovanile, avevano questo appeal giovanile e sono delle bevande fruttate, che hanno incontrato molto il gusto dei consumatori dei paesi nordeuropei, non italiani perché immagino che gli italiani, i giovani, abbiano gusti ben differenti e più raf-

finati di questi. In ogni caso, non hanno avuto diffusione né nella nostra nazione né in altre realtà, ma molto più recentemente c'è stata anche una discussione su questi tipi di bevande. La settimana scorsa, tornando da Copenaghen, ho visto questo tipo di pubblicità "The Christmas Beer", la birra di Natale, con la musica della canzone Jingle Bells e nella hall dell'aeroporto di Copenaghen, in cui Babbo Natale distribuiva dei campioni gratuiti di birra, che utilizza modalità grafiche molto più vicine a una cultura giovanile che non a una cultura adulta.

Passiamo all'altra iniziativa della Commissione europea. La strategia di Sanità pubblica o meglio di Salute pubblica. Comprende tre aree: un'area riguardante l'informazione, una la prevenzione e la promozione della salute e un'altra, più pratica, che reagisce alle minacce alla salute. Questo fa parte anche delle finalità del trattato di Amsterdam.

Le strategie vertono sostanzialmente su due aree: politiche comunitarie e programmi pluriennali su larga scala orientati alla ricerca, ma non solo, programmi di educazione e formativi che possono avere un impatto di lungo termine sullo stato di salute e misure specifiche, comprese quelle legislative, capaci di influire sulle conoscenze, le abitudini, i comportamenti relativi all'alcool, al fumo, alle droghe.

Questo è il testo specifico, non ho inventato nulla. L'alcool è specificamente menzionato come uno dei determinanti di malattia. Molto recentemente l'alcool è stato inserito in una lista, da parte del Governo statunitense, delle sostanze che potenzialmente provocano il cancro ed è un documento ufficiale e anche questa è una presa di posizione nei confronti di una sostanza, non necessariamente delle bevande che la contengono.

Sull'alcool, specificamente, questo programma prevede di stanziare circa 6 milioni di Euro per progetti su tre aree: l'elaborazione di un sistema di monitoraggio sanitario, (quindi costituire, ma anche diffondere informazione), l'attivazione dei sistemi di sorveglianza e di identificazione del rischio, delle strategie rivolte al potenziamento delle capacità di gestione dei determinanti sanitari. In questo caso, si parla di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato il Target Twelve, da raggiungere entro l'anno 2015: questo è un approccio combinato; molto spesso in Europa, non in Italia, si sente parlare di questo approccio combinato come una cosa scontata, ma solo in Italia non lo è. Lo dimostra anche questa sistemazione un po' retrò, da garage, rispetto alle aule che sono qui fuori, molto più belle, più riscaldate. Tutto sommato, personalmente non mi sento defraudato di questa sistemazione, però denota anche una tendenza culturale che, credo, dovremmo tutti quanti contribuire a modificare. Il Target Twelve dell'Organizzazione Mondiale della Sanità auspica di ridurre il consumo medio pro capite a sei litri e ridurre il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni virtualmente a zero litri. Questa è un'indicazione specifica, perché questo è un obiettivo di salute. Tutti coloro che hanno meno di 15 anni non devono bere; questo perché, a fronte delle valutazioni che sono state fatte, i costi dell'alcool per la società sono stimati tra il 2 e il 5 per cento del prodotto interno lordo. Bisognerà bilanciare questo costo con i benefici che invece derivano dall'alcool.

Le aree di intervento sono sostanzialmente dieci. Qualcuno, scherzando, ha detto che sono i Dieci comandamenti. Non sono comandamenti, sono delle note di buon senso, sono le aree all'interno delle quali ciascuno stato membro può selezionare - è un menu - quello che più gli aggrada, quello che più è attinente al proprio contesto culturale, alle proprie esigenze, tenendo conto anche dei dati epidemiologici.

Gli scopi principali del progetto sono rivolti ai giovani e l'alcool: si punta a ritardare l'avvio al consumo alcolico, a supportare un processo che porti i giovani a fare scelte sane, a sviluppare un'attitudine più ampia e critica verso il consumo di alcool, a farli adulti insomma, in poche parole, a fargli capire che quello che fanno non è una cosa che va presa sotto gamba.

Questo è il logo della Conferenza Young People and Alcohol che si terrà a Stoccolma, del 19-21 febbraio del 2001: è un documento riservato, ancora non è stato reso pub-

blico, contiene un preambolo che richiama i principi della Chart sull'alcool, le responsabilità delle società, la necessità di investimento nella salute dei giovani con gli stessi scopi del Piano di azione europea sull'alcool, e in più l'obiettivo di ridurre le conseguenze negative sulla salute causate dall'alcool.
Indicherà l'adozione di misure politiche, quali appunto protezione, educazione, attenzione ai vari contesti e riduzione del danno e, come strategia, richiamerà tutti i ministri degli Stati membri ad un impegno politico su questo problema, allo sviluppo di una partnership, all'approccio sociale e sanitario, alla cooperazione internazionale.
L'Italia ha degli obiettivi di salute inclusi nel Piano Sanitario Nazionale. In questi giorni stiamo scrivendo gli obiettivi di salute per quanto riguarda gli stili di vita. Abbiamo ricevuto questo mandato dal Ministero della Sanità e nell'Istituto Superiore della Sanità: stiamo analizzando i trend e verificando quali sono le possibili azioni da portare avanti.
Vi mostro i dati sui trend che si sono registrati negli ultimi anni (ci fermiamo al '98): c'è un calo generalizzato dei consumi, questi sono dati di produzione, non sono dati relativi a quello che effettivamente la gente consuma, ma in ogni caso sono quelli che vengono presi come riferimento in tutti gli Stati membri. Potete vedere che c'è solo un unico incremento, è quello del consumo di birra.
Andando a prendere gli indicatori del Piano Sanitario Nazionale e prendendo, per il '95, il '97 e il '98, i dati dell'ISTAT, potete vedere che, se andiamo a considerare la prevalenza di consumatori di vino con consumo quotidiano superiore a mezzo litro, che l'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale per il sesso maschile, sembra raggiunto più o meno anche per il sesso femminile.
Quando andiamo a considerare la birra, potete vedere che la prevalenza dei consumatori di sesso maschile, di quantità superiori a mezzo litro, risulta perfettamente invariata e quindi non ci siamo mossi verso il target, mentre per le donne, almeno per quanto riguarda la modalità di consumo, più di mezzo litro al giorno, il target sembrerebbe essere raggiunto. Quando andiamo a vedere la prevalenza, cioè il numero dei consumatori, scopriamo che nel sesso femminile siamo passati da un 30 a un 33 per cento di consumatrici di birra; per classi di età, l'innalzamento maggiore del numero dei consumatori si ha proprio nelle età giovanili quindi, la birra si conferma come una bevanda preferita dalle giovani generazioni.
Per quanto invece le abitudini, uno degli obiettivi era quello di verificare quanti soggetti potessero andare incontro a una riduzione; dovevamo misurare praticamente la riduzione del consumo di bevande alcoliche al di fuori dei pasti. Per quanto riguarda le donne, sostanzialmente è in aumento, invece che in diminuzione, l'abitudine di consumare bevande alcoliche complessivamente al di fuori dei pasti e, in questo caso, si conferma che questo tipo di abitudine è più frequente soprattutto all'età di 18-19 anni, 20-24 anni.
Per la prima volta, l'ISTAT ha registrato e pubblicato i dati anche sui super alcolici e li abbiamo disaggregati per classi di età. Qualcuno potrà essere interessato a sapere che il 22,7% dei 15-17enni beve aperitivi alcolici o il 14% gli amari o il 14% i super alcolici, per quanto riguarda i maschi. Parliamo di 15-17enni e nelle donne ci sono delle abitudini più o meno simili.
Prima non disponevamo di questo tipo di indicatori. In conseguenza del Piano Sanitario Nazionale è stata suggerita l'introduzione di questo tipo di valutazioni.
Questo incremento della prevalenza, si ripercuote ovviamente anche sugli effetti.
Ora vediamo dei dati della DOXA, riferiti al '97, non avevo i dati del '98: episodi ripetuti di consumo eccessivo tra i giovani, così come di ubriachezza, sono registrati nelle popolazioni giovanili. Parliamo di ragazzi di età compresa tra i 15 e i 24 anni, maschi e femmine assieme. Gli episodi ripetuti sono passati da 0,9 a 3,8: significa che sono quadruplicati tra il '94 e il '97 e questa tendenza più o meno è confermata ancora maggiormente tra i quindicenni.
Allora, quali sono le future azioni che possiamo proporre? E' ovvio che ci sono un input e un output: quella è la scatola nera italiana nell'ambito della quale poi si mescola un

po' tutto, politica, evidenza scientifica e tutto il resto, ma a questo punto subentra anche un'altra variabile che non avevamo l'altra volta, le esigenze regionali.
Noi facciamo il Piano Sanitario Nazionale ma le Regioni, che hanno o che avranno un'autonomia, seguiranno queste indicazioni? Vorrei spezzare una lancia a fronte anche di quello che vi ho dimostrato a livello europeo sul fatto che occorre, bene o male, agire in maniera coordinata. Sono persuaso del fatto che esistono delle differenze a livello regionale, ma questi dati, se andate a verificarli regione per regione, vi posso assicurare che più o meno sono gli stessi.
Quindi, stabilire degli obiettivi generali che possano essere gli obiettivi di salute misurabili nel tempo, ripetibili, monitorabili, è una esigenza primaria, anche di informazione, che noi dobbiamo avere nei confronti dell'Unione Europea che chiede come va questo indicatore, come vanno questi dati, qual è il fenomeno in Italia, non nella regione. L'Italia è vista come somma di tutti i risultati regionali.
E' chiaro che bisogna guardare a tutta una serie di fonti. Non soltanto alle fonti del Report sullo stato sanitario del Paese - adesso abbiamo quello del 2000 - né ai dati ISTAT, ma guardiamo anche un po' fuori, ai vari rapporti, alle varie politiche comunitarie. Aprendo questa scatola nera ci possiamo rendere conto che all'interno andiamo, né più né meno, a verificare e ad analizzare queste statistiche che vi ho mostrato e tutti i trend, la mortalità, i pattern di consumo.
Una cosa su cui, approfittando della presenza di rappresentanti regionali, volevo indirizzarvi è l'Evidence based prevention. Esistono dei documenti quali le evidenze che erano alla base della promulgazione della Chart europea sull'alcool, che dicono che esistono dei settori in cui è provato, per esperienza, in altre nazioni, che si possono raggiungere ottimi risultati di salute e che alcune attività sono da prevedere nel settore ad esempio dell'educazione scolastica, nella prevenzione in contesti specifici e non sparando con il cannone un po' in tutti i settori, ma guardando un po' i contesti in cui si verificano maggiormente tipi di problematiche come il Drink driving. Le legislazioni oppure le Regioni possono stabilire quello che si può e che non si può fare rispetto alla distribuzione di bevande alcoliche in particolari contesti. Sono prerogative che credo non spettino al Ministero della Sanità o al Ministero degli Affari Sociali, ciascuno può dare il suo contributo; sul controllo della minimal legal age, chi va a verificare se un giovane di 16 anni effettivamente acquista una bevanda alcolica o la consuma in un locale pubblico?
E' chiaro che sono azioni rivolte a popolazioni vulnerabili, perché sono inesperte. Parliamo di popolazioni giovanili e quindi cercheremo di considerare degli obiettivi che coinvolgano almeno differenti dimensioni, per lo meno faremo una distinzione per età e per sesso perché, come vi ho dimostrato, l'alcool non è un tutt'uno, ma ci sono notevoli variazioni; guarderemo alle modalità e alla frequenza del consumo e al consumo in eccesso.
E quello che suggerisco a livello regionale, dove non è possibile perseguirlo a livello centrale, è di aggregare questo tipo di azioni in accordo a differenti target di popolazioni. I giovani non sono giovani, ci sono i bambini, ci sono gli adolescenti e i giovani adulti. E' chiaro che bisognerà orientarsi in questo settore, cercando di mettere a fuoco iniziative pratiche e concrete rivolte a queste differenti generazioni.
L'obiettivo chiaramente è promuovere stili di vita sani, combattere la cultura risk taking così diffusa e soprattutto diminuire i gradienti all'interno dei gruppi - queste sono le cosiddette disuguaglianze di salute - per ridurre il danno.
E' fondamentale l'informazione, e bisogna coinvolgere tutti gli attori che possono contribuire a una informazione imparziale, oggettiva, indipendente. Questo è fondamentale per ottenere dei risultati che possano essere utilizzati per il raggiungimento non soltanto di outcome intermedi nello stato di salute, ma di outcome anche sociali, in termini di qualità della vita e di indipendenza dell'individuo. Ricollegandomi al titolo di questa Conferenza, "Educare al benessere, prevenire gli abusi, liberare dalle dipendenze", credo che sia molto appropriato, ma è molto giusto anche orientarsi verso un tipo di

atteggiamento che sa che deve costituire un nucleo di informazioni da poter distribuire all'individuo, alla collettività; ciò presuppone un esercizio di volontà politica, che sia attivo nei confronti di queste tematiche, in modo che non rimangano solo parole e che soprattutto si possa lavorare, auspicabilmente, insieme.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio Emanuele per la brillante presentazione che sicuramente rappresenta una cornice che poi ognuno di noi deve mettere in pratica nelle realtà dove vive; credo che questo sia poi il compito più difficile, perché sapere e volere è molto importante, ma poi dobbiamo trasformare in realtà le cose giuste che vengono dette. Un po' come quando organizzano i corsi per i fidanzati, che poi si sposano. Gli hanno spiegato tutto, come si deve fare. Dopo due giorni già si mettono a litigare, perché il problema è come mettere in pratica quei buoni insegnamenti.
Faccio una piccola variazione di programma, dando la parola, al dottor MANGIARACINA della Società Italiana di Tabaccologia, così apriamo anche una panoramica specifica sul mondo del tabacco. Faccio anche una proposta: siccome le conclusioni devono essere democratiche, nel senso di partecipate, chiederei la disponibilità di questa aula anche per qualche ora del pomeriggio, in modo che chi ha voglia di discutere e trarre le conclusioni, possa starci e non ci sia il confinamento nelle quattro ore su un problema così importante.»

Dott. Giacomo MANGIARACINA:- «Credo che il pronunciare le parole tabacco e fumo in questo contesto sia da interpretare anche come una logica conseguenza di quanto stabilito dal Piano Sanitario Nazionale '98/2000 proprio sul tabacco.
Gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale in materia di problematiche legate al consumo di tabacco, che si conclude fra un mese, non sono stati purtroppo raggiunti. Devo dire comunque che c'è stato un percorso logico, costante, che si è avviato negli anni '90 e che è arrivato almeno a far prendere maggiore consapevolezza del problema tabacco, che coinvolge una larga quantità di popolazione nel nostro Paese e nel mondo intero.
L'Italia non si è sottratta da questo percorso. Il 1994, in particolare, ha segnato una tappa importante per il nostro paese, in quanto per la prima volta al Ministero della Sanità è stata costituita la Commissione nazionale per il tabagismo della quale ho fatto parte, insieme con il ministro GUZZANTI. La Commissione esiste ancora, ha lavorato per tutti questi anni e, francamente, ancora non si vedono risultati apprezzabili, però c'è stata una volontà, è stata espressa; almeno si vuole prendere in maggiore considerazione questo problema, speriamo che ci siano degli sbocchi più importanti.
Da questo lucido che voi state leggendo, vi renderete conto che l'approccio alle dipendenze ha percorsi opposti se lo affrontiamo a livello istituzionale o nel privato sociale. In modo particolare, nel percorso istituzionale si parte dall'acutezza del fenomeno e dal grande impatto a livello sensazionale nella popolazione; quindi l'approccio all'eroina è stato il primo approccio importante da parte dello Stato, a cui è seguita quello sull'alcol e quindi i SERT hanno cominciato a lavorare nel campo dell'alcolismo.
Per fortuna è stato ricordato il professor RUDOLIN, con cui ho avuto l'onore di collaborare per una diecina di anni, per capire anche il problema della dipendenza, sebbene mi occupassi di tabacco da quindici anni prima; quindi in tutto è un quarto di secolo che mi occupo nello specifico del problema del tabacco.
Dall'alcool, adesso, i SERT sono passati a interessarsi anche del tabagismo e quindi dell'approccio a livello terapeutico, ma il percorso del privato sociale è un altro. Lo faccio partire dal '40. Partiamo da un approccio errato che è quello del proibizionismo americano, nel 1919: vent'anni di proibizionismo sono stati una grande tragedia non solo per l'America, ma per il mondo intero. Nel '39 finisce il proibizionismo e nascono gli Alcolisti Anonimi, nasce il programma dei Dodici Passi, nasce una modalità di approccio diversa al problema, non sul piano legislativo, ma sul piano della relazione con chi vive il pro-

blema. Dal '40 si snoda questo percorso in cui è la gente che vive il problema che diventa soggetto e protagonista di un intervento che poi si diffonde in modo capillare nel tessuto sociale.
Nel '50 avviene la stessa cosa nel campo del fumo. Proprio nel 1950 MCFARLAND e FAULKENBERG negli Stati Uniti danno vita al Five Day Plan to Stop Smoking, il piano di cinque giorni per smettere di fumare, che poi è entrato in Italia nel '73, quindi ventitré anni dopo.
Ho avuto la fortuna di assistere all'ingresso di questo programma in Italia e dopo due anni di riflessione, nel '75, sono partito con le prime esperienze ed ecco che negli anni '80 la gente comincia ad organizzarsi attorno al problema che lo Stato aveva considerato una priorità, comincia ad affrontare anche il problema delle altre dipendenze emergenti e quindi dell'eroina. Poi arriviamo al punto che oggi le persone tendono a gestire i loro problemi attraverso l'aggregazione, attraverso l'utilizzo di strumenti per i quali addirittura si formano, perché il loro approccio non sia sprovveduto, ma sia articolato, secondo delle metodologie ben precise.
Noi abbiamo questi due percorsi, ma in questi due percorsi cominciamo ad incontrarci. Devo dire che l'approccio al fumo nel '50 è diverso da quello del '70, dell'80, del '90 e da quello degli anni 2000. Sono partito con risorse di volontariato per approdare poi a risorse professionali e da quando, lo scorso anno, è nata in Italia la Società Italiana di Tabaccologia, una parola nuova che si affianca a quella che ormai è diventata usuale, di alcologia, ci interessiamo a tutte le problematiche che gravitano attorno al mondo del tabacco, parliamo degli aspetti economici della nazione, di problemi di sicurezza pubblica, di sicurezza nazionale e mi riferisco al contrabbando, sono problemi di gravità estrema che lo Stato non è riuscito, con tutte le buone intenzioni, ad arginare.
E' un problema immane che purtroppo difetta di risorse istituzionali. E' vero che si diceva i piani sanitari, le linee guida e il Piano Sanitario Nazionale deve essere poi recepito dalle Regioni e attuato. Le Regioni hanno una responsabilità in questo, però è anche vero che lo Stato deve provvedere a delle risorse per potere fronteggiare efficacemente il fenomeno in termini di prevenzione e sono d'accordo con MARCOMINI quando dice che prevenzione, da vent'anni è una parola abusata, però siamo d'accordo sul fatto che significhi in realtà promozione della salute. La problematica su prevenzione e trattamento difetta comunque di sostegni economici. Vorrei sapere chi è stato quello sciocco che per la prima volta ha istituito la norma per cui le risorse economiche che il Ministero utilizza per la lotta al tabacco debbano essere prelevate da un fondo particolare costituito dalle multe che vengono comminate ai trasgressori dei divieti antifumo: vorrei conoscerlo perché quel fondo equivale sempre a zero. Se telefonate al Ministero della Sanità, vedete che quel fondo equivale a zero. Quando, circa dieci anni fa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva elaborato una Ten Points Strategy, altri Dieci Comandamenti, una strategia in dieci punti per il controllo del tabagismo, al terzo punto di questa strategia, campeggiava la risorsa che lo Stato dovrebbe destinare alla prevenzione e alla cura del tabagismo e questa risorsa sarebbe dovuta essere una percentuale del denaro che lo Stato incassa dai proventi della vendita del tabacco, dalle tasse sul tabacco. Questo suggerimento era pervenuto alle nazioni da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità una decina di anni fa, eppure in Italia si è preferito dire di no e farla con il fondo delle multe. Ci troviamo ancora con questo grosso paradosso, il consiglio è stato dato, lo Stato incamera il 73,6% di tasse sulle sigarette, destiniamo il 2 per cento alla lotta al tabacco e saremmo tutti quanti felici, avremmo risorse finalmente consistenti da affidare alle Regioni per gestire il nostro problema.
Mi fermo semplicemente su questo lucido. Visto che parliamo di correlazioni, ho portato questo studio del 1987, a volte mi piace fare un po' di archeologia, della ricerca epidemiologica in quanto ci fa capire che alcune cose le conoscevamo già. Una ricerca di MONARCA e collaboratori ha messo in evidenza il rapporto vino/fumo, birra/fumo, liquori/fumo, e poi in fondo, come non significativa, fumo/psicofarmaci: da essa mi pare

che risulti molto bene l'evidenza del rapporto per cui alla base dei comportamenti di dipendenza esiste l'uso del tabacco. E' stato detto, MARCOMINI lo ha detto, l'hanno detto anche altri fra le righe, c'è stato un intervento accorato l'altro giorno da parte della professoressa Maria Caterina GRASSI dell'Istituto di Farmacologia dell'Università La Sapienza, la quale ha detto, in un contesto pubblico, che non conosce nessun ragazzo dipendente da eroina, che prima non sia passato dall'esperienza del tabacco. Lo sapevamo, non è una novità. E allora capite che la cosiddetta, è una parola che non mi piace molto però non so come definirla altrimenti, lotta al tabacco, significa in realtà mettere la dinamite alla base al sistema della dipendenza.
E' una cosa molto seria, è una problematica riservata a specialisti nel campo della prevenzione, nel campo del trattamento, dell'educazione alla salute.
Credo che il messaggio che vi voglio lasciare, questa piccola eredità è questa: la consapevolezza che la lotta al tabacco sia considerata una priorità così come priorità veniva e viene definita, perché ancora non è finito, nel Piano Sanitario Nazionale '98/2000; è un grande sterminio, è una ecatombe di vittime sebbene a qualcuno non piaccia parlare di vittime, di mortalità. Sarebbe più opportuno che andassimo ad indagare sulle invalidità da tabacco, più che sui 90/100.000 morti da fumo, che però esistono.
Non solo, ma esistono anche dati statistici imperfetti. Pensate che l'ISTAT ha dato il 17,3 per cento delle donne fumatrici in Italia, quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attraverso un calcolo indiretto, arriva al 26 per cento.
Abbiamo dati a confronto che sono completamente disastrosi, sono diversi: 17 e 26 per cento sono due dati diversi, ragione per cui c'è stata anche un'ipotesi di revisione critica del dato del numero totale dei fumatori in Italia che non sarebbero 12/13 milioni, ma 18 milioni.
Vorremmo anche fondi per incentivare la ricerca, la formazione nel campo della tabaccologia, del tabagismo e dei problemi fumo correlati e vi lascio con questa immagine, che la lotta al tabacco costituisce la dinamite alla base della dipendenza, del consumo di droghe.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Visto che ci hanno messo nel garage, come è stato ricordato, ma io ho una grande passione per l'underground per cui mi trovo a mio agio, ho chiesto e mi è stata data la sala anche per il pomeriggio, per cui possiamo restare a formulare questo documento che sia condiviso. Adesso do la parola al dottor VENDRAMIN che è Primario del SERT 2 di Padova e che farà la relazione sul ruolo dei SERT rispetto alle problematiche che sono state fin qui enunciate.»

Dott. Andrea VENDRAMIN:- «Leggerò questo documento che ho preparato col dottor Daniele BERTO, responsabile dell'Unità funzionale di alcologia del SERT che da un po' di tempo mi trovo a dirigere, per dare un segnale di quello che almeno noi nella nostra realtà che non è neanche così piccola, abbiamo cercato di fare in questi anni anche con un occhio di riguardo proprio ai problemi dell'alcologia, senza poter trascurare gli altri problemi che istituzionalmente ci troviamo a dover affrontare.
Nel corso degli anni, ovviamente a partire dalle loro rispettive istituzioni, pensate che il SERT che mi trovo oggi a dirigere ha la prima cartella che è del 1976 e quindi siamo addirittura prima della riforma sanitaria. I SERT, con l'andar del tempo, sono stati spettatori delle successive modifiche che via via si sono andate determinando nell'andamento del consumo delle sostanze d'abuso.
Sono un farmacologo e per esempio ho lavorato fino al '91 sui recettori, adesso mi interesso di neurobiologia, ma voi capite bene che per un neurobiologo o un farmacologo questa distinzione fra lecite e illecite è stata una roba che ci ha sempre lasciato assolutamente indifferenti.
Certo è che, almeno dal punto di vista teorico, questi cambiamenti nei consumi dovrebbero presupporre anche dei corrispettivi cambiamenti nell'organizzazione interna dei

servizi: qui parliamo di giovani, però oggi la popolazione alla quale noi andiamo a offrire le nostre competenze e i nostri servizi non è proprio fatta solo da giovani. Nel corso del '99, al SERT di Padova insomma che poi in realtà sono due, e oggi mi trovo a dirigerli tutti e due, si sono rivolte circa 1.500 persone. Tra queste 1.500 persone, non sono tante, però c'è anche qualcuno che è addirittura nonno, ce ne sono molti che sono genitori, non proprio giovanissimi.

Voi sapete che ancora oggi vige questo modello con cui il SERT è stato istituito molti anni fa; viene già da qualche anno definito, in una maniera che secondo me talvolta è anche detta in senso dispregiativo o comunque eccessivamente critico, "eroinocentrico" perché di fatto questa era la mission con cui questo servizio era stato creato. Il modello eroinocentrico, per sua stessa natura, si realizza su una organizzazione di natura assistenziale, che vede la sua ispirazione principale nella delega da parte delle altre istituzioni, al monitoraggio, alla cura e in qualche modo anche al contrasto dell'uso di sostanze illecite, quindi un SERT eroinocentrico.

Sebbene vi sono importanti indicatori esterni alle nostre strutture che mostrano un consumo importante di altre sostanze, nuove droghe - ad esempio mi sono interessato dell'ecstasy, dei meccanismi di neurotossicità a livello di ricerca ovviamente - e costantemente nel nostro Paese sono in aumento i sequestri di queste sostanze e questo vorrà dire anche che c'è un consumo molto specifico - i nostri servizi ancora oggi, se vado a vedere le cartelle dei miei servizi, si caratterizzano prevalentemente interventi fondamentalmente orientati verso i pazienti eroinomani. Anche alcune comunità terapeutiche sembrano organizzare i loro programmi soprattutto in funzione di questo tipo di utenti ed è nostra impressione, ma mi pare che è avvalorata anche da quello che è successo qua ieri insomma, perché chi ha le cure sul campo, deve cercare di dividersi un po' da una parte e dall'altra, che l'attenzione raggiunge il suo massimo quando si affronta l'eterno dilemma metadone sì, metadone no, e qui proprio si scatena tutto.

C'è un'altra cosa innegabile: se noi andiamo a vedere qual è la sostanza che più indistintamente è consumata da tutti i pazienti che si rivolgono al SERT, per la natura stessa di queste sostanze, quelli che usano ecstasy sono relativamente pochi, perché incominciano a rivolgersi al SERT quando cominciano ad avere dei disturbi. Vediamo però che c'è un tipo di droga che in qualche maniera è utilizzato da tutti come droga secondaria, ed è proprio l'alcool. Ho avuto ben presente, avevo ben presente questo problema, tant'è vero che nel momento in cui ho avuto l'incarico di dirigere il SERT 2 di Padova che è il più grosso dei due insomma, una delle prime cose che ho fatto riorganizzando questo servizio è quello di fare un'unità funzionale di alcologia, perché c'era chi si interessava di alcologia però non c'era scritto da nessuna parte che ci doveva essere un gruppo che aveva questo compito.

Il nostro SERT di Padova era talmente grosso che nel 1997 hanno pensato di dividerlo in due, e quindi SERT 1 e SERT 2. Oggi dirigo anche il SERT 1 perché l'altro collega è andato in aspettativa, ma lì avevano fatto un'unità funzionale di tabagismo. Perché c'erano stati appunto degli indirizzi in tal senso. L'unità di alcologia non c'era. Allora, è invece un dato di fatto che attualmente l'uso di alcool, unitamente alle altre droghe, rappresenta una costante del comportamento del tossicodipendente sia in senso longitudinale nella storia tossicologica dell'individuo, sia in senso trasversale, come sostanza assunta dalla maggior parte degli utenti dei SERT. Se noi andiamo a vedere i nostri esami urinari, le nostre cartelle, non c'è praticamente nessuno dei nostri pazienti che non abusa anche di alcool e su questo, anche noi, che abbiamo scritto questo documento che poi lascerò al dottor MARCOMINI, siamo assolutamente d'accordo sul fatto che l'alcool, e anche il tabacco, perché è giusto aggiungere anche quello, rappresentino poi di fatto le vere porte di accesso alle tossicodipendenze, su questo non c'è alcun dubbio.

Il problema del consumo di alcool nei tossicodipendenti e contestualmente quello dei giovani alcolisti, che poi ogni tanto consumano anche droghe illegali, apre un ulteriore cartello di sfida per il SERT che è vero che ormai sono comunque diventati più maturi e più

versatili perché, se vi ricordate, all'inizio mi chiedevo perché i SERT sono nati. La risposta è che sono nati perché a un certo punto le istituzioni - per esempio quando è stato fondato il SERT che io dirigo, nel 1976, c'era ancora la Provincia che si occupava di queste questioni - delegavano qualcuno a occuparsi di questo problema, perché era illecito. Ora hanno cominciato ad aprirsi anche alle droghe lecite e quindi sono diventati più versatili, non so se sono o siamo più maturi, comunque è certo che ci proviamo.
Questo ovviamente comporta che dobbiamo mettere a punto dei nuovi schemi di tipo organizzativo e delle nuove strategie di intervento, che sono comunque più complesse rispetto a quelle che riguardano il SERT solo eroinocentrico.
I problemi, ovviamente, sono molteplici perché sono di natura farmaco - tossicologica, e sono quelli che più interessano a me personalmente. Il problema dell'interazione delle droghe e alcool in acuto e in cronico. Nella maggior parte delle overdose da eroina c'è di mezzo anche l'alcool, nei sovradosaggi da benzodiazepine, c'è comunque sempre anche l'alcool.
Pensate al problema dell'interazione fra alcool e metadone, sia in acuto che in cronico: in acuto fa aumentare gli effetti, in cronico invece fa l'effetto contrario.
Pensate al problema dell'interazione fra alcool e altri farmaci - noi abbiamo scritto psicofarmaci, ma pensate agli altri retrovirali, agli antivirali in generale, agli antibiotici, agli antitubercolari, agli antimicotici.
E poi pensate al problema dell'influenza dell'alcool su quei meccanismi neurobiologici o comunque neurochimici che chi si interessa di queste cose intravede come elemento fondamentale proprio neurobiologico alla base dei fenomeni della sensitization, del craving, dell'apprendimento incentivo, della plasticità neuronale. Oggi tutto il problema dell'acido glutammico, del glutammato è la plasticità neuronale, quindi pensate all'influenza che ha l'alcool su questi sistemi recettoriali.
E poi c'è tutto un altro problema che riguarda un piano psicologico e razionale, perché sono diventate di comune osservazione nuove tipologie di comportamenti e nuove modalità di relazione, spesso caratterizzate da una motivazione al cambiamento totalmente assente o parziale oppure limitata. Noi abbiamo osservato, di fronte al politossicomane, che abusa di alcool e di sostanza illecita, che nei confronti dell'alcool c'è sempre il fenomeno del diniego: cioè egli dice no, il mio problema è quello dell'eroina, il mio problema è quello della cocaina, semmai, forse è quello dell'ecstasy, ma quello dell'alcool no.
Un ulteriore livello di problematicità per un SERT che si vuole aprire anche a queste problematiche è legato a nuove necessità di natura organizzativa generale dei SERT, perché ovviamente noi dobbiamo riorganizzarci sia nei rapporti con le strutture interne alle Unità locali socio - sanitarie, sia nei nostri rapporti con quelli che sono all'esterno. E' necessario prevedere rapporti di collaborazione con consultori familiari, reparti di neuropsichiatria, servizi psichiatrici, medici di medicina generale e pensate che questo è facile sulla carta, ma è molto difficile a livello attuativo perché, anche di fatto, i SERT sono stati sempre un po' considerati delle Cenerentole, sono sempre stati considerati un po' nel ghetto; il nostro rapporto con gli altri reparti è paritario solo sulla carta.
E poi dobbiamo, e anche qui sono assolutamente d'accordo coi relatori che mi hanno preceduto, instaurare tutte le collaborazioni possibili con le scuole, con le forze di polizia, con la Provincia, con la Municipalità e, nell'ambito più generale delle strategie preventive, dobbiamo dare nuova o comunque più mirata attenzione verso i comportamenti di cui abbiamo già sentito parlare stamattina, che sono i comportamenti a rischio, quelli per esempio legati alla guida spericolata, ai rapporti sessuali non protetti, all'uso in eccesso di bevande alcoliche o sostanze stupefacenti.
Sul piano organizzativo generale i SERT non potranno più continuare a occuparsi di alcool come fatto opzionale o residuale, cioè c'è un'unità funzionale di alcologia perché c'è un responsabile a cui è venuta questa idea. Non è pensabile che sia così. In questo senso, la Regione Veneto è stata lungimirante, bisogna dare a Cesare quello che è di Cesare, perché ha preveduto e individuato, mediante apposite disposizioni, i SERT come

servizi che si occupano sia di alcool, sia di droghe.
Per esempio, nella realtà in cui opero, sulla base di opportune indicazioni regionali, è attualmente in fase di avanzata definizione, lo stiamo terminando proprio in questi giorni, l'istituzione del dipartimento funzionale delle dipendenze. All'interno del dipartimento funzionale delle dipendenze, noi abbiamo previsto queste due unità, quella di alcologia, che è allocata nel SERT 2, ma comunque è trasversale a tutta la USL, e quella che noi chiamiamo unità funzionale di tabagismo, ma potrei modificare il termine e definirla tabaccologia, anche questa è allocata all'altro SERT però è trasversale a tutto il territorio dell'USL; fra l'altro noi prevediamo proprio specificatamente l'interazione fra le strutture pubbliche e quelle del privato sociale anche attraverso apposite convenzioni, tant'è vero che già in questi anni abbiamo sviluppato alcuni interventi, qui ho piacere di citarne qualcuno, proprio a merito di questi operatori che hanno seguito queste cose. Come assistenza primaria abbiamo aperto parecchi punti di ascolto per alcolisti e familiari, dislocati a livello distrettuale nel territorio della USL, abbiamo sviluppato progetti specifici quali per esempio, l'ultimo, Alcool e guida, che ha coinvolto come protagonisti l'ACI, la Polizia Municipale, le autoscuole, la Polizia Stradale e le assicurazioni. In carcere abbiamo fatto una sezione a custodia attenuata, ma comunque anche in carcere c'è una équipe che praticamente si occupa di questi problemi, che ovviamente voi sapete. Abbiamo un progetto per la gestione delle problematiche complesse quindi alcool/psichiatria, alcool/ex carcerati, alcool/marginalità sociale. La maggior parte della gestione di questi progetti che vi ho citato è stata possibile attraverso una partnership con l'agenzia del Centro alcologico territoriale, il cui coinvolgimento ha determinato anche un rinforzo delle attività da parte dei gruppi di auto aiuto già presenti sul territorio.
Voi sapete che soprattutto l'ACAT in Regione Veneto è molto presente.
Questo è un po' quello che noi in questi anni siamo riusciti a mettere in piedi. Il nostro proponimento è quello di cercare di potenziare queste cose e comunque anche di portare la nostra esperienza a incentivare non tanto quello che è un cambiamento per quella che è la ricaduta di tipo assistenziale, ma proprio per la ricaduta di tipo culturale, sul fatto che è fondamentale che i SERT escano da questo modello eroinocentrico che però non dobbiamo criticare eccessivamente perché, di fatto, è ancora una realtà che dobbiamo anche prevedere. Dobbiamo cercare di organizzarci.»

Chairman Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio il dottor VENDRAMIN che ha messo in luce un quadro dinamico evolutivo dell'organizzazione stessa dei SERT, che sicuramente è partita dalle risposte ad una emergenza, i quali si stanno sempre di più organizzando intorno a problematiche complesse portando anche delle innovazioni sui sistemi socio - sanitari; l'esperienza del passato sicuramente sarà utile per l'innovazione socio - sanitaria.
Chiederei a un gruppo di persone, magari se PATUSSI cerca di raccogliere le adesioni, di fare le conclusioni. Se ci sono persone che hanno documenti già scritti, l'organizzazione chiede se hanno i dischetti perché vengono messe in Internet. Allora, adesso toccherebbe alle Regioni però farei anche qui una variazione, dando la parola al professor VESCOVI, dell'Università di Parma, un'altra grande istituzione che ha affrontato, in maniera informale prima e sulla base volontaria di persone che ne erano convinte, la questione alcologica. Ne ho fatto una diretta esperienza perché, quando mi sono laureato tanti anni fa, mi ricordo che il professor NACARATO, che è gastroenterologo di Padova, ci fece una lezione sul problema della coltivazione, i problemi dell'alcool e dicevo: che strana la medicina che si occupa di queste cose. Dopo tutti questi anni siamo qui per discutere delle stesse cose e quindi vedete, l'Università, che viene sempre criticata di non essere magari abbastanza innovativa, a volte invece mette dei semi che possono dare frutto. Quindi do subito la parola al professor VESCOVI.»

Prof. VESCOVI:- «Quando ci siamo accordati sul possibile intervento e abbiamo deciso

di parlare di informazione e formazione intorno al problema dell'alcool, questo discorso mi è piaciuto, perché, tra l'altro avete sentito molto bene da chi mi ha preceduto, soprattutto da Emanuele SCAFATO, da Valentino PATUSSI e da MARCOMINI, il problema dell'alcool, come delle altre sostanze psicoattive, è un problema di grande interesse non solo umano, ma anche scientifico e molte volte l'informazione che passa poi al cittadino, alla popolazione in qualche modo è deformata.
Ormai la problematica delle dipendenze in genere, delle sostanze psicoattive, è una scienza che compie più di vent'anni e quindi i dati devono essere in qualche modo precisi e sicuri.
Mi ripeto un attimo, molto rapidamente, su quello che già avete sentito, ma è bene chiarirlo, stiamo parlando di una sostanza che è capace di sviluppare non solo dipendenza, ma anche tolleranza e assuefazione e quindi, dal punto di vista farmacologico, il meccanismo è estremamente chiaro.
Ormai non ci sono più dubbi, sappiamo che agisce sulle vie del piacere, al pari di tutte le altre sostanze cosiddette illegali e del tabacco; da una nostra ricerca, abbiamo individuato che tra le 5.000 sostanze che sono contenute nella combustione di fumo di sigaretta esiste anche una sostanza molto simile all'alcool e questo spiega perché molte persone che sospendono l'assunzione degli alcolici, passano per esempio da dieci a venti o a trenta sigarette. Sono molto d'accordo che bisogna mettere al centro di ogni progetto la persona, al di là che usi questa o l'altra sostanza. Vado rapidamente perché molti l'hanno già detto, sappiamo che questo effetto psicoattivo si esplica a livello cerebrale in maniera molto forte su alcuni recettori, su alcuni sistemi, per esempio quello della dopamina e del sistema oppioide.
Questo ci ha aiutato anche a capire il meccanismo, forse in una lettura chiaramente neurobiologica, della cosiddetta dipendenza.
Dalla metabolizzazione dell'alcool a livello epatico, si forma, come tutti voi sapete, la cetaldeide, che incontra una molecola, la dopamina; da questa si formano le tetraidroisochinoline che sono capaci di andare ad allocarsi sui recettori degli oppiacei.
Tutti quelli che si interessano di "dipendenze", sanno benissimo che se un assuntore di eroina non ha altro, usa l'alcool, perché è il primo sostitutivo anche dal punto di vista biologico. E' chiaro che qualche volta gli effetti sono diversi perché, a differenza per esempio degli oppiacei, quando prevale la produzione di aminoacidi per esempio a livello cerebrale, l'alcool è capace anche di slatentizzare la violenza: caso tipico è la violenza sulle donne fatta in corso di assunzione forte di alcool.
Questo spiega però anche il meccanismo della dipendenza: perché quando uno assume alcolici, forma le tetraidroisochinoline, si abbassa il tono degli oppioidi endogeni personali e quindi c'è una continua ricerca.
Ecco che allora l'informazione a questo livello deve essere molto chiara e mi farebbe piacere che nella prossima conferenza il Ministro della Sanità che ci sarà sappia che il problema dell'alcool è il problema che secondo me sta alla base di tutte le possibili dipendenze, perché qualcuno l'ha detto molto bene prima, l'alcool è "la madre di tutte le droghe" per usare una frase fiorita e questo serve anche ai cosiddetti gruppi di volontariato.
Credo che oggi le comunità devono prendere possesso di questo concetto, che un vero cammino di drug free, passa anche attraverso la valutazione problematica dell'uso di alcool e anche della nicotina, perché se la salute è una, dobbiamo tener conto di questo altrimenti si diventa dei moralisti. Quelli che usano una sostanza si sentono sempre meglio di quelli che usano l'altra e questo richiama un grosso problema etico personale ai cosiddetti operatori, perché di fronte a questo ognuno è chiamato a dare una risposta personale.
E' giusto parlare di giovani, ma oggi il problema dell'alcool e delle sostanze psicoattive riguarda soprattutto il mondo degli adulti.
E' bellissimo fare progetti di prevenzione o di promozione della salute sui giovani, ma a

me piacerebbe partire dai genitori e dagli insegnanti perché i modelli educativi partono dagli adulti. I ragazzi, più che di parole, hanno bisogno di comportamenti, hanno bisogno di qualcosa di chiaro e preciso. In questi giorni si è parlato molto dell'informazione scientifica trasferita al territorio. I giornali hanno dato molto spazio al cosiddetto paradosso francese in cui si dimostrava, secondo me con una metodologia scientifica da discutere, comunque che i consumatori moderati di vino soprattutto, si riferiva alla Francia, e guarda caso la Francia produce molto vino, avevano una maggiore incidenza di mortalità cardiovascolare rispetto agli astemi. E' uscita una ricerca su una rivista prestigiosa, HEART, che dimostra come, su 7.250 casi, l'effetto benefico sulle coronarie non esiste, nessun giornale ne ha parlato. Questa è cattiva informazione da parte di chi fa giornalismo.
Ancora, si è discusso molto dei flavonoidi. Qualcuno ha detto che due bicchieri di vino proteggono dal cancro. Allora, gli studi vengono fatti in vitro su cellule di topo, prendendo il resveratrolo, dalla buccia dell'uva rossa, che sarebbe la famosa sostanza capace di proteggere dal cancro agendo sul microcircolo, anche sulle cellule tumorali, e che nei vini italiani è contenuto per circa 0,030 mg/litro. Chi fa il farmacologo sa che la sostanza deve essere assorbita, deve arrivare laddove si vuole e poi dare l'effetto. Ebbene, i polifenoli o i flavonoidi vengono utilizzati in terapia, i medici lo sanno, un grammo al giorno, per sei mesi.
Abbiamo fatto il calcolo che un cittadino deve comunque bere più di cento litri di vino al giorno per sei mesi, per avere un possibile effetto. E' uscito su tutti i telegiornali, sul TG5 soprattutto: noi abbiamo protestato, nessuno ci ha dato ascolto. Quindi continua la storia del garage, come diceva Franco MARCOMINI, evidentemente poi mi spiegherete che dietro ci sono interessi e noi siamo una piccolissima parte di fronte a un elefante molto forte. L'informazione è indubbiamente importante. Senza fare delle problematicità fuori luogo, questi dati però, e non li ripeto, perché sono già stati detti, sui 30.000 morti, le giornate lavorative perse, i ricoveri in ospedale, sono significativi.
Per essere pratici, sarebbe importante che il Ministero, che ha come scopo la sanità, o meglio la salute del cittadino, si interessi, come peraltro sta già anche facendo, di questi concetti, ricordando un dato molto importante che spiega anche perché il mondo giovanile è diverso dal mondo degli adulti o meglio il mondo giovanile utilizza molte volte la sostanza in una giornata sola sotto l'influsso della cultura dello sballo; allora la mortalità per dosi inferiori ai 50 gr/die è in aumento e invece la mortalità per dosi superiori ai 100 gr/die è in calo. Vuol dire che sui problemi di prevenzione di secondo e terzo livello, i servizi pubblici, soprattutto i gruppi del cosiddetto privato sociale, i club, gli Alcolisti Anonimi ed altro hanno fatto un modello preventivo che ha prodotto frutti e c'è stata la riduzione del consumo, mentre sui cosiddetti bevitori sociali credo che la prevenzione debba essere ancora impostata in maniera diversa.
L'altro concetto che volevo proporvi: è opportuno che oltre all'informazione si faccia una preparazione seria, come diceva Franco, anche dei cosiddetti operatori sanitari. Molti di voi avranno fatto l'Università e avrete avuto la prova che di problematiche alcol - correlate, mi riferisco per esempio al corso per infermieri, alla laurea breve per infermieri, alla laurea per assistenti sociali, o in medicina, psicologia, di solito non si parla.
Nell'86 feci l'idoneità da Primario in Medicina Interna: tra le tesine avevo le febbri "Q". Ne ho vista una in trent'anni che faccio il medico. Di alcolismo nessuno parlava.
Allora è assolutamente importante che di queste problematiche della salute globale, di un problema generale delle dipendenze che colpisce il 15% della popolazione se ne tratti e soprattutto a livello di prediagnosi, come io la chiamo, nel senso che non esiste lo specifico operatore che si interessa di quello. Certo, a livello di SERT, o dei vari centri, esiste anche chi ha una preparazione specifica ma il pediatra, che si rende conto che il bambino di tre anni ha una iperdinamicità, ha problemi nei confronti dell'alimentazione, deve pensare che il papà o la mamma possono avere problemi di alcool o di uso di sostanze. L'ortopedico, che vede il terzo incidente per causa non conosciuta, deve pen-

sare che quella persona può avere un problema di alcool. Quindi, è davvero interesse comune di tutta la comunità scientifica avere informazione precisa su queste cose. Anche il ginecologo, sulle problematiche dell'alcool in gravidanza. Potremmo davvero parlare a lungo di questo, ma non voglio prendere altro tempo.
Mi pare poi che sia necessaria la formazione permanente a livello universitario per portare una cultura che sia sempre al passo coi tempi e non sia arretrata. Ci sono degli esempi a livello italiano, ma è indubbio che in questo caso siamo ancora carenti e la Società Italiana di Alcologia si sta attrezzando per stimolare questi concetti e penso che nel prossimo futuro queste cose arriveranno.
Tutti hanno interesse affinché questo modello possa andare avanti, compresa la ricerca seria. Per esempio, abbiamo dimostrato che l'alcool produce ipertensione e abbiamo calcolato che se effettivamente tutti i medici di famiglia abituassero i pazienti ipertesi non soltanto a intervenire sul consumo di sale, che si è visto essere alla base in un stragrande numero di casi della ipertensione, ma anche sul proprio stile di vita cioè sull'alcool, sull'attività fisica, si ridurrebbe drammaticamente anche il costo sociale in farmaci e in vite umane.
Esiste poi un'altra formazione che è quella non universitaria, che si fa a livello periferico sia dai servizi pubblici, ma anche dal cosiddetto privato sociale; mi riferisco per esempio a tutta l'attività che svolgono i club degli alcolisti in trattamento con una sensibilizzazione molto forte a livello territoriale e che ha dato davvero moltissimi frutti in questi anni, perché credo che al di là di tutto quello che possa essere l'informazione, che abbiamo visto che va in un certo modo, la formazione culturale, universitaria e non, conti poi molto, a livello educativo, il messaggio che arriva tra i pari e allora, visto che parliamo di giovani, tra i ragazzi e, negli adulti, anche il messaggio che arriva da chi ha avuto il problema e l'ha superato.
Quindi, mi piacerebbe che anche da oggi uscisse, se siete d'accordo, che il discorso su informazione e formazione debba davvero calare su tutte le realtà, perché solamente se c'è una presa di coscienza forte del cittadino, il quale regola la propria salute in base al proprio stile di vita e non c'è nessun altro che lo possa guidare, medico o non, davvero cambierà la cultura di questo paese.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «La Società Italiana di Alcologia è disponibile a pubblicare tutti gli interventi di questa sessione di lavoro sulla propria rivista "Alcologia". Passerei alle Regioni. Al dottor CIBIN, della Regione Veneto, una persona che da molti anni si occupa delle problematiche alcologiche e ieri sera dicevamo che, se avessimo aspettato un mandato legislativo, staremo ancora qua ad aspettarlo, non saremo neanche in garage, forse al parcheggio ad aspettare che aprano il garage.»

Dott. Mauro CIBIN:- «Dovrei presentare le posizioni delle Regioni rispetto al problema dell'alcool. Purtroppo, questa cosa è impossibile in quanto le Regioni sono tante, alcune di queste non hanno nessuna posizione rispetto al problema alcool, altre hanno dei programmi diversificati; le fonti di informazione su questo argomento a volte proprio non ci sono. Mi sono rifatto, per quello che sto per dire, a un convegno che abbiamo tenuto l'anno scorso a Padova, che si intitola "L'alcologia nelle Regioni", i cui atti sono pubblicati in questo libro che potete trovare sopra nello stand della Regione Veneto, però dove siamo riusciti a raccogliere solo alcune Regioni, in particolare Emilia Romagna, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano, Lombardia e Piemonte.
Come diceva il dottor MARCOMINI, se avessimo atteso le leggi, saremo ancora qui ad aspettarle e in effetti una cosa che appare molto interessante e importante è il fatto che l'alcologia, in moltissimi posti, compresi il Veneto e il Friuli Venezia Giulia, tutto il Nord est, nasce dal volontariato, sia dal volontariato in senso stretto, quindi da associazioni di volontariato e di auto aiuto, comunità multifamiliari, sia da una sorta di volontariato istituzionale in zone con una endemia di problemi alcol - correlati e di alcolismo enorme,

come il Nord est, il posto dove lavoro io. Alcuni SERT, alcuni reparti ospedalieri, alcuni operatori si sono occupati, senza avere mandato istituzionale, di alcool, per cui noi abbiamo per esempio nel Veneto alcune zone come quelle montane dove di fatto i SERT hanno dei carichi di migliaia di alcolisti contro tre o quattro tossicodipendenti; questa è l'epidemiologia di quelle zone, quindi è qualcosa che nasce proprio da una esigenza reale e concreta. Situazione analoga quella del Friuli Venezia Giulia, del Trentino e dell'Alto Adige.

In questa fase del volontariato, senza mandato istituzionale, solo nel Veneto 29 dei 36 SERT presenti nella Regione già si occupavano di alcologia in maniera strutturata e già a quei tempi c'erano, solo nel Veneto, circa 500 club per alcolisti in trattamento e 106 gruppi di Alcolisti Anonimi, oltre che due o tre situazioni ospedaliere strutturate per programmi riabilitativi per alcolisti.

Nel '93, vi è stato un decreto del Ministero della Sanità che ha richiamato l'opportunità che le Regioni si occupassero di questo argomento o meglio, che l'ente pubblico, la sanità pubblica si occupasse di questi argomenti, delegando questa cosa alle Regioni. Dal '93 sono cominciati i primi progetti sperimentali e quella che io chiamo, in questa diapositiva, fase sperimentale in cui alcune Regioni hanno cominciato a contare quello che c'era, dove c'era già qualcosa, o comunque a pensare che cosa si poteva fare, a dire quali sono le risorse, a cominciare a dare delle regole a quella che chiamiamo abitualmente rete alcologica.

Questa fase, in quelle Regioni che l'hanno iniziata nel '93, è durata dal '93 al '99, ma in realtà non è così nel senso che, come vi dicevo prima, per alcune Regioni non è mai iniziata, per altre è finita e altre ci sono ancora dentro, per cui ognuno se la deve riportare alla sua realtà perché i tempi variano da posto a posto. Le risorse della rete alcologica che si è cominciato a mettere in rete con questi primi progetti sperimentali sono i medici di famiglia; vi ricordo che quella dei medici di famiglia è considerata l'unica rete sanitaria diffusa su tutto il territorio nazionale ed è quindi un punto fondamentale per l'individuazione precoce dei problemi alcol - correlati. Vi è un progetto del Ministero della Sanità per la formazione, che è gestito della Regione del Veneto, di fatto però è del Ministero della Sanità, di un gran numero di medici di Medicina generale, cioè medici di base, in campo alcologico su tutto il territorio nazionale. Attualmente è in corso: ci sono i gruppi di auto aiuto e di volontariato, i SERT, ambulatori presso ospedali e poi alcune altre cose si sono aggiunte mano a mano, cioè strutture intermedie, tipo centri diurni o centri riabilitativi o per il reinserimento lavorativo, c'è la presenza di programmi residenziali, anche come programmi ospedalieri di tipo riabilitativo, non parlo qui di ospedalizzazione acuta che è un altro discorso, perché questa c'è sempre stata per i problemi alcol - correlati. Si stanno configurando alcune situazioni di ricoveri riabilitativi: in corso di ricovero il paziente inizia un programma riabilitativo, che ha la finalità di essere continuato dopo il ricovero. Comunità terapeutiche stanno strutturando sempre di più programmi specifici per alcolisti sul modello di quello che già avviene per esempio negli Stati Uniti o nei Paesi nordeuropei e infine ci sono i programmi speciali, cioè riferiti a popolazioni particolari che abbisognano di trattamenti molto specialistici come i pazienti con doppia diagnosi, con diagnosi psichiatrica associata a quella di alcolismo oppure i giovani, visto che la sessione dovrebbe riguardare Alcool e Giovani, oppure ancora pazienti con gravi problemi sociali oppure extracomunitari quindi con tutti i problemi di comunicazione che ci sono in questo campo e altri ancora.

Questi sono i temi, i gruppi, le entità che in genere, in questa fase sperimentale, sono state prese in considerazione e si è tentato in alcune Regioni di normarle. In particolare, nel progetto alcologico sperimentale della Regione Veneto, che si è concluso l'anno scorso, si è dato particolare risalto al fatto che il problema centrale di questa rete che, come vi ho detto prima, già esiste, è il collegamento, il coordinamento, cioè questa rete che già esiste però ha il problema di cui spesso non parla, cioè che i vari nodi non dialogano tra di loro all'interno di un territorio, i territori non parlano tra territori, la Regione

non parla con i nodi e i nodi non parlano con la Regione. La Regione ha funzioni di programmazione.
Per questo, nel caso del Veneto, si sta costruendo questo sistema informativo regionale Alcologia Veneto, che è appunto uno strumento per raccogliere informazioni dalla periferia e restituirle alla periferia, per mettere in contatto le varie entità e, per la Regione, per avere informazioni per la programmazione.
Un altro modo per cercare di promuovere questo coordinamento, questo contatto tra le varie realtà che agiscono a livello regionale, è stato questo progetto di ricerca condotto in collaborazione con l'Associazione Regionale Club Alcolisti in Trattamento, ARCAT Veneto, che è stato sostanzialmente un questionario fatto da tutti i club del Veneto, che è in corso di elaborazione, riguardante le relazioni che i club hanno con le altre entità della rete alcologica. Si è partiti dai club per la disponibilità dell'ARCAT, ma il progetto, se sarà completato, prevede anche lo stesso questionario, lo stesso approccio per tutti gli altri nodi della rete, in modo che da un lato chi l'ha compilato abbia un quadro, non dico scientifico, ma almeno tecnicamente valido della situazione, dall'altro la Regione abbia anch'essa un quadro valido su cui poter programmare, rispetto a questo problema del coordinamento.
Il Veneto è una delle Regioni che per prima è passata dalla fase che ho definito come fase del volontariato alla fase sperimentale e poi alla fase istituzionale nella quale ci troviamo oggi, perché è finito il progetto sperimentale Alcologia Veneto; attualmente c'è una normativa regionale che dice ad esempio che in ogni dipartimento per le dipendenze, quindi in ogni azienda USL ci deve essere un servizio di alcologia o comunque un programma alcologico strutturato, che ci sono un certo numero di posti letto riservati all'alcologia, che individua dei centri specializzati su alcune cose. Nonostante ciò la distribuzione sul territorio regionale dei pazienti assistiti per problemi alcol - correlati o alcolismo è disomogenea. La maggiore presenza è nella zona montana, il Cadore e la Provincia di Belluno, dove c'è anche più affluenza di utenti. Vi è una zona che corrisponde praticamente alla Provincia di Verona, che invece ha meno utenti. Questa distribuzione riflette un po' la distribuzione epidemiologica nel senso che, nelle zone montane, effettivamente ci sono più alcolisti e questo spiega anche perché ci sono anche più alcolisti assistiti, ma un po' riflette anche una certa disomogeneità che, pur in una Regione che ha fatto molto per questo argomento continua a esserci, nelle risorse. Il calo di utenti nella Provincia di Verona è legato alla minore disponibilità di risorse.
Vediamo le età degli utenti seguiti che, numericamente, nel '98, sono stati circa 6.000. Quelli sotto i trent'anni sono l'8 per cento. L'8%, a seconda di come lo vediamo, può essere poco o tanto. E' molto rispetto al numero di utenti seguiti, è poco rispetto all'entità del fenomeno dei problemi alcol - correlati tra i giovani che è in grande aumento e su questo non vi tedio ulteriormente perché, anche rispetto all'alcool, i giovani tendono a non arrivare ai servizi, se non quando hanno problemi gravissimi o quando gli viene ritirata la patente, che è uno dei motivi più frequenti.
In conclusione, è necessario che la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei problemi alcol - correlati e dell'alcolismo passino da una fase di volontariato e di sperimentalità, a prassi istituzionalizzata, cioè diventino qualcosa che viene presa in considerazione costantemente come compito del Sistema Sanitario Nazionale e regionale. Quindi bisogna che vengano attivate normative e risorse, perché nulla si fa senza risorse dedicate a questa materia.
Devono essere individuati gli elementi della rete alcologica, deve essere fatta attività di formazione che, nel caso del Veneto, è inserita nella formazione per gli operatori SERT e si chiama PFT, Programma di Formazione Tossicodipendenze, però ha dentro anche l'alcologia e poi, secondo la nostra esperienza, è molto utile per i processi di collegamento di cui parlavo prima. E' importante che, al di là di una assistenza di base, vi siano dei progetti speciali, particolari rivolti per esempio a giovani, a utenti con doppia diagnosi, con forte disagio sociale, anche tramite programmi residenziali e semi residen-

ziali.
Infine, è necessario, anche in questo campo, che vengano valutati i risultati in maniera tecnicamente e scientificamente corretta, per vedere il costo/beneficio; questo è un problema che in alcune zone, ma ho il sospetto in tutta Italia, è così diffuso e crea tali spese dirette di assistenza - mi verrebbe da dire improprie, nel senso di ricoveri a ripetizione e cose di questo tipo, e tali spese indirette, a causa delle assenze dal lavoro, degli incidenti stradali, sul lavoro, e altre cose - che valutazioni di questo tipo, condotte per esempio in Germania o in altri paesi dove la situazione è più sotto controllo, danno dei costi/benefici eccezionalmente buoni. Gli alcolisti e le persone con problemi alcol - correlati sono trattabili, se c'è un sistema efficiente di trattamento e se non sono alcolisti, sono educabili. E' un problema su cui i può incidere. Questo è provato da esperienze straniere, nella letteratura scientifica e quindi è un campo su cui, secondo me, vale la pena di fare queste cose.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ovviamente, se non l'hai già dato alla Presidenza e al Consiglio dei Ministri, se hai il dischetto dell'intervento, dallo che lo mettono in Internet subito. Ringrazio il dottor CIBIN perché naturalmente, lavorando in Veneto, ho visto che tutte queste cose si possono fare e vedremo di farle. Credo che sia estremamente importante avere anche una panoramica generale delle cose fattibili nel nostro paese. Come ho detto, non siamo secondi ad altri paesi, forse pecchiamo qualche volta un po' di rigore, però le cose le sappiamo fare.
Adesso tocca alla Regione Liguria, al dottor RICCI, poi al dottor LAEZZA, della Regione Emilia Romagna e poi passeremo alle esperienze; gli interventi sono molto interessanti, c'è l'Associazione Italiana dei Club Alcolisti in trattamento, Daniele ROSSI, il Coordinamento Nazionale delle comunità per i minori, c'è il grande panorama alcologico che deriva dalla grande esperienza italiana.»

Dott. Vico RICCI:- «Invidio molto gli amici e colleghi del Veneto, perché hanno un'ottima rete e noi dobbiamo imparare molto da loro. Noi liguri siamo abbastanza giovani da questo punto di vista, almeno anche apparentemente direi, perché quando abbiamo fatto una ricerca, tra il '99 e il 2000, sulla situazione dei nostri servizi, ho scoperto, insieme ad altri colleghi che l'hanno condotta, che in Liguria esiste molto di informale e anche nelle altre Regioni.
L'informale è il volontariato e il privato. E' stata ricordata molto l'Associazione dei Club per gli alcolisti, ma anche la CARITAS abbiamo scoperto che fa un grande lavoro da questo punto di vista. Abbiamo anche scoperto qui a Genova che c'è una associazione che si chiama SAN MARCELLINO, che raccoglie gli alcolisti dalla strada ogni giorno. Quindi, la rete esiste anche in Liguria, dove non abbiamo questa formalizzazione forte; abbiamo creato un gruppo di lavoro che si occupa di alcologia nella nostra Regione da circa un anno e i SERT sono stati creati intorno al 1994. Siamo molto in ritardo da vari punti di vista, stiamo recuperando velocemente e in questi anni ci siamo dati da fare per raggiungere dei buoni livelli perché abbiamo scoperto, oltre a quella rete informale, che ci sono molti professionisti silenziosi nei servizi. Stamattina MARCOMINI l'ha detto, non siamo professionisti che si fanno tanta pubblicità, ma quando vai a lavorare e vai nel dettaglio delle situazioni e ti confronti nei gruppi di lavoro che abbiamo istituito anche su altri settori, trovi che ci sono persone nei servizi che hanno una forte passione per il loro lavoro, una dedizione importante al di là degli aspetti economici perché, per fare questo lavoro e mi richiamo alla questione dell'amore che MARCOMINI ha detto all'inizio, occorre amare il lavoro e amare i pazienti. Dobbiamo amarli, ma anche unire la tecnica e non fare fughe in avanti.
Un'annotazione, prima di entrare in questo grafico che ho copiato volgarmente da un manuale appena uscito, di EDWARDS & COOK, pubblicato da Raffaello Cortina, che nelle prime pagine mette a fuoco il concetto di consumatore problematico e produce subi-

to questo grafico.
Passionalità e amore, reti informali che devono uscire più allo scoperto e si devono organizzare tra di loro. Questo vale, secondo me, per tutti i problemi della dipendenza da sostanze, non solo nell'alcologia. Forse il luogo dove ci sono amore e passione sotterranea, non vista, gli Alcolisti Anonimi ce l'hanno insegnato, è il settore dell'alcologia, da più anni è più sommerso, meno manifesto all'esterno. Molto rispetto per questo, però è ora di uscire allo scoperto, perché è vera che ci sono 30.000 morti all'anno. L'EURISPES, dove ho preso dei dati, lo ripete spesso, è vero che ci sono 15.000 morti per cirrosi epatica all'anno nel nostro paese, i dati sono del '99, è anche vero che ci sono 3.500 morti per incidenti stradali connessi all'uso di alcolici.
E' una questione che non possiamo assolutamente sottovalutare. Una politica nazionale, di buona Sanità e di buona Salute nel paese non può farne a meno.
In questa Conferenza, dovremmo uscire dando più spazio a questo problema. I morti, in campo alcologico, sono enormemente superiori nelle varie classi di età, perché ci sono i morti per cirrosi nell'adulto, in seguito a patologia cronica, all'abuso cronico, ma ci sono i morti nei giovani; quei 3.500 morti per incidenti sono piuttosto nell'età giovanile. E' un problema sociale enorme. Dobbiamo uscire con un documento che ribadisca l'importanza di dare forza alle programmazioni regionali, perché abbiamo dei dati terribili che ci stanno addosso e sui quali lavoriamo molto poco.
Ritorno un attimo indietro al grafico che avrete osservato a lungo. Nella parte destra c'è la questione del bere eccessivo, nella parte sinistra c'è la questione del bere normale e qui c'è subito un dibattito aperto. Che cosa significa? Non entro adesso in questo, ma voglio solo dire che questo dato sulla popolazione è molto importante perché dice che essendo l'alcool una sostanza legale, questo lo distingue enormemente dalle altre sostanze, è diffuso a tutti. Noi stessi ci possiamo produrre alcool in casa nostra. Una nota aneddotica: mio padre ne produce da sempre e beve un bicchiere di vino al giorno, ha settant'anni, se la cava abbastanza bene. Lo dico perché non ha mai abusato, probabilmente non c'è un clima familiare, non c'è un terreno genetico che spiega e che porta ad un consumo eccessivo. Nei nostri contesti culturali, siamo abituati comunque a bere un po' ogni giorno. Coloro che bevono un po' ogni giorno sono tantissimi nella nostra popolazione, forse il 90% degli italiani beve un po' ogni giorno.
La percentuale di coloro che bevono in maniera eccessiva sono una minoranza notevole rispetto ai 54 milioni. EURISPES dice, cito questo dato perché è quello che ho visto più frequentemente, che sono un milione e mezzo le persone che bevono eccessivamente, cioè coloro che abusano ogni giorno e vanno oltre quei 40 gr/die che sono stati indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come livello oltre il quale si rischia qualcosa per la propria salute.
Qui dentro c'è anche la questione del paradosso della prevenzione nel senso che abbiamo un numero basso di persone che consumano in maniera eccessiva, ma rispetto alla popolazione hanno un danno con un costo non elevatissimo, sebbene prima si è detto che ci sono molti morti e così via.
Dall'altra parte invece ci sono coloro che consumano un po' ogni giorno e vanno incontro a rischi notevoli. Siccome è tanta popolazione che fa questo, vuol dire che qui dentro c'è una massa enorme di persone che va incontro ogni giorno a problemi e problemi in acuto, il che significa incidenti stradali, incidenti domestici di vario tipo, incidenti sul lavoro e significa anomalie comportamentali gravi, fino all'aggressività e alla violenza che molto probabilmente stanno in questa area.
Nell'altra area ci sono poi tutti coloro che vanno incontro alle gravi patologie croniche soprattutto di natura epatica, come abbiamo visto nelle statistiche.
Questo ci dice che noi, se vogliamo fare dei servizi forti per l'alcologia, dobbiamo avere come target per la prevenzione e per l'educazione al consumo degli alcolici tutta la popolazione, non una parte della popolazione. Non abbiamo un target specifico come potrebbe essere per esempio per l'eroina, dobbiamo partire dai giovanissimi, di 5, 10

anni; cominciare a fare un lavoro di prevenzione alle scuole elementari, perché è tutta la popolazione che è a rischio proprio perché c'è un dato culturale che non possiamo trascurare. In Italia, scordiamoci che si abbia l'abolizione della produzione e della commercializzazione legale, almeno per molti anni, perché è un dato economico importante.

Questo è fondamentale da riconoscere perché ci dice che il nostro target è tutta la popolazione e dobbiamo fare una battaglia con una sostanza legale, una sostanza che abbiamo ogni giorno sulle nostre tavole.

Ritorno un attimo alla questione degli obiettivi del gruppo regionale del quale faccio parte e che lavora da circa un anno. Qual è stato l'obiettivo di questo gruppo? Considerare i servizi esistenti vuol dire andare finalmente a vedere quali sono, dove sono collocati, e chi si occupa di alcologia nel nostro territorio. Il secondo punto, considerare la dimensione: quanti spazi, quanti ambulatori ci sono, con quante persone e considerare la connessione tra i servizi esistenti e tentare dei percorsi di formalizzazione dei rapporti di collaborazione.

Siccome la rete è informale, ma sappiamo che non è sufficiente che sia informale e che sia basata sulla soggettività e sull'interesse forte di alcuni, ma deve trovare una sistematizzazione anche istituzionale, questi sono gli obiettivi che ci siamo posti.

Prima ho detto del milione e 500 mila di consumatori importanti, fortemente a rischio. In Liguria, sono miei dati molto grezzi, sono circa 40.000 le persone che probabilmente hanno un consumo giornaliero rischioso di alcolici. Nella parte sottostante della diapositiva, abbiamo invece i pazienti in carico ai SERT, ai SERT e ai Dipartimenti di Salute Mentale.

Nel 1998, sono i dati ufficiali di una nostra ricerca non ancora pubblicata, sempre sul fatto della modestia del lavorare in silenzio, facciamo ricerche e poi le lasciamo nel cassetto e ce le raccontiamo tra di noi, contrariamente ad altri settori dove si pubblicizzano molto di più; abbiamo avuto, nel 1998, 633 persone con disturbo da uso di alcolici o comunque dipendenza, trattati presso i SERT liguri e i Dipartimenti di Salute Mentale insieme. Nel '99 soltanto i SERT avevano 499 pazienti in carico. Sono abbastanza intimorito dai dati del Veneto, detti da CIBIN, che mostrano come ci siano oltre 6.000 pazienti nei SERT del Veneto; vuol dire che noi abbiamo ancora molto lavoro da fare per raggiungere, a fronte del fatto che potenzialmente i nostri utenti sono circa 40.000. Quindi, da 493 a 40.000 vuol dire che, mentre il Veneto ha quella condizione speciale perché lavora da anni, sicuramente in altre Regioni avremo una situazione di questo genere, cioè un'alta percentuale di persone che bevono eccessivamente in maniera rischiosa e una bassa percentuale di pazienti in trattamento ai servizi. Questo è un problema enorme.

Alcool e Giovani è il titolo della sessione, ma secondo me dobbiamo ancora lavorare moltissimo sulla la rete che si radica nel territorio dei servizi per l'alcologia.

Questo, probabilmente porterebbe anche ad affrontare l'altro problema, quello nel settore giovanile.

Qui sono rappresentate le classi di età dei nostri pazienti liguri e sono sorprendentemente identiche, come percentuali di classi più rappresentate, a quelle del Veneto: è esattamente la stessa distribuzione. Le persone che sono tra i 30 anni e i 45, sono il 60 per cento, oltre il 60 per cento. Abbiamo pochissimi giovani sotto i 20 anni e abbiamo anche un certo numero di anziani. Vedete, la colonna nera rappresenta persone tra i 55 e i 64 anni, però vedete che le persone tra i 55 anni e i 65 sono molte di più delle persone che stanno tra 20 anni e 29 anni, il che significa che la nostra popolazione di utenti, anagraficamente è di età adulta, non giovanile. Di nuovo risalta, con grande evidenza, il fatto che i nostri servizi sono poco rappresentati, ma sono anche poco in grado di attrarre le persone di giovane età e quindi non sono disposto a credere che c'è un problema dei giovani che bevono in un certo modo. Ci sono persone che arrivano ai servizi a questa età dopo quindici, vent'anni di storia di consumo eccessivo di alcolici.

E' un po' come per gli eroinomani, qui c'è una assonanza, nel senso che i nostri pazienti che arrivano ai SERT, è vero che hanno adesso oltre i 20, 25 anni, ma hanno storie di uso di oppiacei che risalgono a dieci anni prima, con inizio a 15 anni.
Questa è un piccolo flash sulla condizione dei ricoveri in Liguria. Le psicologhe che hanno fatto questo lavoro hanno tampinato i primari dei vari reparti ospedalieri con grande lena, perché hanno avuto difficoltà a trovarli. Ebbene, abbiamo visto in 42 ospedali liguri, che rappresentano oltre l'80 per cento, come va la situazione dei ricoveri e la ricerca è molto più ampia e ci dice anche su come arrivano i pazienti, come vengono trattati e con quali farmaci e così via. Qui è solo rappresentato il numero di schede di ammissione ospedaliera nel 1998 in 42 ospedali liguri, che ci dà un'indicazione delle diagnosi e della percentuale di diagnosi che vengono da queste schede. Le schede erano 2.463, il che vuol dire 2.463 ricoveri tout court, non vuol dire 2.463 pazienti. Le diagnosi preponderanti sono, come vedete, la dipendenza da alcool, l'abuso di alcool e la cirrosi epatica alcolica.
Questo Significa che abbiamo ricoveri importanti per quanto riguarda le patologie croniche e cioè la cirrosi epatica, ma abbiamo anche dei ricoveri molto strani che sono il trattamento della dipendenza e dell'abuso in ambiente ospedaliero, il che significa che troppe persone vanno in ospedale per un problema come la dipendenza e l'abuso che abbiamo imparato negli anni a trattare in ambulatorio e a domicilio. Anche altri dati ci dicono che i pazienti arrivano nei nostri ospedali liguri non sulla base di un accordo tra il fuori e il dentro l'ospedale, ma per emergenza e per urgenza, il che vuol dire che questa dipendenza, questa patologia, questa diagnosi arriva in ospedale, in condizioni estreme, quando la dipendenza è molto radicata e quando quindi le condizioni fisiche del paziente in relazione all'uso di sostanze è fortemente compromessa anche dal punto di vista del controllo delle proprie azioni. Quindi c'è veramente un tempo lungo che queste persone passano fuori dagli ospedali o fuori dai servizi, prima che vengano all'osservazione, almeno questo mi riesce di riflettere per quanto riguarda gli ospedali.
Mi sono divertito a fare qualche incursione nel Nord d'Italia. Chiedo scusa per il Nord d'Italia, ma ho avuto più facilità ad avere i dati; soprattutto ho più facilità a confrontare la nostra regione con quelle del Nord d'Italia. Bisogna stare attenti in questo periodo perché è un momento complesso sulla questione delle regioni, molto delicato, e siccome non faccio politica almeno per adesso, molti di noi poi si divertono a fare politica, starò attento a parlare del Nord.
E' stato estremamente difficile trovare i luoghi dove sono indicati, nel panorama nazionale, i servizi. Chi sono, dove sono, che nome hanno, quale numero di telefono. Devo ringraziare per questo la Fondazione DEVOTO e la Città di Firenze perché hanno costruito un sito Internet, forse non li conosco tutti, dove è rappresentata la distribuzione nel nostro Paese dei servizi. Anche qui con poca precisione, ma vediamo un attimo che cosa succede. Nel Nord d'Italia, i servizi per l'alcologia sono 272, almeno quelli che ho ricavato dalla mia piccola indagine; 272 sono i servizi territoriali e tra i servizi territoriali il 65 per cento è rappresentato dai SERT, cioè da quei SERT che si occupano di anche di alcologia. All'interno di questi, il 30 per cento è rappresentato da nuclei operativi di alcologia. Vuol dire che, su 272 servizi, il 30 per cento sono collegati ai SERT, ma con un nucleo operativo specifico. Questo è molto interessante, perché la mia percezione è che il livello fosse molto più basso. In ultima posizione, stanno i dipartimenti di Salute Mentale. Qui non abbiamo parlato molto di questo, ma è un problema veramente cruciale, perché molte volte i pazienti oscillano tra la psichiatria e i servizi di alcologia con poche indicazioni, come dire, definitive sul trattamento o comunque con poche indicazioni sulla presa in cura. Questo è un problema aperto, da discutere.
In Liguria, la distribuzione è un po' diversa, nel senso che abbiamo i SERT della nostra regione che si occupano di alcologia, abbiamo un solo nucleo operativo di alcologia in una ASL ligure e abbiamo invece una buona rappresentazione dei dipartimenti di Salute Mentale che, soprattutto nell'area di Genova e di Savona, si occupano da molto tempo

di problemi di persone con consumo problematico di alcolici. Questo è un dato storico, perché forse non tutti sanno che i servizi per le tossicodipendenze in Liguria nascono dai dipartimenti di Salute Mentale.

Vediamo la situazione degli ospedali e quali sono i servizi ospedalieri disponibili ad accettare i pazienti con patologie alcol - correlate nel Nord d'Italia. I reparti di Medicina sono 117, di cui 4 sedi sono universitarie e le Medicine sono molto rappresentate molto. Le divisioni di Medicina, dovremmo ringraziarle perché negli anni hanno lavorato enormemente nel campo dell'alcologia, a volte con dei nuclei specifici. Subito dopo vengono i reparti di Neurologia. Questo probabilmente dice che i pazienti vanno dove sono rappresentate dal punto di vista cronico le patologie più evidenti, quindi di natura internistica e di natura neurologica.

Un'ultima osservazione sulla rete ospedaliera. Abbiamo un'alta disponibilità degli ospedali a ricevere questi pazienti in Liguria e nel Nord d'Italia, probabilmente mentre non abbiamo una così alta disponibilità a recepire o a ricoverare i pazienti che fanno uso di oppiacei. Questa è un'altra differenza importante. Probabilmente nei reparti ospedalieri, la persona che fa uso di alcolici è molto più ben accettata e sembra che faccia più parte della normalità dei disturbi da accettare nei reparti. Chiaramente c'è un dato culturale dietro. Abbiamo fatto molte battaglie sull'accettabilità dei pazienti dipendenti da altre sostanze nei reparti e siamo ancora lì a farle. Si dovrebbe poter raggiungere lo stesso livello di accettabilità negli ospedali di questo tipo di problema, con altri tipi di problemi.

Avevo anche qualche nota sui dipartimenti di Salute Mentale e sui rapporti tra i SERT e i dipartimenti di Salute Mentale, ma è un argomento molto grande e credo di dover andare avanti velocemente. Un dato importante che mi sento di dare: mentre c'è solo un nucleo operativo di alcologia all'interno dei servizi per le tossicodipendenze liguri, devo dire che con i fondi, con la 309 del '99, ne sono finanziati altri due e quindi passeremo, sicuramente, a un numero maggiore e forse raggiungeremo le Regioni del Nord d'Italia da questo punto di vista e ancora, con i fondi dell'anno 2000, probabilmente sarà finanziato qualche altro nucleo.

Questo già pone un problema, perché tutti i nuclei operativi di alcologia che hanno personale specifico in Liguria sono finanziati con i fondi della 309, il che vuol dire su progetto, il che vuol dire a termine, vuol dire che se i fondi finiscono, questa esperienza potrebbe completarsi.

Una situazione interessante che deriva sempre dalla nostra ricerca è questa: sono le persone che si recano agli altri enti che non siano il Servizio Sanitario Nazionale. Noi abbiamo cercato di sondare quante persone si recano presso i gruppi degli Alcolisti Anonimi. Abbiamo avuto difficoltà a contattarli per poter fare delle indagini e sarebbe importante che potessero collaborare un po' di più, perché le persone che facevano le telefonate avevano serie difficoltà e questo, per fare un quadro epidemiologico nazionale, è importante; meno problemi, chiaramente, ci sono stati con i Club degli Alcolisti in trattamento perché sono molto più legati al servizio pubblico e, anzi, molti di essi in Liguria sono strettamente legati al servizio pubblico e in qualche caso sono stati prodotti dal servizio pubblico. Noi abbiamo avuto 8 club contattati, con 80 persone, ma il dato importante è quello dei Club degli Alcolisti in trattamento che sono 59 nell'anno 2000 in Liguria, con 354 pazienti; questi sono dati forniti dagli amici che lavorano all'interno dei Club, dove non sono conteggiate le famiglie il che vuol dire che è il gruppo che in Liguria attira più persone in assoluto: siamo oltre il migliaio sicuramente e questo testimonia l'importanza di questo gruppo all'interno del panorama dei gruppi che lavorano a livello nazionale e a livello del Nord d'Italia.

Il dato sulle altre strutture. Una nota interessante è questa: abbiamo sondato un po' le comunità terapeutiche, che avevano, nel '98, su 350 pazienti, 42 alcolisti. Spesso sono polidipendenti, quindi le comunità terapeutiche oggi si accorgono di questo problema, e secondo me non sono attrezzate per trattare gli alcolisti, le persone che hanno un bere

problematico. Occorre lavorare a livello regionale per chiarire questi aspetti di complessità, perché tendono a tenere le persone per molti mesi, due anni, tre anni e la situazione è molto diversa.
Una sintesi e le riflessioni su quanto detto. Ieri ho ascoltato MARIANI del CNR di Pisa, con cui collaboriamo, in relazione alle sue osservazioni e a quelle del gruppo che si occupa della epidemiologia delle altre sostanze e hanno dei dati meravigliosi, con dei grafici, caratterizzati anche dalla sottigliezza dei dati a livello locale, a livello di provincia. Un impegno importante, secondo me, è che si possa organizzare un osservatorio epidemiologico, sia per quanto riguarda il consumo - spesso ci sono dei sondaggi e non dei dati epidemiologici - sia per quanto riguarda come sono attrezzati i servizi nel nostro paese.
Il secondo punto: è meglio censire i servizi di alcologia. La loro definizione è troppo generica, troppo difficile rintracciarli, alcune volte. In questo, mi pongo dal punto di vista dell'utente che vuole cercarli e anche del medico di base.
Il terzo punto è definire i livelli minimi dei servizi di alcologia. Noi, nei SERT, stiamo lavorando molto per la questione della qualità e dell'accreditamento. Credo che anche da questo punto di vista, si debba cominciare ad operare, perché questo è anche un modo per far emergere le situazioni, per farle sedimentare e organizzare, con un livello superiore rispetto a quello che abbiamo adesso.
Devo fare una osservazione, che è questa: mi preme molto che sia definito in qualche modo, in qualche luogo, chi ha la responsabilità dei casi di persone che fanno uso problematico di alcolici, perché non è assolutamente chiaro. E' chiaro nel settore delle tossicodipendenze, le altre, a chi ci si deve rivolgere e per esempio chi paga la retta? Sono i SERT, le aziende sanitarie. E quindi in qualche modo anche questo aspetto economico coagula intorno a questo servizio un po' di responsabilità dei casi.
Non ci siamo, nel senso che i pazienti girano qua e là, ma non c'è un coordinamento su quel caso. Sappiamo che è fondamentale, per battere la ricaduta, che ci sia un coordinamento degli interventi, che ci sia qualcuno che è responsabile di tutto il percorso.
Siccome lavoro nei SERT da venticinque anni ormai, mi permetterei di dire che visto che nel Nord d'Italia la vocazione dei SERT è a trattare questo problema, potrebbero, dovrebbero essere questi i servizi a cui il medico di base sa che ci sono e fa riferimento, e così via perché abbia la responsabilità vera della situazione di una persona che non deve girovagare qua e là e che deve stabilire anche gli opportuni contatti con gli ospedali all'ingresso e all'uscita del paziente.
Occorre creare una situazione di finanziamento stabile dei nuclei operativi di alcologia e questo deve essere un'indicazione forse anche governativa a creare una rete vera, come è quell'altra, dei servizi, e poi bisogna fare pubblicità all'esistenza dei servizi di alcologia. Questo significa che, a livello collettivo, occorrerebbe che si sapesse che cosa c'è in quel territorio che si occupa di questo problema. Da noi non è così chiaro che questo esista ed è sicuramente un punto molto problematico.
Ultima cosa: la rete si fa soltanto se gli attori della rete lavorano insieme, ma anche nella formazione, cioè se si formano insieme. Quando la rete si fa dopo e le formazioni sono divaricate è molto difficile fare le reti, è più dire che siamo in rete che fare e allora, questo settore, che è vecchio e giovane, potrebbe creare dei lavori di formazione col medico di base, i servizi e operatori del volontariato e del privato sociale.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «La ringrazio, dottor RICCI, anche perché ha posto un problema sicuramente importantissimo che è quello di integrare le infinite risorse che, sia nella regione Liguria, sia in altre regioni su tutto il territorio nazionale ci sono e questo ci obbliga in qualche maniera a qualche sforzo di fantasia, anche se credo che il Piano Sanitario ci aiuti a una maggiore capacità di cooperazione intersettoriale. Il Dottor LAEZZA, della Regione Emilia Romagna, porterà ora un'esperienza sul tabagismo.»
Dott. Maurizio LAEZZA:- «Torniamo al tabagismo, anche riallacciandomi a quello che ha

detto il dottor MANGIARACINA, vorrei sottolineare come elemento di novità anche rispetto a Napoli, il fatto che per la prima volta si parla di tabagismo in una Conferenza per le dipendenze patologiche, segno che l'attenzione al fenomeno è molto aumentata e finalmente ci si sta anche correttamente orientando a considerare il tabagismo non più come un vizio o una variabile all'interno degli stili di vita, ma come una vera e propria dipendenza.
A conferma di questo, come relatore, porto la testimonianza di una Regione che ha fatto dei precisi atti deliberativi in questo senso, attivando un progetto regionale Tabagismo e affidandone il coordinamento all'Ufficio Tossicodipendenze.
Qual è il contributo che le dipendenze patologiche possono offrire al problema della prevenzione e controllo del tabagismo? Certamente l'attenzione alla complessità del fenomeno sotto i vari aspetti medico, psicologico, sociale e culturale e quindi la necessità di attivare tutti i collegamenti della rete dei servizi territoriali, con un approccio integrato sanitario e sociale, tipico degli interventi di medicina di comunità, e in particolare di quelli rivolti alla prevenzione di dipendenze patologiche.
Il progetto si articola in cinque sotto - progetti che interagiscono sinergicamente tra di loro, con un coordinamento forte, sia a livello regionale che a livello di ciascuna azienda, che coinvolge tutti i soggetti della rete territoriale dei servizi.
A livello territoriale vediamo come il progetto territoriale e provinciale, "Provincia senza fumo", interagisca con tutti gli altri settori non solo sanitari ma del settore scolastico, produttivo, con la categoria dei consumatori, il privato sociale, il volontariato e quanti possano avere un ruolo significativo nell'influenzare positivamente le scelte di salute della comunità.
Questo sistema di collaborazione e di alleanze crea un sistema di rapporti stabili, innalza il livello di attenzione generale al problema e crea una spinta sociale durevole verso la cessazione e più in generale verso la crescita di una cultura condivisa del non fumo nella società.
Quindi, attenzione alla complessità e strategia di intervento integrato, che vuol dire intervento globale che va dagli aspetti educativi agli aspetti normativi, come il rispetto del divieto di fumo nelle scuole e nei cortili; sottolineo questo punto dei cortili che ha trovato concordi tutte le Regioni in sede di conferenza Stato/Regioni, perché è perfettamente inutile vietare il fumo nella scuola quando poi, durante la ricreazione, si va a fumare in cortile. Inoltre sono previste azioni di supporto alla disassuefazione con il coinvolgimento dell'intero ambiente scolastico e della famiglia, con offerta di programmi per smettere di fumare all'interno delle scuole, che coinvolgono anche il personale docente, intervento multidisciplinare, quindi formazione dei formatori, programmi che siano all'interno dei curricula dei programmi didattici, quindi non interventi estemporanei di esperti, calati dall'alto, ma formazione dei formatori con coinvolgimento del consiglio di classe e comprensione dei fattori di disagio giovanile e dei meccanismi di pressione sociale, come vedremo un poco più avanti, intervento intersettoriale, quindi scuole aperte dal territorio, coinvolgimento di strutture sanitarie, farmacie e quant'altro e in generale adulti del mondo dello sport, cultura e spettacolo che ricoprono ruoli significativi nell'influenzare positivamente le scelte di salute della collettività, intervento interprogettuale, cioè collegamento con progetti di prevenzione e promozione della salute relativi ad altre dipendenze patologiche e in particolare ad altre droghe legali come l'alcolismo.
La Regione sta approntando strategie di intervento fortemente integrate tra due progetti, alcolismo e tabagismo che, come droghe legali, hanno molti punti in comune, cioè gli aspetti legali, dalla regolamentazione della vendita al pubblico - pensate alla vendita ai minori, al consumo in pubblico, al problema del fumo passivo, ma anche al consumo di alcool nei luoghi di lavoro, alla pubblicità che non vuol dire soltanto pubblicità diretta o indiretta, ma anche associazioni del fumo o alcool a contesti e situazioni suggestive e piene di fascino - aspetti socio - culturali, il tabacco e l'alcool sono largamente e tradizionalmente diffusi nella nostra società, fanno parte della nostra cultura, dei nostri stili di

vita ma ci sono remore ad accettarli come droghe, nella gente comune c'è un atteggiamento che va dalla tolleranza all'approvazione sociale, vedi il problema del vino rosso o della sigaretta che aiuta le funzioni intestinali, e anche aspetti socio - economici, la loro produzione è fonte di reddito e occupazione; i problemi legati a una regolamentazione del mercato sono simili, come è simile la resistenza dei produttori, in comune hanno anche fattori di pressione sociale, che ne determinano l'iniziazione, si inizia a fumare e a bere perché lo fanno i genitori, per sentirsi più grandi, per non rimanere esclusi dal gruppo dei coetanei, perché è di moda.
Quindi, c'è un grosso lavoro da fare a livello della scuola sui fattori di pressione sociale che determinano l'iniziazione e sulla scuola che si apre al territorio e avvia iniziative educative che vedono nel territorio i ragazzi protagonisti come diffusori di messaggi di promozione della salute.
Un esempio di questo è il programma Lasciateci Puliti che non vuole enfatizzare i danni da fumo, ma che si rivolge prevalentemente ad una ricerca da parte dei ragazzi di quelli che sono i meccanismi di pressione sociale e mira a sviluppare nei ragazzi le competenze in termini di autonomia personale e capacità di scelta, capacità di risolvere problemi come quello di resistere all'offerta del fumo, capacità di essere critici rispetto per esempio alla pubblicità, capacità di essere creativi nel riformulare i messaggi a favore del fumo in senso opposto, capacità comunicative e sociali, cioè essi stessi devono essere capaci di diffondere messaggi ed essere di stimolo per gli adulti e per la famiglia nell'esortarli a smettere di fumare. Copia di questo programma è in distribuzione. Le classi che partecipano al programma tengono costantemente al corrente le altre classi sull'andamento del loro lavoro e sui risultati raggiunti. Circa il coinvolgimento della famiglia, i ragazzi possono esercitare un ruolo persuasivo importante nell'aiutare gli adulti a maturare la decisione di smettere di fumare e a mantenere nel tempo la condizione di non fumatore. Le iniziative scuole aperte: nelle scuole vengono allestite mostre aperte al pubblico dei materiali prodotti dai ragazzi nel corso del programma, posta, disegni, poesie, testi, canzoni, slogan anti fumo, diapositive, video; le mostre vengono riprodotte negli ospedali e nei luoghi di lavoro che per l'occasione vengono adottati dai ragazzi; il materiale pubblicitario, i manifesti pubblicitari realizzati con testi e disegni dei ragazzi invitano i fumatori a iscriversi ai corsi per smettere di fumare. Il materiale didattico, i video didattici e gli opuscoli realizzati col contributo dei ragazzi vengono utilizzati successivamente nelle scuole come materiale educativo; il ruolo di testimonials, i ragazzi partecipano con magliette, striscioni e slogan anti fumo ad avvenimenti sportivi, giochi e concorsi a premi in occasione del 31 maggio, giornata mondiale senza tabacco; l'uso di Internet offre opportunità di scambio e collaborazione tra le scuole che intendono lavorare in rete. Volevo mostrarvi per l'appunto un manifesto che, elaborato dai ragazzi di una scuola media, abbiamo utilizzato per esortare i fumatori a iscriversi ai corsi per smettere di fumare.
Questo programma, Lasciateci Puliti, viene realizzato da cinque anni in Romagna, grazie alla collaborazione dell'Istituto Oncologico Romagnolo che attualmente ne coordina l'organizzazione a livello regionale e, in questo senso, realizza proprio un esempio di collaborazione paritaria con l'ente pubblico, tipica del modello organizzativo che si intende realizzare nel sistema dei servizi per le dipendenze patologiche.
Sono anche disponibile domattina, allo Stand dell'Emilia Romagna, per dare ulteriori informazioni più di dettaglio rispetto a questo tipo di intervento che stiamo adottando su scala regionale in Emilia Romagna.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio il dottor LAEZZA, tutte le relazioni le trovate nel sito www.genovaduemila.it. Adesso chiederei ad alcune persone di fare due tornate di interventi, tipo tavola rotonda veloce, tra alcune persone che sono iscritte a parlare e lo chiederei al rappresentante del Coordinamento Nazionale Comunità dei Minori; l'invito è rivolto a lui perché credo che dobbiamo fare anche una saldatura, visto che si tratta di

Alcool, Tabacco e Giovani, che è argomento della legge 285, sulla Tutela dell'infanzia e dell'adolescenza; poi farei parlare il Presidente dell'AICAT, Ennio PALMESINO; il rappresentante di ALATIN, Daniele ROSSI, poi il rappresentante del CORA. Abbiamo mondi molto diversificati che in qualche maniera rappresentano sia posizioni di natura politica, sia elementi di natura esperienziale. La parola a Pino NICOLUCCI di ALATIN.»

Dott. Pino NICOLUCCI:- «Penso che ci siano due linee importanti da discutere e riportare nelle conclusioni di oggi. La prima linea importante è che non bisogna dimenticare che ci sono una serie di operatori che comunque stanno lavorando e lavorano su questo problema, nel senso della promozione della salute.
La cosa importante è che non vanno dimenticati perché altrimenti si ricrea un altro carrozzone, che probabilmente non porta nessun tipo di miglioramento della qualità della vita e nessun tipo o tentativo di soluzione di un problema, che è l'elemento di sofferenza maggiore per le famiglie.
E' importante che lo Stato, perché è il nostro interlocutore, e le Regioni sappiano dove devono inserire questo problema dell'alcool.
E' una cosa non chiara e penso che la direttiva debba essere nazionale e non regionale, perché altrimenti troveremo di nuovo centomila altre cose che non hanno assolutamente senso; c'è una confusione che trova tutti disorientati, sia gli operatori tecnici del settore, sia le associazioni di volontariato. Non possiamo dimenticare che esiste un volontariato che ha lavorato dal 1975 ad oggi, sono venticinque anni, e sta lavorando in Italia su questo problema, sta lavorando dal 1980 nel Lazio; l'altro giorno mi è arrivato ieri un invito nel Lazio in cui si dice che c'è un convegno di una giornata organizzato dalla Regione Lazio, è cambiata la gestione della Regione Lazio che dice "Alcolismo, stato dell'arte su un problema noto ma sconosciuto". Lavoro con le famiglie con problemi alcol - correlati e complessi, sia come operatore di un servizio pubblico, sia come volontario di un'associazione non profit, e mi sento profondamente offeso perché io il problema lo conosco, nel mio servizio sono transitate, segnate, 1.400 persone e non può essere assolutamente un problema a me sconosciuto. Se non mettiamo un po' di ordine, forse qualcuno soffrirà, perché probabilmente non dovrà più, in maniera ufficiale, interessarsi di questo problema, però probabilmente dobbiamo cercare di dare una direttiva unica importante, che ci permetta di stabilire una relazione paritetica con le associazioni di volontariato che in qualche modo determina un miglioramento delle attenzioni del cittadino riguardo alla propria salute.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Allora, la parola al CORA, a Enzo CUCCO.»

Dott. Enzo CUCCO:- «Faccio due considerazioni di merito rispetto a che cosa mi piacerebbe vedere nel documento finale di questo gruppo, in particolare per quanto riguarda la promozione della salute; lasciamo perdere le discussioni su proibizionismo e antiproibizionismo che sono fuori luogo in questa sede. Ci sarebbe molto da discutere anche per una serie di pregiudizi molto consistenti, espressi anche in questa sala, ma non importa. Mi sembra che il documento potrebbe richiamare innanzitutto la necessità di un'iniziativa centrale del Governo per aumentare i fondi a disposizione della promozione della salute, con particolare riferimento al tema delle dipendenze. Questo è in perfetta contro tendenza con quello che si sta discutendo oggi a tutti i livelli, sanitari, nazionali e centrali, della delega alle Regioni; i nuovi meccanismi di finanziamento della sanità prevedono altre regole che non sono più quelle centrali. Non credo che oggi in Italia, siamo in una situazione dove tutte le Regioni siano in grado di progettare autonomamente e rintracciare le risorse, per poter finanziare programmi che siano all'altezza di quegli obiettivi che abbiamo visto, perché il problema è fare iniziative all'altezza degli obiettivi. Se l'intento è portare a zero il consumo di alcool nei ragazzi al di sotto di una certa età, sfido tutti quelli che sono in questa sala a dirmi se le risorse oggi disponibili sono all'al-

tezza di quell'obiettivo. Sicuramente non lo so e sicuramente non lo sono in una prospettiva trasversale alla realtà delle Regioni che noi conosciamo. E' stato chiarissimo il rappresentante della Regione Liguria, non si riesce a sapere niente di quello che fanno al Sud, di attività concreta.
Allora, il governo si deve riprendere la competenza di a) decidere un fondo speciale per la promozione della salute; b) di dare indicazioni specifiche rispetto agli indirizzi delle attività e, possibilmente, che queste attività vengano strettamente connesse ai principi della promozione della salute, a evidenza scientifica conosciuta.
C'è la letteratura di settore, ci sono i gruppi COCHRANE che stanno producendo interessanti studi di valutazione rispetto a programmi di questo tipo. Mi sembra che in Italia non ci si possa lasciar scappare questo tipo di cose, non sono l'unico a dirlo, sono moltissimi in Italia quelli che lo dicono. Mi sembrerebbe utile che nel documento finale ci fosse un richiamo forte a questo ruolo che il Governo può ancora avere in questo settore.
L'altra vicenda è quella relativa al controllo di qualità delle iniziative di promozione della salute. Lo dico perché, professionalmente, mi occupo di questo, e, non soltanto all'interno del CORA, mi sembra che ci siano molte parole in libertà in questo settore in Italia. Mi è sembrato veramente che alcune cose dette qui abbiano poca connessione rispetto a strumenti di valutazione dell'efficacia delle azioni messe in campo e dell'utilizzo dei soldi, perché il problema dell'impiego dei soldi è strettamente connesso all'efficacia dei programmi che si mettono in piedi con questi soldi.
Ora, un meccanismo di verifica della qualità degli interventi di promozione della salute è complesso, perché non c'è nessuno che abbia una decisione assoluta in merito o comunque delle indicazioni che siano cogenti per tutti i soggetti. Sicuramente, mi sembra che si debba richiamare la necessità che all'interno dell'attività di valutazione che deve essere richiesta in modo forte, come una parte fondamentale dell'attività di progettazione delle iniziative di promozione della salute, debbano essere presenti tutti i soggetti che si occupano di promozione, non soltanto l'ente pubblico o le aziende sanitarie, o magari in alternativa, gli enti pubblici e non le aziende sanitarie.
Il secondo punto che mi piacerebbe vedere in questo documento è un forte richiamo alla necessità di una cultura della valutazione delle iniziative della promozione della salute, con la caratteristica di chiamare intorno allo stesso tavolo tutti i soggetti, anche gli utenti, che su questa partita hanno voce in capitolo.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie. Credo che questo sia un suggerimento estremamente opportuno e importante. Do subito la parola a Daniele Rossi, non so se come Presidente dell'Assobirra o come Segretario dell'Osservatorio. Come Segretario dell'Osservatorio. Con Daniele ROSSI siamo accomunati da una lunga dialettica.»

Dott. Daniele ROSSI:- «Dirigo l'Osservatorio ormai da dieci anni e credo che sia servito se non altro per mettere a confronto, anche in forma molto dialettica, la posizione che possono avere gli industriali e i produttori anche di vino, di birra, di alcolici, il mondo medico che si occupa da tempo di questa materia e il mondo del volontariato.
La mia impressione è che ci sia molto autolesionismo, un po' come in alcuni partiti politici che conosciamo: in questi anni è stato fatto moltissimo. Credo che la cultura alcologica, in Italia, è cresciuta moltissimo, i sistemi di autoregolazione che abbiamo visto funzionano in questo paese, hanno comunque ridotto del 30% i consumi di alcool in Italia e i superalcolici sono crollati, nei consumi, ad un terzo di quello che erano vent'anni fa, il consumo di vino è dimezzato, quello di birra cresce molto lentamente, è stabile, ma siamo ai minimi europei. A me sembra che sul consumo di bevande alcoliche in Italia, si è manifestata un'attenzione particolare e tutta la cultura complessiva del paese è cresciuta come attenzione a questo problema.
In secondo luogo, la rete sia formale, in servizi, che informale, anche questa è cresciuta

moltissimo. Non solo è cresciuta in termini quantitativi, che oggi si rilevavano - nuove esperienze, collegamenti con i SERT eccetera - ma anche e soprattutto in termini qualitativi, sia nelle strutture pubbliche che in quelle informali o private che esistono, che lavorano sul campo. Mi è piaciuto moltissimo l'intervento del collega di prima, perché diceva che questo processo di qualificazione dei servizi, anche di quelli informali, deve aumentare molto e credo che in questo senso anche una conferenza di questo tipo, che individua dei percorsi di qualità degli accreditamenti può essere utile e di valutazione.
Non sono esperto sul trattamento di riabilitazione, volevo dare solo due flash: i nostri dati, che sono stati anche richiamati dal dottor SCAFATO prima, denotano effettivamente alcune aree a maggior rischio e con tendenza alla crescita rispetto a un quadro generale di riduzione: soprattutto quella dei maschi tra i 20 e i 24 anni, diciamo dai 18 ai 24 anni, di alcune aree del paese e con alcuni profili di reddito e di estrazione sociale, che non corrispondono affatto ai tradizionali profili del giovane tossicodipendente, soprattutto da eroina.
Quindi mi sembra che esistono queste sacche, che noi abbiamo stimato in circa 180.000 giovani in Italia, che hanno problematiche di consumo abbastanza importanti, che però hanno un profilo tutto particolare, sono giovani abbienti, sono poli assuntori di sostanze, fanno una vita molto attiva e hanno anche un'attività di tipo sessuale molto attiva, hanno comunque un profilo, diciamo, di euforici ossessivi, di persone che comunque fanno tutto, tanto e troppo, con disponibilità di denaro molto elevate, fra le 200 e le 250.000 lire da spendere liberamente per sé mensilmente, quindi con disponibilità a spendere liberamente forse maggiori delle nostre. Oltre a questo gruppo di giovani ad alto rischio, maschi, 20/24enni, notiamo anche un incremento, e queste sono le due aree di incremento, delle donne, soprattutto della fascia 45/54; un incremento delle donne non solo come partecipazione al consumo, come penetrazione, come presenza nei consumi alcolici anche moderati, ma anche nell'area del rischio, cioè dei forti consumatori e dei consumatori a rischio. Quest'area delle donne va seguita molto da vicino, perché mentre i giovani comunque riusciamo in qualche luogo ad intercettarli, anche in situazioni informali, non solo in quelle formali della scuola o dell'accesso ai servizi, ma anche nelle discoteche, anche nel gruppo dei pari, dello sport, c'è una rete comunque di controllo sociale e di osservazione, per le donne fra i 45 e i 54, questo non c'è, c'è solitudine, c'è depressione, c'è la casa, c'è la chiusura familiare, ci sono delle sconfitte e dei gravi problemi di tipo personale, drammi di famiglia e di collocazione sociale. Questa fascia qui, secondo me, va seguita molto più da vicino e bisogna andare di casa in casa ad intercettarla. Mi domando se la posizione di PATUSSI o di alcuni amici alcologi, così radicale, possa essere utile alla causa.
La mia impressione è che davanti ai nostri dati, ma anche quelli ISTAT, che dichiarano che il 74,78% cento della popolazione adulta, dai 14 anni in su, beve occasionalmente e regolarmente, e per i giovani si parla del 65 per cento, ci sia senso a radicalizzare così la posizione rispetto al consumo abituale. Mi domando se la proposta della Società di Alcologia, un po' isolata in questa materia, possa favorire soluzioni comuni sia di tipo legislativo, sia di tipo regionale, sia in termini di Comunità Europea e di azioni centrali degli organismi comunitari. Mi domando se invece l'atteggiamento fosse più collaborativo, più concertativo su alcune materie in cui anche l'industria ormai è sensibile e anche per merito vostro, possa portare risultati maggiori. Questa è la posizione dell'Osservatorio.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie, Daniele ROSSI. La parola al Coordinamento Nazionale delle Comunità dei Minori. Noi abbiamo parlato di SERT, di ospedali, di tutte le strutture sanitarie di questo mondo, ma il problema dell'alcool interessa anche altre realtà, le comunità locali e le comunità di accoglienza dove la sofferenza delle persone piccole, ragazzini, adolescenti, si accompagna spesso a quella delle famiglie.»
Rappresentante Coordinamento Nazionale delle Comunità per Minori:- «Il

Coordinamento Nazionale delle Comunità per Minori, nasce oltre dieci anni fa, ormai raggruppa più di 110 organizzazioni con circa 250 comunità. Sono comunità educative che quindi accolgono minori da 0 a 18 anni, in genere sono divise per fascia di età, hanno il nome di comunità, anche perché il numero dei ragazzi e delle ragazze accolte va dagli 8 ai 12 e cercano di ricreare un clima familiare, nonostante ci possano essere dei modelli organizzativi molto diversi, con operatori residenti e operatori che lavorano a turni.

Un altro fatto importante, secondo me, è il fatto che il coordinamento è formato da organismi sia privati come associazioni, istituti religiosi, cooperative sociali, sia da Enti pubblici, come Comuni, Province o ASL che gestiscono comunità. Quindi è un organismo tecnico di confronto.

Questo tipo di comunità che chiamerò Comunità Educative non sono specializzate, la maggioranza, in tipi particolari di intervento, escluso il discorso della fascia di età, i bambini da 0 a 3 anni, per esempio.

Per questo pensiamo che le comunità possano rappresentare un importante, anche se particolare, osservatorio delle fasce più svantaggiate del mondo giovanile e delle loro famiglie.

Non esistono dei dati in questo settore, è tutto estremamente frammentato, l'unica ricerca che è stata fatta nel '98 dal Centro Nazionale di Documentazione era molto più quantitativa che qualitativa. Quindi, dobbiamo andare proprio a scavare un po' nella nostra esperienza.

Dal confronto, è venuta fuori una prima considerazione estremamente importante, cioè che la problematica specifica più diffusa tra i genitori dei minori accolti nelle comunità è l'etilismo e che l'alcolismo incide di più della tossicodipendenza e della malattia psichiatrica, che sono le tre grosse categorie di disagio. E' chiaro che poi siamo in presenza di famiglie multi problematiche: c'è l'abbandono, l'abbandono scolastico oppure, per quelle comunità che lavorano sul penale, c'è tutto il discorso della messa in prova e così via. Ci sono pochissimi casi di Aids. Questo vale per esempio anche per la città di Genova dove, come ovunque, l'etilismo appare molto più tollerato socialmente e non provoca lo stesso allarme che può provocare il fenomeno dell'ecstasy oppure della tossicodipendenza in genere.

Analizzando invece i problemi che hanno portato i ragazzi e le ragazze a essere allontanati dalla famiglia, si vede che l'uso di alcool equivale all'uso di sostanze stupefacenti, ma negli anni l'aumento maggiore è proprio riferito all'abuso di alcool, mentre l'uso di droghe cosiddette leggere appare più o meno stabile. Se qualche anno fa almeno la metà, più o meno dei ragazzi, usava droghe leggere e l'alcool invece era molto meno usato, adesso l'alcool ha raggiunto l'uso delle droghe leggere, come pure nelle comunità si è molto abbassata l'età dei fumatori e il numero dei ragazzi che fumano.

Questi non sono dati che hanno una rilevanza scientifica unica, ma certamente bisogna cercare di correlare alcuni dati con i cambiamenti della cultura giovanile. Si è parlato oggi di cultura dello sballo, di tutti quei comportamenti a rischio che sono tipici dell'adolescenza. La nostra impressione è che questi comportamenti non siano colti nella loro pericolosità, anzi l'adolescente teorizza la normalità di queste cose. Egli dice: "studio, lavoro tutta la settimana, il sabato sera mi voglio divertire, che cosa vuoi che mi succeda?" Ma sono solo due birre! Comportamenti che sono, vengono definiti e che l'adolescente vive come normali e che pensa di poter controllare.

Questo dai tecnici o psicologi viene definito come un atteggiamento di ottimismo non realistico, tipico dell'adolescente, che provoca e sostiene la voglia di rischio che è altrettanto tipica dell'adolescente.

Ritroviamo queste caratteristiche amplificate chiaramente nei minori nella comunità, dove la famiglia, il gruppo dei pari, la scuola, che possono in qualche maniera moderare la voglia di rischio o l'ottimismo non realistico, sono estremamente carenti perché i modelli genitoriali, gli insuccessi scolastici influenzano molto negativamente.

L'altra cosa è che le comunità educative tendenzialmente non accolgono ragazzi con problemi di tossicodipendenza, perché sono comunità con basso livello di contenimento, forte integrazione sociale e mal si adattano ad accogliere problemi di dipendenza molto grossi. Sono quindi estremamente permeabili alla cultura, al territorio. Anzi, cercano il massimo di integrazione possibile nel contesto. Il fatto di essere così permeabile, il fatto che la cultura dello sballo sia quasi più una cultura di normalità, fa sì che questi ragazzi che sono i più deboli diventano maggiormente a rischio.
In quella fascia di ragazzi che invece hanno già tutta una serie di problemi, questa cultura diventa estremamente importante e provoca veramente dei grossi danni, perché i mezzi che hanno a disposizione questi ragazzi per controbattere questa cultura sono veramente minimi. Per la scarsità di mezzi, per una serie di cose, ormai si è consolidata anche nei minori la cronicità, cioè ci sono minori che passano da una comunità all'altra, che vanno da una regione all'altra. L'aspettativa dei servizi, forse anche delle comunità, è quasi che compiano i 18 anni e allora poi, dopo i 18 anni, abbiamo dei percorsi istituzionali, SERT, carcere, Salute Mentale o comunità, che sono più definiti. Chiaramente, lo dico in maniera provocatoria, però bisogna anche denunciare che esistono queste cose. La richiesta forte che ora va alle comunità è quella della specializzazione, di andare quindi verso comunità per minori che siano specializzate in disturbi psichiatrici. E' giusto che ci sia anche una specializzazione, però quello che vediamo come pericolo è la mancanza dell'integrazione quando si va in una direzione di specializzazione. Quello che pensiamo che sia veramente estremamente importante è un lavoro di integrazione tra sociale e sanitario, tra Consultori e SERT, che spesso e volentieri non si parlano, perché appunto il Consultorio si occupa di attività consultoriale per ragazzi sotto i 18 anni, tra assistenti sociali del Comune, tra pubblico e privato. L'integrazione è il confronto tra diversi stili di lavoro, diversi linguaggi, professioni, culture, istituzioni e quindi è anche faticoso; bisogna anche pensare che comunque questa cosa fa parte del nostro lavoro però veramente se non c'è il discorso di integrazione sembra che di fronte a delle nuove o delle vecchie problematicità siamo sempre stupiti, sembrano sempre cose nuove che arrivano come se non ci fosse già stato un lavoro e un pensiero. A volte quando sento dire: facciamo un nuovo servizio, andiamo, specializziamo, mi viene un dubbio che queste cose non rispondano più a dei meccanismi di scissione difensivi, che non di valorizzazione delle competenze che invece ci sono.
Credo molto nel discorso della promozione. Da una parte abbiamo gli spot, i miliardi spesi per determinare tipi di consumi, dall'altra parte si cerca con dei mezzi molto piccoli, voglio dire, di fare una cultura della promozione. A me sembra che fin quando le cose stanno così, la lotta sia abbastanza impari.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie, perché credo che questo apra una prospettiva estremamente importante, soprattutto laddove si afferma che i bisogni specifici espressi dagli adolescenti devono trovare una risposta compatibile con il bisogno, ma integrata con il bisogno degli altri. Credo che il problema delle comunità ma, abbiamo visto, che è anche dei SERT, del Sistema Sanitario, sia che la specializzazione aumenta la conoscenza, ma rischia la frammentazione dell'individuo e questo è un problema enorme. Ricomponiamo le parti con il Presidente dell'AICAT, Ennio PALMESINO.»

Prof. Ennio PALMESINO:- «Rappresento l'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, che è una realtà importante anche se buona parte del suo lavoro è oscura e poco riconosciuta. Noi contiamo quasi 2.300 club in tutta Italia e abbiamo circa 20.000 famiglie in trattamento. La nostra è una realtà consolidata, perché siamo presenti in Italia da più di vent'anni, non siamo quindi una meteora e la nostra è una metodologia ben precisa che ha dato risultati esaltanti. Abbiamo dati di recupero sulla media nazionale, che vanno dal 70 al 75 per cento, quindi siamo fieri di questo lavoro.
Da quest'anno, per esempio, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ci ha concesso di

scrivere sulla nostra letteratura in coordinamento con l'OMS, Ufficio regionale per l'Europa. Cominciano ad arrivare anche i primi riconoscimenti.
L'organizzarsi in comunità multifamiliari come i club vuol dire che questa è una risposta che i cittadini hanno trovato a un loro bisogno di autoprotezione della salute. Questo organizzarsi in Club degli Alcolisti in Trattamento è una risposta dei cittadini ai loro bisogni, ma ora è venuto il momento che questo lavoro venga accreditato, venga riconosciuto.
Mi rivolgo alle istituzioni, ai ministeri interessati, perché capiscano l'importanza di accreditare questo lavoro spontaneo che è nato sul territorio e che si sta moltiplicando, che è diffuso in tutta Italia, che consente risparmi di importanza colossale alla sanità pubblica in termini di minori ricoveri e di recupero socio - sanitario; chiedo che la metodologia dei Club degli Alcolisti in Trattamento venga accredita al punto che il cittadino un domani possa, di fronte a chi offre servizi di trattamento medico o non medico, scegliere spontaneamente e preferire quella struttura, che adotta questa metodologia o che la condivide piuttosto che un'altra struttura dove invece viene offerto un trattamento psichiatrico o farmacologico.
Bisogna che questa metodologia venga accreditata al punto che il cittadino sia libero di scegliere d'ora in avanti la struttura sanitaria che più è coerente con questa scelta che egli ha fatto e ricordo che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nella Carta Europea dell'Alcool, Parigi '95, dove ha indicato Principi e Strategie per l'autoprotezione della salute - ed è un documento dedicato esplicitamente ai giovani ed è stato ratificato anche dal governo italiano - alla Strategia numero 9, e dice testualmente che vanno sostenute le organizzazioni di volontariato e di auto, mutuo aiuto, che promuovano stili di vita sani, in particolare quelle che tendono a ridurre i problemi alcol - correlati.
Rinnovo quindi la mia preghiera alle istituzioni perché questo lavoro, oscuro ma preziosissimo, venga riconosciuto, e il Movimento dei Club degli Alcolisti in trattamento venga accreditato e ai cittadini venga concessa finalmente una scelta per il trattamento da essi preferito.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Adesso la parola va ad Andrea MATTEI, indomito sostenitore di una battaglia che, soprattutto per e-mail, ha anticipato il popolo di Seattle, ha invaso i computer. Sentiamo la sua proposta.»

Dott. Andrea MATTEI:- «Vorrei fare due puntualizzazioni. Primo, da tanti anni ormai seguo questi discorsi e trovo che c'è una confusione mostruosa, non so quanto sostenuta ad arte, tra i problemi dell'alcool e l'alcolismo.
L'alcool è una cosa, circola liberamente tra noi, produce dei guai, li chiamiamo alcolismo, li chiamiamo problemi alcol - correlati, ma è una cosa diversa. Allora dovrebbe essere non più il Ministero della Sanità che si occupa di questo, ma un Ministero che non esiste e forse si dovrebbe chiamare del Benessere. Sento parlare di pazienti. Credevo, sinceramente, venendo qua, che questa conferenza si occupasse del futuro, della sicurezza dei giovani, ma anche dei giovani che erano giovani e che adesso sono vecchi e muoiono, 30.000 ogni anno.
Vorrei dire che noto la ricchezza straordinaria di dotazioni per farci incontrare e parlare, ma quando ho telefonato al Ministero per chiedere di poter parlare di problemi di alcool, mi hanno detto che questo si occupava di droghe e non di alcool.
Ieri ho sentito la Ministra TURCO che ha parlato della legge che dovrebbe essere studiata adesso, sull'alcolismo; c'è stato proprio un lapsus perché si chiama Legge Quadro sull'alcool, però è indicativo, noi ci occupiamo di pazienti, del dopo, ma non del prima. Perché probabilmente questa è una cultura che ci sovrasta e allora penso questo, che se noi potessimo incominciare ad occuparci un po' di alcool, come un elemento che si inserisce pericolosamente nella vita di ognuno di noi e della società.
L'indicazione dell'OMS è: informare, informare, informare. La prima informazione

dovrebbe essere quella per ogni consumatore, di poter leggere sull'etichetta quello che c'è dentro la bottiglia, e che lui introdurrà nel suo corpo e che è protetto da una legge della Repubblica Italiana, la 126 del '94; nella discussione su questa legge è sparito alla grande qualsiasi accenno al fatto di una necessità di una etichetta. Questo per dire che ci sono anche grossi, potenti interessi dietro questo, oltre ad una cultura alcoolica che noi ci portiamo dietro. Stamani MANGIARACINA ci ha parlato dei morti di fumo: aggiungiamoci questi 30.000 e passiamo i 100.000 morti. Se contiamo un po' i morti, diciamoci la verità, di ecstasy quanti ne sono? Eppure lo slogan di questo congresso è basato su una verbalizzazione giovanile del farsi con l'ecstasy, il "calare".
Questo la dice altrettanto lunga sulla disattenzione profonda verso i problemi che toccano il corpo sociale. Noi ci occupiamo delle crosticine sul naso, quando abbiamo una gamba in cancrena. Ma è possibile questo? Come mai ci sono delle macchinette che distribuiscono in giro dei pacchetti di sigarette ai minorenni, ma come mai l'Italia non si occupa di questo? Mi pare di vivere in uno Stato un po' schizofrenico. Volevo dire: a questi giovani cosa diamo di diverso rispetto a quando io ero giovane? Ce ne sono 30.000 ogni anno che muoiono di questi giovani, non erano stati informati. E oggi di che cosa vengono informati? Che il problema è l'ecstasy o la mucca pazza. Questi argomenti occupano tutti i telegiornali. E' questa l'informazione che raccomanda l'OMS? Credo, sinceramente, che dovrebbe venire un grido di preoccupazione da questo nostro incontro per dire: cari amici, non occupiamoci dei falsi problemi, promuoviamo la salute, ma soprattutto non stiamo a parlare della riduzione del danno, perché quando qualcuno si è fatto del male, si è fatto del male, cerchiamo di soccorrerlo e accorrere, ma soprattutto che non si faccia del male.
Allora proviamo a ridurre un po' il rischio, attraverso un'informazione, attraverso una corretta distribuzione della nostra attenzione sui problemi falsi e su quelli veri.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Grazie. La parola a Pino MARANZANO, dell'ANGEO.»

Dott. Giuseppe MARANZANO:- «Vedo che ci parliamo tra operatori. Sono convinto che ognuno di voi conosce chi è intorno a questo tavolo, ci parliamo come tra esperti. Non so se questo ha ancora senso in una conferenza nazionale e se non fosse meglio invece chiedere che all'interno della sessione plenaria ci sia un momento, una comunicazione di un certo tipo a tutta la conferenza.
Rinuncio alla relazione, spero di riuscire a inviarla e averla su Internet, però vorrei almeno sottolineare tre cose che vorrei che venissero in qualche modo tenute presenti nel documento finale e queste tre cose ve le leggo in modo che, come dire, faccio prima e non mi perdo in alcune difficoltà.
Le tre cose riguardano, una l'aspetto della difficoltà e l'abbiamo visto stamattina, di avere un Piano Nazionale dell'intervento da parte dei servizi, ma ogni Regione va per i fatti suoi, qualcuna non va da nessuna parte. Qui bisogna mettersi d'accordo e provare a fare delle azioni comuni a livello nazionale. Mi chiedo se questa ad esempio non potrebbe essere la legge, perché non ne parliamo più? Non ce ne frega più nulla? A Napoli abbiamo insistito molto, in questi ultimi anni ci abbiamo anche speso. E' vero, forse non è più quella che speravamo che fosse all'inizio, però credo che in assenza di una legislazione che metta alcuni paletti rispetto alla vendita, rispetto alla pubblicità, e ad altre questioni importantissime, credo che su questo bisogna dire due cose.
Sono per riaffermare la volontà di impegnare il governo; ieri sentivamo anche qualcuno dell'opposizione che parlava della salute e mi chiedo perché sull'alcool non faccia lo stesso discorso. Serve coerenza. Chiedere che la maggioranza, ma anche l'opposizione, su questo si esprima chiaramente, ma è ancora ferma alla Commissione. Chissà se riuscirà, siamo in piena campagna elettorale, sicuramente questo non è il momento, però qualcosa su questo dobbiamo dirlo e pronunciarci.
Sono convinto che se davvero è, come tutti diciamo, l'alcool, una droga legale, in assen-

za di una regolamentazione siamo di fronte davvero a quella che può essere una droga legale, non regolata, che si può comprare dove si vuole, se ne può fare la pubblicità come si vuole, tutta una serie di cose. E' questo che vogliamo? Allora, forse alcune regole bisogna metterle. Questo non vuol dire andare verso un proibizionismo spietato, vuol dire che però alcune cose siano chiare, che è una sostanza pericolosa, che in alcuni lavori, in alcuni ambiti sarebbe meglio proibire di usarla, perché ne va della nostra e dell'altrui salute: immagino alla strada, immagino in alcuni lavori particolarmente di responsabilità.
L'altra cosa è rispetto anche alla prevenzione, agli interventi preventivi perché sono d'accordo su un discorso di promozione, però sono anche dell'idea che bisogna ragionare sulle politiche giovanili.
Mi sarebbe piaciuto sentire delle cose nuove per poterci confrontare anche su ambiti d'azione che forse possono aprire nuovi spazi. Penso che bisogna spostare le pratiche di prevenzione, dall'emergenza ai processi che costituiscono l'accompagnamento educativo e inserire il proprio operare all'interno delle politiche giovanili. Non bisogna rincorrere le cose.
Qualche mese fa, forse era questa primavera se non la fine dell'anno scorso, c'è stata l'emergenza ecstasy; vi ricordate tutti quello che è successo, oggi si aspetta qualcos'altro per rincorrere iniziative di prevenzione.
Allora o si fa un discorso dove l'itinerario da percorrere e da affrontare è lo stesso e cioè spostarsi dall'ansia, dall'allarme e dalla preoccupazione per la sostanza - vale per l'alcool, vale per altro - consumata dai ragazzi o da alcuni ragazzi, all'occuparsi dei giovani con continuità, oltre le mode e con proposte e progetti concreti, aderenti alla loro vita, al loro orizzonte di senso, privilegiare l'educare contro lo sterile e inutile reprimere, punire, condannare o solo vietare. Stamattina, anche qui ho sentito alcune affermazioni, con cui francamente non concordo. Vietare, punire, in qualche modo proibire non serve a nulla; io sono per educare.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Visto che è stato tirata fuori anche la necessità di avere degli esempi di buone pratiche, BACCHION a Vicenza ha una buona pratica rivolta ai giovani.»

Dott. Enzo BACCHION:- «Di giovani effettivamente stamattina ho sentito parlare poco. Assieme a un gruppo di operatori, dirigo un camper che fa delle uscite notturne in tutti i luoghi del divertimento notturno dei giovani e in particolare nelle discoteche, ma soprattutto nei discobar e siamo partiti a fare questo lavoro circa tre anni fa sulla base di alcuni input che ci sono arrivati dai ragazzi stessi.
Abbiamo iniziato con un progetto all'interno degli istituti superiori e abbiamo chiesto a questi ragazzi che cosa potevamo fare noi adulti per loro e ci hanno chiesto di essere presenti assieme a loro, laddove si divertivano, e di cercare di ipotizzare insieme dei percorsi. Abbiamo fatto lo studio del territorio, suddividendolo in alcune manifestazioni particolari e attualmente siamo presenti con circa 200 uscite notturne all'anno in questi luoghi in tutta la Provincia di Vicenza; non sono molto d'accordo con il dottor SCAFATO che parlava dell'Europa stamattina, quando diceva che bisogna parlare solo di tutta l'Italia, mettendo tutte le esperienze allo stesso livello, perché vedo che, nella sola Provincia di Vicenza, per dire, ci sono zone dove c'è un consumo alcolico nei giovani molto più alto che in altre; abbiamo visto quando il referente della Regione Veneto ha esposto il suo intervento, che il consumo nella nostra Provincia è molto elevato a partire dalle scuole; nelle scuole superiori si festeggia la fine dell'anno scolastico con fiumi di birra, di vino e cose di tutti i generi.
Sarò molto sintetico e passo subito alle mie richieste, o idee o proposte. Noi utilizziamo un etilometro portatile all'interno di questo camper dove i ragazzi vengono a chiederci com'è la loro situazione e a chiedere a noi cosa possono fare nel momento in cui hanno

bevuto troppo, e in molti casi cosa possono fare per evitare di arrivare a quel punto. Da un anno circa abbiamo istituito questo gruppo di lavoro territoriale, che intanto ha insegnato loro ad autorganizzarsi come giovani.
Abbiamo delle esperienze del Nord Europa dove ci sono ragazzi che, all'interno della stessa compagnia, qualcuno a turno non beve, per evitare incidenti stradali. Ci sono situazioni dove lo stesso gruppo di ragazzi, a seconda dell'aggancio con l'operatore, fa delle scommesse per non bere per tutto il resto della settimana, restare in contatto con gli operatori per tutta la settimana e far vedere loro operatori che non bevono e spesso questo succede.
Un altro fattore molto pericoloso, secondo me, è quando si parla di giovani e non si parla di genitori. Perché spesso, soprattutto nella nostra regione, nella nostra provincia, più volte, quando incontro i ragazzi o i genitori nelle varie uscite, sento dire: è meglio che ti ubriachi piuttosto che ti droghi, con tutta un'ignoranza tremenda in materia, ma forse un po' supportata dalla cultura veneta nel consumo degli alcolici.
L'ulteriore cosa è la legge sulla vendita degli alcolici ai minori di 16 anni. Sabato scorso, in un discobar, ho visto un ragazzino che ho fermato e gli chiesto dove stesse andando? Stava bevendo. Lui mi ha detto che aveva compiuto 16 anni quel giorno. Allora, la prima cosa, come educatore, che mi domando è: questa legge serve a fare in modo che i minorenni non bevano o è una legge che giustifica coloro che hanno compiuto i 16 anni a continuare a bere in maniera spasmodica?
Quando parlo di territorio e di interventi sul territorio, pensando a tutte quelle fonti di spaccio legalizzato, non posso tirare dentro solo i bar, le discoteche e i discobar, penso ai supermercati, ai ragazzi che si organizzano, mettono i soldi assieme e fanno rifornimento e a cose di questo tipo e al fatto che sono tutti minorenni.
Noi abbiamo pubblicato un lavoro in un workshop che abbiamo fatto l'anno scorso, su 900 rilevazioni con l'etilometro e più del 50% di coloro che superavano la soglia dei 0.8, degli 80, dite un po' come volete, erano inferiori ai 16 anni. Le famiglie sono o vogliono restare completamente all'oscuro sugli effetti dannosi dell'alcool.
Per concludere, siccome il nostro progetto lavora su due binari, consumo di alcool fra i giovani e consumo di droghe chimiche, sintetiche, per un buon 80% dei ragazzi che ci dicono di avere assunto droghe chimiche, quasi sempre la prima esperienza avviene sotto un effetto euforico da alcool, in maniera molto elevata, così come molto spesso, parlo sempre di una fascia di età di ragazzi che va dai 12 ai 16/17 anni, i primi rapporti sessuali avvengono in maniera non protetta, spesso sotto l'uso di alcolici.
Quindi pregherei di vedere se è possibile, probabilmente la legge sul consumo dell'alcool è in parte buona, però questo dato dei "fino ai 16 anni", così come è determinato, credo che sia davvero una bomba a orologeria.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Credo che anche su questo emerga una indicazione che può essere utile alle conclusioni: una minore enfatizzazione della questione della illegalità e una maggiore attenzione della pericolosità dei comportamenti legali, perché si deve uscire dalle polemiche di ieri, mettendo in evidenza che i problemi centrali riguardano le sostanze legali e che continuare a insistere su quelle illegali, diventa veramente un paravento per nascondere la realtà e innescare meccanismi ideologici, che non servono assolutamente a niente e a nessuno. La parola ad ALANON.»

Rappresentante ALANON/ALATIN:- «Oggi ho avuto due sensazioni, una piacevole e una spiacevole. Quella spiacevole è che il problema Giovani ed Alcool è andato a finire non nel garage ma nella cantina del garage; quella piacevole, è che viviamo in un mondo che conosce solo un signore, che è Presidente e Segretario nazionale e tutti gli altri che sono qui, tutti quelli che hanno parlato, pessimisticamente probabilmente, non lo conoscono. Beato lui che conosce un mondo dove i superalcolici sono in netta diminuzione e tutta una serie di altre notizie, sicuramente dormirà meglio e mangerà di più.

Quello che mi ero preparato era il tema degli ALATIN, cioè una speranza per i figli degli alcolisti. Dovendo parlare dei figli degli alcolisti, mi sembrava opportuno iniziare dal neonato che può essere vittima involontaria della madre e questo oggi è stato accennato; chi abusa di alcool in gravidanza può quindi presentare sintomi della sindrome alcol fetale con livelli di gravità assai variabili. E' da tener anche presente l'alcool come fattore di morbilità in genere e di malformazione. Comunque, essere figli di un alcolista vuol dire innanzitutto confrontarsi con un sentimento di vergogna per avere un padre o una madre alcolista, lo stesso sentimento di vergogna che specularmente induce l'alcolista a nascondere il suo problema alla famiglia, al suo ambiente di lavoro, alle strutture sanitarie e innanzitutto a se stesso.
Stante il poco tempo, parlerò direttamente del programma ALANON/ALATIN che permette un percorso esistenziale che può essere schematizzato nelle seguenti tappe, cioè conoscere se stessi, essere se stessi e relazionarsi con gli altri membri della famiglia e non solo con il gruppo, tenendo sempre presente che il benessere individuale è la cosa più importante.
Proverò a illustrare le tre tappe. Conoscere se stessi vuol dire innanzitutto affrontare il problema della codipendenza. Nella famiglia di un alcolista, la codipendenza si manifesta in modo più grave e diverso nella relazione genitori/figli, piuttosto che tra coniugi. Inoltre, la durata del fenomeno è diversa attenuandosi nel partner al momento della sobrietà, mentre persiste nei figli fino ad influenzarne la vita e ciò si comprende in maniera molto chiara frequentando i gruppi dei figli adulti degli alcolisti, perché abbiamo anche quelli. Nei figli, i più frequenti sintomi della codipendenza sono la diminuita autostima, l'eccessivo coinvolgimento emotivo nei confronti dei familiari, l'ostilità, il bere eccessivo, il senso di legame con l'alcolista. Si generano così complessi meccanismi di colpevolizzazione ed intolleranza, per cui il malato diviene il capro espiatorio. Il futuro alcolista, di frequente, nasce da una famiglia dove la madre o il padre, più spesso il padre, sono alcolisti. Per il figlio di un alcolista, spesso accade che il divenire anch'esso alcolista è lo scotto che paga per l'identificazione con il genitore del proprio sesso, anche se raffigura un modello di riferimento negativo. Ne consegue un ideale dell'io instabile, il cui crollo lascia spazio alla depressione, al masochismo, perpetuando così una catena senza fine, che può spingere il figlio all'alcool o alla droga. I rapporti familiari sono spesso improntati ad un'aggressività esclusivamente distruttiva, che non è limitata a quella quota di aggressività intesa come affermazione di sé. Le problematiche del figlio alcolista sono da considerarsi infatti non solo in rapporto con l'alcolismo di uno dei genitori, ma anche con il non alcolismo dell'altro che spesso assurge al ruolo di vittima da proteggere. Può accadere per esempio, nel caso più frequente, di un padre alcolista, che un figlio maschio, in genere il maggiore, prenda il posto del padre, formando così con la madre una nuova coppia genitoriale considerata forte nella misura in cui è presunta "sana", in quanto sobria. Da problematiche come questa sopra descritta, permanendo come conflitti non risolti, derivano le scelte future. L'intento di salvare comunque il genitore alcolista e il senso di colpa di non essere riuscito, può orientare la scelta inconscia verso un compagno alcolista.
Essere se stessi. Nell'ALANON/ALATIN vuol dire innanzitutto acquistare la conoscenza dei propri limiti e dei propri pregi e delle proprie debolezze e dell'incapacità a superarli da soli; vuol dire iniziare in un gruppo di auto aiuto. La seconda fase è l'essere se stessi e sapere che cosa si deve fare per ottenere un livello di benessere e serenità più alto. Frequentando i gruppi si apprende qual è il punto fermo da mantenere e cioè la ricerca del proprio benessere, che viene prima di ogni altra cosa. Qualsiasi soluzione che il membro ALANON deve prendere, ma questo vale anche per ALATIN, deve essere una soluzione razionale, concreta, aderente alla realtà, in linea con il mantenimento di un progetto di vita che vuole darsi. Nel caso di rapporti problematici tra genitori e figli, a differenza dei rapporti tra partners, non c'è la possibilità di lasciarsi tra genitori e figli.
Il terzo punto del percorso può identificarsi con la ricerca di nuove relazioni intrafami-

liari. Nei gruppi ALATIN, il giovane viene stimolato a parlare del proprio passato. I Dodici Passi però indicano di non fare una semplice fotografia del passato, ma di metterlo in discussione. Il confronto all'interno del gruppo è essenziale, permettendo di sollevare problemi che all'interno della famiglia non possono essere sollevati, per non causare sofferenze al proprio congiunto. Si è portati a nascondere nel gruppo alcune parti del proprio passato che il soggetto ritiene disdicevoli. Il suggerimento di avere uno sponsor può aiutare a superare questa difficoltà. Lo sponsor può così fungere da io ausiliario. Si è portati alla ricerca di una captatio benevolentiae, per cui si dicono nel gruppo cose che si pensa facciano piacere agli altri membri. Si rischia, in questo modo, di costruirsi un futuro non aderente alla concretezza delle proprie aspirazioni e dei propri desideri. Grave errore è non parlare di un proprio autonomo progetto di vita, ma di un progetto di vita che si immagina corrisponda al progetto del proprio congiunto, partner, genitore, figlio o fratello.
Chiudo dando qualche cenno sui gruppi ALATIN, che è un'associazione di parenti e amici di alcolisti. ALATIN fa parte integrante di ALANON. Tutti i gruppi sono sponsorizzati da due membri, cioè da due soggetti maggiorenni ALANON.
I giovani si riuniscono dal 1957 in più di 3.000 gruppi ALATIN sparsi in circa 100 paesi nel mondo. In Italia i gruppi sono 75. I gruppi ALANON, per gli adulti, sono 30.000 nel mondo e 400 in Italia, dove operano da ventiquattro anni.
Quando parliamo di gruppo intendiamo riferirci a luoghi in senso fisico nei quali i membri dell'associazione si riuniscono da una a tre volte la settimana secondo le scelte che fa il gruppo stesso.
Il numero dei partecipanti varia da gruppo a gruppo, anche perché ogni membro è libero di partecipare alle riunioni sia del proprio come a quelle di altri gruppi.
Abbiamo un centro di ascolto centralizzato a Milano che è operativo dal lunedì al sabato dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 14:00 alle 18:00. In ALATIN, come in ALANON, non vi sono figure professionali. Per tradizione e per norma statutaria, i gruppi sono vincolati ad autofinanziarsi e non possono accettare contributi.
Noi non siamo i familiari di Alcolisti Anonimi, come erroneamente molto spesso siamo definiti. Capire questo è di fondamentale importanza. Per essere membri di ALANON o di ALATIN è sufficiente avere un parente o un amico, per il quale l'alcool sia divenuto un problema e quindi indipendentemente che il familiare frequenti Alcolisti Anonimi, che sia recuperato o meno. Ciò non toglie che ALANON e ALATIN e Alcolisti Anonimi, pur essendo assolutamente autonome e distinte e avendo scopi diversi, collaborino tra di loro tutte le volte che lo ritengono opportuno. Anche la tradizione dell'anonimato non serve solo a tutelare la privacy dell'alcolista, ma rappresenta anche un principio utile al buon andamento delle riunioni.
Chiudo citando un pensiero di Anne LADNERS, famosa giornalista che si è espressa in questo modo: prova ALATIN, impara cosa può fare un ragazzo per aiutare se stesso a superare i suoi sentimenti di odio per un genitore che non riesce a controllarsi quando beve.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «La costituzione di centri di documentazione è un'iniziativa che nasce dal basso, come la stragrande maggioranza delle altre in campo alcologico. E' ultimissimo e chiederei a Tiziana CODENOTTI trenta secondi di sintesi delle raccomandazioni fatte dalle organizzazioni non governative europee ai governi della regione europea sul coinvolgimento della famiglia. E poi anche una esperienza di Verona, così concludiamo.»

Dott.ssa Tiziana CODENOTTI:- «Vi presento questa esperienza di coordinamento di centri di documentazione sull'alcool e poi questo neonato sito web "Alcool on line". Intanto, mi sembra importante chiarire che cos'è un centro di documentazione perché molto spesso non si sa, non se ne conoscono le funzioni; un centro di documentazione è una strut-

tura che si occupa proprio dell'informazione, in quanto si dedica alla raccolta e quindi all'acquisizione e selezione di materiali e di dati informativi più in generale, del trattamento e della descrizione bibliografica e semantica, che sono operazioni che servono poi per il recupero dell'informazione e della disseminazione cartacea o automatizzata o in altre forme, per rendere accessibile l'informazione alle varie tipologie di utenti.
Quindi, i centri di documentazione, dato anche il ruolo chiave che l'informazione si è visto avere nelle azioni di promozione della salute, anche in ambito alcologico, hanno una funzione essenziale, però ci sono vari problemi legati all'utilizzazione reale e al potenziamento di questi centri.
Un problema relativo alle aree tematiche: le attività di documentazione in Italia sono prevalentemente legate a quella sulle droghe illegali, poco o niente esiste per esempio su altri tipi di dipendenza, anche legati più agli stili di vita. Penso per esempio al gioco d'azzardo: cercare documentazione in questo settore è molto difficile. Anche i centri di documentazione che dichiarano essere sulle dipendenze più in generale, se si va a vedere, noi abbiamo fatto anche una piccola indagine, hanno una documentazione in ambito alcologico minoritaria. C'è un problema di diffusione e collegamento, nel senso che le esperienze sono concentrate prevalentemente al Nord e al Centro Italia.
Questo forse non interessa tanto voi, però è una difficoltà il fatto che, per esempio, in Italia non c'è nessun riconoscimento della figura del bibliotecario documentarista, per cui nei centri di documentazione spesso lavorano persone che hanno tutt'altre professionalità, educatori professionali, psicologi, assistenti sociali e quant'altro e non soltanto dei centri sull'alcool, ma più in generale. C'è poi un problema di qualità dei servizi offerti, anche perché molto spesso non vengono utilizzati, nei centri, standard di catalogazione e questo poi si riflette sull'utenza, e infine c'è il problema del recupero dell'informazione e anche di avere dei prodotti che siano appunto di qualità. Questo si riflette ovviamente sulla visibilità dei centri che sono spesso poco visibili, sotto utilizzati, non si conoscono.
E' per questo che tali centri di documentazione che poi sono praticamente gli unici esistenti sull'alcool in Italia, hanno deciso di collegarsi in una rete informale, per lo meno in una prima fase, e questi sono appunto il Centro Studi Dipendenze del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL della Provincia di Bergamo, l'Associazione Italia, con sede a Padova, la Fondazione Istituto Andrea Devoto di Firenze, il gruppo Logos di Salerno e da qui è nato questo progetto chiamato Alcolnetwork.
L'obiettivo è prima di tutto iniziare a lavorare insieme e quindi scambiarci le esperienze e riflettere anche sul ruolo della documentazione in ambito alcologico, condividere le differenze di metodologia di lavoro, fino a realizzare una banca dati collettiva, svolgere una funzione di servizio e di documentazione verso tutte le realtà operanti nel campo dell'alcool e dei problemi alcol - correlati.
Tutti coloro che lavorano in questo settore producono del materiale, dei dati, delle informazioni che spesso non sono accessibili, l'abbiamo sentito dire più volte anche stamattina. Ecco, una rete di centri può costituire un supporto alla raccolta di questa documentazione e alla sua organizzazione e diffusione.
Quindi, ovviamente, il lavoro in rete vuole essere un qualcosa che ottimizza le risorse già esistenti, ne potenzia quelli che sono i punti di forza, nonostante un centro di documentazione deve avere un'informazione a 360 gradi e quindi non può fare una scelta di selezione dell'informazione da un punto di vista ideologico, però le esperienze di cui questi centri fanno parte, si riconoscono poi in quelli che sono gli indirizzi derivanti dalla Carta Europea sull'alcool e dai piani di azione collegati.
Le attività svolte. Ovviamente, la raccolta, la catalogazione del materiale alcologico prodotto anche dalle realtà italiane. Sarebbe interessante arrivare ad avere una banca dati italiana del materiale prodotto in ambito alcologico. Questo intanto i centri hanno iniziato a farlo, anche contattando direttamente i servizi. Questo è anche un invito a chi è qui presente e non fosse ancora entrato in contatto con la rete, a farlo. Il materiale può essere di varie tipologie, cioè molto spesso abbiamo un'idea di documento soltanto in

termini di relazione, o di documento alto, ma c'è anche materiale come opuscoli, progetti, relazioni, studi e ricerche, che può essere una fonte di informazione importante.
Attività di diffusione e produzione di materiale: e ciò si ricollega anche all'attività di disseminazione. Un'iniziativa è stata la pubblicazione in italiano del Piano d'Azione Europeo sull'alcool. Il sito web che poi dopo vi presenterò è un'altra cosa.
Realizzazione di incontri su tematiche specifiche: i centri spesso hanno anche una funzione organizzativa di promozione dell'informazione e poi un'altra funzione che ci sembra essere importante è la realizzazione di mappature su progetti attivi in campo alcologico e poi quella di essere uno strumento al fianco di altre realtà, che comunque si occupano di ricerca e informazione come gli Osservatori, i Dipartimenti delle Dipendenze e i servizi stessi; oltre che a entrare in contatto con le reti di biblioteche e i centri di documentazione esistenti e che probabilmente possono essere una risorsa anche per gli operatori in alcologia.
Le visite devono essere valutate nel corso del tempo, Alcolnetwork è una rete nata da qualche mese e quindi è recente; i risultati sono quelli di una maggiore diffusione dell'informazione, sia quantitativa, sia qualitativa sull'alcool, una maggiore visibilità e accessibilità della documentazione sul tema e poi si cerca il più possibile di fornire servizi di documentazione e formazione, che rispondano alle esigenze degli utenti e quindi servizi di informazione il più possibile personalizzati, anche in base ai bisogni informativi che di volta in volta le varie tipologie di utenti potranno esprimere.
La prima iniziativa concreta che abbiamo deciso di fare è stata quella proprio di pensare a un sito web sull'alcool, che sfruttasse le potenzialità offerte dalla rete Internet e che però molto spesso anche nei siti italiani non sono utilizzate, cioè quella dell'interattività e dell'aggiornamento. Il sito è stato realizzato con il supporto e il contributo del Comune di Firenze, del Progetto Città Sane e poi del Gruppo sull'alcool della rete nazionale delle Città Sane. L'obiettivo appunto è quello di rivolgersi prima di tutto agli operatori dell'alcologia, quindi è un sito che vuole avere una funzione di strumento e essere un supporto al lavoro quotidiano degli operatori, anche se sappiamo molto spesso si pensa alla rete Internet come una sorta di vetrina in cui presentarsi e ancora troppo poco ne vengono utilizzate le potenzialità.
Come è articolato il sito. Intanto, abbiamo scelto di approfondire un tema al mese, quindi ogni mese sarà presa una tematica di ambito alcologico e sarà fatto un approfondimento. Il primo tema, che inaugura questa serie, è Alcool e Guida.
Poi c'è una sezione Domande e Risposte sull'alcool, perché abbiamo pensato che, nonostante il target di utenza del sito voglia essere già a conoscenza delle problematiche, non si può prevedere chi accederà al sito e quindi abbiamo fatto una sezione di informazioni generali sul tema.
Poi ci sono le sezioni di approfondimento. Oltre a quella del tema del mese - i temi del mese saranno archiviati di volta in volta, per cui poi alla fine potremo avere un archivio di questi - c'è una sezione dei partner, che sono tutti coloro che hanno promosso a titoli diversi il sito, quindi vediamo l'Istituto Superiore di Sanità, il Comune di Firenze, il Gruppo Alcool della Rete delle Città Sane, Alcolnetwork e la Fondazione Devoto, e lì c'è l'accesso ai siti.
L'area interattiva invece è costituita da un forum di discussione, un calendario degli eventi che possono essere inviati, dai contatti e poi da una newsletter informativa.
Un'altra cosa molto importante è la banca dati, che vuole raccogliere progetti in campo alcologico e quindi vuole essere uno strumento consultabile in rete, di tutte le progettualità attualmente esistenti in campo alcologico.
L'osservatorio su Media alcool, è una sperimentazione che stiamo facendo, anche in collaborazione con il master in comunicazione sociale dell'Università di Firenze, e vuole essere uno spazio in cui di volta in volta si approfondiranno dei temi legati proprio all'informazione e alla comunicazione. Adesso, per esempio, e tra poco sarà in servizio in rete, stiamo facendo con loro un'analisi sul cinema e l'alcool.

Non c'è molto da concludere, se non dire che un sito ha un senso se è uno strumento vivo e non se è soltanto una vetrina. E' un invito a tutti intanto a utilizzarlo, a consultarlo e a farci avere osservazioni e suggerimenti, e anche i vostri progetti da inserire nella banca dati, che attualmente è in rete, ma è vuota, perché li stiamo iniziando a raccogliere e anche utilizzare uno spazio che crediamo sia importante, come quello del forum, proprio perché la discussione sia animata perché se su tutto il resto, cioè l'aggiornamento, possiamo essere noi come redazione che abbiamo un ruolo di stimolo, ovviamente la discussione su un forum on line ha un senso se è dibattuta da chi lavora nel settore e quindi vi invito a utilizzare questo strumento che nasce come un qualcosa che vuole essere un po' di tutti.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Le ultime due esperienze di Verona e del SERT di Rebibbia.»

Dott.ssa Federica BORTOLOTTI:- «Buongiorno, io sono Federica BORTOLOTTI dell'Istituto di Medicina Legale di Verona. Dato l'ambito in cui operiamo, cioè quello di un Istituto di Medicina Legale, il nostro approccio al problema dell'alcolismo è di tipo medico legale e in particolare si è concentrato sulla ricerca di un parametro oggettivo di diagnosi di abuso alcolico cronico; questa mattina abbiamo parlato dei problemi dell'alcool e dei problemi della dipendenza, ma non è mai stato tirato fuori in nessuna delle relazioni precedenti un elemento di diagnosi oggettiva.
Nella routine si utilizzano parametri che tutti voi conoscete, quali gli enzimi epatici o il volume corpuscolare medio, oppure si utilizzano questionari che non hanno niente di oggettivo. Sono stati proposti molti parametri biochimici, uno dei quali è stato anche nominato in altra relazione, le tetraidroisochinoline e attualmente il parametro più utilizzato e anche quello più accreditato per l'alta sensibilità e specificità è rappresentato dalla CDT, che è un acronimo per dire Carbohighdry-defficiencytransferring, che sta a indicare un gruppo di isoforme della transferrina, che è una proteina del sangue che trasporta il ferro, la cui concentrazione nel sangue risulta aumentata dopo l'assunzione per circa due settimane di più di 80 grammi di alcool al giorno e questo parametro va a ridursi dopo circa una settimana di astinenza. Dunque, vista la cinetica di comparsa, di aumento e di riduzione, questo parametro è molto utile sia per quanto riguarda la diagnosi di abuso alcolico sia, e questo mi pare rientri più nel tema della giornata, nel monitoraggio di eventuali recidive o nel monitoraggio di un programma di disintossicazione.
Ci sono molti metodi per determinare questa CDT, normalmente si utilizzano i metodi immunochimici; nel nostro laboratorio presso l'Istituto di Medicina Legale utilizziamo il metodo di conferma.
Attualmente lavoriamo con la Commissione Patenti di Verona e quindi andiamo a monitorare individui ai quali, per abuso alcolico, è stata ritirata la patente.
Voi capite bene che in questi casi non è sufficiente fare una diagnosi sulla base di questionari, sulla base di colloqui con assistenti sociali e con psicologi, è necessaria anche una diagnosi oggettiva di abuso alcolico, viste le gravi conseguenze che questo comporta per un soggetto, in questo caso amministrative, ma, in altri ambiti, possono essere penali o anche civili.»

Dott. Vincenzo GULINA:- «Sono Vincenzo GULINA, sono uno psicologo e psicoterapeuta e lavoro a Rebibbia. Insieme ad altri colleghi abbiamo costituito una équipe - se si parla poco di alcolismo, si parla ancora meno di alcolismo in carcere e questo mi sembra importante dirlo, perché bisogna lavorare su questo e forse una conferenza nazionale è importante appunto per ribadire questo discorso, è una cosa abbastanza giovane, c'è una ricerca in atto adesso, però non abbiamo dati, chiaramente, perché è una cosa molto difficile, che coinvolge tutti all'interno dell'ambiente carcerario ed è soprattutto l'aspetto istituzionale, la lentezza dell'istituzione che ci impedisce di fare una ricerca a breve termine.

Quello che abbiamo provato a fare è una cosa, se volete, un po' ambiziosa. Si tratta di un gruppo terapeutico per alcol - dipendenti: sono un terapeuta e il mio lavoro è supervisionato da una scuola riconosciuta che è quella della Gesthalt, la Società Italiana della Gesthalt di Roma; insieme alla dottoressa Corinne PROIETTI stiamo lavorando su dei gruppi terapeutici che hanno tutte quelle caratteristiche dei gruppi di terapia, però la cosa sostanziale è che si trova in carcere e quindi con tutte le difficoltà che questo implica. La selezione è una cosa molto difficile da fare in un gruppo terapeutico, è una cosa che si ripete sempre, in tutte le forme di tossicodipendenza, ma in carcere diventa molto più interessante la manipolazione dei soggetti che, per avere una custodia attenuata, molto spesso si fingono alcolisti o tossicodipendenti e questo è un problema nella selezione di un gruppo motivato a fare un lavoro terapeutico. Per questo noi agiamo, prima appunto di fare il gruppo, sui livelli motivazionali con dei colloqui motivazionali, divisi in diverse fasi, in diverse tappe, affinché si abbia la motivazione diretta se non addirittura l'azione vera e propria a un cambiamento del comportamento e allora una fase preliminare che è quella proprio della selezione del gruppo. Vediamo le caratteristiche e gli sviluppi del progetto. Il gruppo terapeutico è costituito nella prima fase di formazione, dove è necessario riconoscere la motivazione a entrare in questo gruppo e si riconoscono anche le persone all'interno del gruppo e emergono i leader e gli elementi che possono anche guidare il gruppo stesso attraverso la tolleranza degli elementi presenti nel gruppo. In questo caso vengono fuori le polarità: chi è motivato, chi è meno motivato, cui vuole lavorare, chi non vuole lavorare.

In questa fase viene fuori la selezione stessa del gruppo, cioè c'è chi entra e c'è chi esce. Quindi è necessario individuare queste linee di fuga all'interno del gruppo e mirare anche ai possibili ingressi in questo caso. Si viene a costituire un primo confine di gruppo.

In una seconda fase, la Gesthalt lavora molto sulla consapevolezza dei bisogni e delle situazioni affettive, sull'elemento gruppo e l'autostima all'interno del gruppo, autostima che vuol dire anche soddisfazione dei bisogni, cioè riconoscere quali sono le potenzialità dei singoli all'interno del gruppo.

Sono chiaramente degli input, non è possibile parlare qui in breve di cosa succede all'interno del gruppo perché si tratta di fasi stabilite; una cosa che non ho detto, ma è importante, è che si tratta di un gruppo terapeutico a breve termine, ha una durata di sei mesi e questo è importante trattandosi di dipendenze, però è un gruppo modulare e più tardi vedremo che vuol dire "modulare".

La terza fase è, una volta stabilite delle affinità all'interno del gruppo e anche l'affettività all'interno del gruppo, riconoscersi in un gruppo e quindi lavorare sull'autocura, gli elementi che sono più predisposti a curare altri elementi; di conseguenza questo diventa un momento importante che può portare altre persone a entrare all'interno di questo gruppo. Costituitosi questo gruppo come solido, a questo punto, è possibile che elementi esterni che andranno ad afferire ad altri gruppi terapeutici di questo genere possano entrare come meteore, per capire cosa succede in questi gruppi, così da essere ancora più motivati a costituire altri gruppi terapeutici.

L'ultima fase, molto importante, su cui bisogna lavorare, è proprio la fase della separazione dal gruppo. La dipendenza crea altre dipendenze, una dipendenza fortissima è proprio quella della dal gruppo. Si tratta di carcere, ve lo ricordo, quindi lavorare su questo vuol dire anche lavorare su aspetti di rete quindi su quello che succede all'esterno, su che cosa si può fare, su che cosa può fare una persona che sta in carcere e che magari è a fine pena e non sa dove sbattere la testa una volta che esce; quindi lavorare sulla separazione. Se volete, il termine indipendenza è un po' provocatorio, ma che cosa succede in questi casi? Bisogna comunque prevedere una ricaduta e quindi la possibilità che questi soggetti possano ricreare altri gruppi all'interno del carcere.

Possono emergere da questi gruppi dei leader, quindi delle persone che possono diventare elementi di cambiamento per altre persone e per altri gruppi. Abbiamo anche pre-

visto un progetto di rete ma, vi ripeto, questo è un progetto nuovo e quindi ci stiamo adeguando in qualche modo alle reti esistenti e, chiaramente, nel campo dell'alcolismo, ma delle tossicodipendenze in generale, abbiamo bisogno di capire che cosa c'è, che reti ci sono e in questo senso chiedo, chiaramente, anche la vostra collaborazione. Abbiamo pensato appunto ai SERT esterni, agli enti ausiliari e ai servizi territoriali.
E' chiaro, in questo ripeto quello che ha detto ieri il professor CANCRINI, che il carcere non è un ambiente terapeutico e su questo sono d'accordo.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Visto che abbiamo in qualche maniera affrontato un problema che tocca i giovani, e i giovani hanno una famiglia, le organizzazioni non governative europee hanno fatto uno studio commissionato dall'Unione Europea e hanno dato delle indicazioni che i Governi dovranno tenere presenti nella definizione delle loro politiche, dopo di che c'è la possibilità di inviare gli interventi e materiali chiocciola a "genovaduemila.it". Pregherei la dottoressa Tiziana di fare le conclusioni.»
Dott.ssa Tiziana:- «Questo è un rapporto che è stato fatto da due reti di organizzazioni non governative a livello europeo, una è l'EUROCARE, che si occupa di prevenzione dei problemi alcol - correlati e raccoglie organizzazioni di tutti i quindici paesi dell'Unione Europea, oltre ad altri anche al di fuori dell'Unione Europea e dal COFASE, che è la Confederazione delle organizzazioni che si interessa di famiglie all'interno dell'Unione Europea, e quindi è anche un buon esempio di cooperazione tra organizzazioni che si occupano anche di problemi diversi, che comunque si toccano.
Il rapporto è disponibile sia in versione cartacea, sia su Internet e quindi chiunque fosse interessato può andarselo a leggere. Ci sono due cose che, secondo me, sono importanti. Il rapporto dice che, se da un lato ci sono delle differenze a livello nazionale dei paesi che sono stati analizzati da questo rapporto, ci sono dall'altra parte due caratteristiche principali valide in senso generale per tutti i paesi.
La prima è la mancanza di attenzione a livello nazionale sugli aspetti dei problemi alcol - correlati legati alla famiglia, accompagnata anche da una mancanza di informazione e questo è stato sottolineato da molti anche durante la mattinata.
Il secondo aspetto che è valido un po' per tutta l'Unione Europea è l'incertezza su chi debba ricadere la responsabilità di aiutare i membri delle famiglie che soffrono per problemi alcol - correlati.
Il rapporto dice che ci sono probabilmente circa 7 milioni di minori che vivono con genitori con problemi alcol - correlati, quindi questo è un dato sicuramente importante.
Questo rapporto, alla fine dà delle indicazioni e delle raccomandazioni non solo ai governi, ma anche all'Unione Europea e alle organizzazioni non governative.
Vediamo se le raccomandazioni ai Governi possono essere contenute nel nostro documento finale della sessione. I governi nazionali dovrebbero prima di tutto creare migliori sistemi di ricerca e monitoraggio per avere informazioni più complete e affidabili, circa il contributo che l'alcool ha nei casi di problemi familiari, come divorzi, separazioni, abbandono e abuso di minori. Abbiamo sentito anche stamattina testimonianze su questo.
In secondo luogo, formulare e realizzare politiche nazionali coerenti per ridurre i problemi alcol - correlati, che dovrebbero fare esplicito riferimento ai problemi alcol - correlati all'interno dei contesti familiari. Poi dovrebbero fare in modo che i programmi educativi nazionali sull'alcool forniscano informazioni non soltanto sugli effetti dell'alcool sulla salute, ma anche sull'alcool come potenziale problema sociale e sui modi in cui può disgregare i rapporti sociali, specialmente quelli familiari. Quindi richiedere alle autorità dei servizi socio - sanitari locali, la predisposizione di piani e progetti per affrontare i problemi alcol - correlati e in particolare per fornire risposte ai bisogni dei membri delle famiglie, compresi i minori, quindi i bambini e gli adolescenti. Tali piani dovrebbero specificare il modo in cui è possibile utilizzare al meglio i servizi specialistici in campo alcologico, compresi quelli forniti dalle associazioni e dalle organizzazioni non governative.

Altra raccomandazione è fare in modo che le scuole e tutte le istituzioni che hanno contatti con i minori abbiano l'educazione e la formazione necessarie per identificare e supportare quei minori che vivono in famiglie con problemi alcol - correlati; fare in modo che sia istituita una linea telefonica gratuita per i minori, non proponendo una linea telefonica speciale dedicata ai figli di genitori con problemi alcol - correlati ma, laddove esistano delle linee telefoniche, quelle dedicate all'alcool dovrebbero essere in grado di gestire richieste da parte di minori, così come quelle generiche sia per adulti, sia per i minori, dovrebbero essere in grado di gestire le chiamate, le richieste di aiuto che riguardano problemi alcol - correlati. L'ultima raccomandazione è fare in modo che le istituzioni responsabili dell'educazione e della formazione degli operatori sociali e degli altri professionisti che lavorano a contatto con minori e famiglie, ricevano di nuovo un'educazione e una formazione adeguata sui problemi alcol - correlati, sulle metodologie di intervento e sui bisogni espressi dai membri delle famiglie.
Il collegamento con il tema di oggi, Alcool e Giovani è anche che, rispetto a questo rapporto, la rete europea dell'Eurocare sarà presente anche alla conferenza di Stoccolma su Alcool e Giovanni che è stata presentata anche stamattina, quella che si terrà a febbraio, proprio per gestire la sessione dedicata alla famiglia.»

Dott. Franco MARCOMINI:- «Ringrazio e invito ancora a essere presenti al gruppo delle conclusioni, tenendo conto di queste raccomandazioni e anche di un contributo che non stiamo qui a leggere, ma che eventualmente possiamo mettere su Internet, di uno dei due ragazzi che hanno rappresentato l'Italia alla conferenza della settimana scorsa di Stoccolma sui Giovani e l'alcool in Europa e che è stato selezionato tra il numero delle persone che parteciperanno alla conferenza intergovernativa di Stoccolma dal 18 al 20 di febbraio.»

VALUTAZIONE DEI TRATTAMENTI E DELLE PREVENZIONI

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Mi dispiace, ci sono delle persone fuori. Purtroppo, la sala che ci hanno dato è questa e non credo che possiamo fare di più. Mi sembra che stiano mettendo delle sedie e hanno detto che avrebbero messo degli altoparlanti fuori. La sessione è breve e gli interventi sono molti. Sono previste otto relazioni e sei richieste di intervento. Il dottor PANI farà la relazione introduttiva, che dovrebbe di inquadramento generale.
La sessione, come sapete, è centrata sulla valutazione dei trattamenti e delle prevenzioni e darei subito la parola al dottor PANI, responsabile del SERT della ASL 8 di Cagliari, che ci parlerà de "Lo stato dell'arte e le prospettive della valutazione in Italia".»

Dott. Pier Paolo PANI:- «Farei subito vedere la prima diapositiva. Quello che succede in Italia è che finalmente trova posto anche la evidence based practice, cioè vuol dire che anche nel campo delle tossicodipendenze si può cominciare a ragionare in termini di che cosa funziona, quando funziona, di priorità di scelta, sulla base della dimostrata efficacia degli interventi o dei trattamenti disponibili.
Vediamo la successiva che riguarda un problema che non è solo delle tossicodipendenze, ma è un problema generale della medicina. E' un articolo di un anno fa circa, comparso sul British Medical Journal, che propone sette alternative storiche, alla evidence based medicine. C'è la medicina basata anche sull'eminenza, sulla veemenza, sull'eloquenza, sulla provvidenza e questa viene misurata con l'angolo di genuflessione, perché gli autori dell'articolo propongono anche gli strumenti di misura. E' un articolo curioso. E' la medicina come un team a utilizzare queste alternative alla evidenza scientifica e queste fanno comunque parte della medicina ed è per questo che la medicina è una scienza, ma è anche un'arte.
Nel campo specifico delle tossicodipendenze, devo dire che, come peraltro nel resto della medicina, ci aspettiamo che la parte rappresentata dall'evidenza scientifica sia sempre maggiore. E' ovvio che comunque a tutt'oggi, e probabilmente sempre, avremo degli aspetti sui quali le evidenze non ci sono o sono deboli, sono assenti, non abbiamo strumenti o cose efficaci e in quel caso comunque operiamo e ci appoggiamo a strumenti come questi, alcuni sono più etici, altri lo sono meno, o a strumenti che provengono da orientamenti teorici, da orientamenti metodologici di non provata efficacia.
Negli ultimi anni, abbiamo anche delle ricerche di carattere nazionale, questa è una novità in Italia. Per lunghi anni la Società delle tossicodipendenze è cominciata trent'anni fa e cose di questo genere si vedono soltanto negli ultimi anni. Abbiamo, sempre per

quanto riguarda la misurazione del fenomeno, ricerche di carattere epidemiologico, di incidenza, di prevalenza, progetti come l'ESPAT, l'ESEDRA, studi di efficacia degli interventi come la multicentrica brenorfina, progetti in corso di attuazione sulla qualità dei servizi, sui costi dei servizi, progetti interregionali: abbiamo una base per sperare in un futuro, come dire, più al passo coi tempi.
Nel '99, questa diapositiva è tratta dalla relazione annuale al Parlamento, abbiamo praticamente 75 gruppi di ricerca italiani che hanno pubblicato su riviste internazionali sul tema della tossicodipendenza. Anche questa è una cosa bella, che ci fa pensare che siamo sulla strada giusta, anche se - e vediamo la successiva diapositiva - andando a verificare qual è il peso degli articoli italiani pubblicati su riviste internazionali, la situazione è un po' questa: prendendo tre riviste del settore, tra le più accreditate, dalla DRUG DEPENDANCE, ADDICTION, JOURNAL OF SUBSTANCE ABUSE TREATMENT, la percentuale di articoli italiani è praticamente dell'uno per cento, in un mercato che per il resto è saturato dal mondo anglosassone, dal quale dipendiamo completamente nel campo della produzione scientifica, particolarmente nel nostro settore e anche in altri settori. Una volta che ci imbarca in questo ambito della valutazione, della sperimentazione, uno dei rischi più facili è che si promuova lo sperimentalismo acritico, cioè ciascuno a casa sua pensa, nel suo piccolo, di volere verificare il suo lavoro, diventa un piccolo sperimentatore, praticamente come se niente ci fosse stato prima, partendo da zero, come se fosse tutto da valutare, tutto da verificare.
Solitamente uno si muove alla ricerca della conferma delle sue convinzioni, delle sue sicurezze, del suo pregiudizio. Questa è una cosa da evitare; prima di cominciare una ricerca, una sperimentazione, è necessario formarsi un'idea sulle evidenze che ci sono, cioè rivolgersi alla letteratura scientifica sull'argomento. La letteratura scientifica è ricca già di conferme, è ricca già di evidenze e queste vanno valorizzate, cioè la ricerca o la valutazione, anche quella più ingenua, non è priva di conseguenze per i pazienti, per l'opinione pubblica, per gli operatori.
Sull'efficacia degli interventi, oltre a tanti dubbi, esiste anche qualche certezza. Considerando i trattamenti più classici, il metadone a mantenimento, la comunità terapeutica e il trattamento ambulatoriale drug - free, che cosa possiamo dire? Ogni tipo di trattamento, fra quelli studiati, garantisce risultati superiori rispetto all'assenza di trattamento, sia durante il trattamento, sia dopo la sua conclusione. Gli effetti tendono a essere meno evidenti col passare del tempo, dopo l'interruzione dello stesso. Questo vale per tutti e tre questi trattamenti.
Il metadone è efficace? C'è un problema di tempo e quindi dico "sì" e basta. E' un farmaco studiatissimo. L'efficacia è dimostrata in termini di sopravvivenza, in termini di risultati sul piano sanitario, sociale. La comunità terapeutica è efficace? Sì, durante il periodo di permanenza in comunità, i pazienti interrompono l'uso delle sostanze da abuso e altri comportamenti criminali. A conclusione del programma, l'uso di sostanze e i comportamenti criminali sono ridotti rispetto al periodo antecedente l'ammissione, mentre la produttività sociale è aumentata. E così via, il fattore predittivo di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza; la comunità ha un problema, la ritenzione è tipicamente bassa, decisamente inferiore a quella dei programmi di mantenimento con metadone, ma superiore a quella dei programmi drug -free ambulatoriali. Questi sono programmi che prevedono una rapida disintossicazione e un trattamento di tipo prevalentemente psico - sociale in ambulatorio. E' efficace? Sì, i pazienti durante e dopo il trattamento manifestano un comportamento migliore rispetto a prima dell'inizio dello stesso. I pazienti ammessi al programma ottengono risultati migliori rispetto a quelli che hanno chiesto l'ammissione, ma non hanno cominciato il programma. Il fattore di maggior peso è la lunghezza del periodo di permanenza. La ritenzione è minore rispetto sia ai programmi di mantenimento con metadone, sia alle comunità terapeutiche.
In termini di impatto sulla salute pubblica questo della ritenzione, della permanenza in terapia è un elemento fondamentale. Tutti i più grandi studi con corti voluminose, negli

Stati Uniti, hanno evidenziato che il fattore tempo è un fattore predittivo molto forte dell'efficacia della riuscita del trattamento.
Se il trattamento con metadone da solo funziona, è meglio di niente, il trattamento psico - sociale aggiunto a quello con metadone funziona ancora di più. Scusate la semplificazione ma il tempo è quello che è e comunque devo richiamare alcune cose fondamentali soltanto.
I costi. Curare i tossicodipendenti conviene? Sì. I costi imposti dall'attività criminale dei dipendenti da sostanze, per le vittime, per il sistema giudiziario, per la perdita di produttività vengono sostanzialmente ridotti dal trattamento. In America si hanno 7 dollari risparmiati per il sistema giudiziario, eccetera, per ogni dollaro investito in cura, in trattamento. Vediamo i costi dei diversi programmi. Quanto costa il tossicodipendente per la strada? In America costa circa 40.000 dollari all'anno alla società per tutto quello che fa, prevalentemente per le attività di polizia, problemi di sicurezza, furti e spese dirette per l'eroina. In carcere quanto costa? Un po' di meno, 35.000 dollari, che sono le spese vive per tenere in carcere un paziente. In comunità terapeutica quanto costa? Mah, facciamo sui 15.000 dollari all'anno. In un programma di mantenimento con metadone quanto costa? Sui 5/6.000 dollari all'anno. Quindi, curare un tossicodipendente conviene. Si spende molto meno di quella che costa lasciarlo per la strada e tenerlo in carcere. Quindi questa sono delle cose che sappiamo e sulle quali si può continuare a investigare e indagare, sono delle cose acquisite.
Il clinico, in realtà, vorrebbe sapere di più di quello che ho detto. Noi non vogliamo soltanto sapere se in generale un trattamento funziona, ma anche qual è il trattamento migliore per ogni singolo individuo.
La successiva diapositiva. Qui abbiamo una quantità di variabili che vanno considerate per andare a verificare quale sia il risultato di un trattamento in ogni singolo paziente. Il fatto intanto che i soggetti sono tutti diversi l'uno dall'altro per variabili sociali, demografiche, cliniche: alcuni hanno la doppia diagnosi, altri non ce l'hanno, alcuni dipendono da una sostanza, altri da un'altra e così via. I programmi non sono tutti uguali, sono tutti diversi intanto per la filosofia del trattamento. Parlo di programmi anche all'interno di una semplice categoria, i SERT, per esempio, le comunità terapeutiche e così via. I servizi offerti da ogni programma di cura sono diversi, differenziati, c'è chi dà anche lo psichiatra e chi non ce l'ha, c'è chi ha il sociologo e chi non ce l'ha, c'è chi ha uno psicologo e chi ne ha dieci. I risultati, ovviamente, li vogliamo parametrare non solo, per esempio, sull'uso o no di sostanze, ma anche su numerose altre variabili, anche su quelle che sono più distanti, la mortalità oppure la qualità della vita e così via. Su tutto questo c'è molto spazio per andare avanti e per continuare a investigare.
C'è un problema di programmazione da questo punto di vista, sul che cosa sappiamo e che cosa invece vorremmo sapere e questo ci serve per lavorare meglio e con maggiore competenza cioè per cercare evidenze. La programmazione sanitaria, nell'ambito della tossicodipendenza, richiede la valutazione della migliore utilizzazione delle risorse o trattamenti disponibili. Una valutazione efficiente deve indirizzarsi verso quelle aree per le quali le evidenze scientifiche sono assenti, sono deboli o sono contraddittorie; siccome le risorse, i soldi che abbiamo non sono infiniti, anche noi, come Italia, dobbiamo decidere un po' quali sono le priorità per quanto riguarda l'aspetto di valutazione e ricerca.
Vediamo adesso gli aspetti rilevanti, gli studi che mirino alla stima quantitativa e qualitativa del fenomeno, le ricerche sui fattori predisponenti l'uso e l'abuso e sugli effetti delle sostanze, la valutazione dell'efficacia degli interventi.
Che cosa, a mio avviso, sarebbe importante fare, in che strada muoversi? Il monitoraggio del fenomeno è un aspetto fondamentale, costituisce l'ossatura, lo scheletro per una quantità di altri programmi di valutazione successivi. Noi vogliamo sapere e monitorare la distribuzione geografica e temporale, come le cose cambiano da una zona all'altra, come le cose cambiano nel tempo in termini di uso, di abuso di sostanze, in termini di

fattori di rischio, in termini di disponibilità di risorse, in servizi, trattamenti e così via.
Gli interventi e i trattamenti. Fondamentale è la valutazione dell'efficacia dei nuovi farmaci. Questo è un ambito che in Italia è negletto. Mentre per alcune aree, come la dipendenza da oppiacei, abbiamo dei trattamenti farmacologici efficaci, lo stesso non possiamo dire ad esempio per l'alcool, per la cocaina, per la nicotina. Eppure ci sono dei farmaci che a livello preclinico hanno dimostrato la loro efficacia, che si affacciano alla clinica e ci sono già anche dei trial. L'Italia è fuori da questo sistema. C'è stata una esperienza con la brenorfina, ha dato speranza però di fatto, da questo punto di vista, dipendiamo completamente dall'estero, anche se parte di questi farmaci sono stati studiati e messi a punto in Italia. A un certo punto dobbiamo cedere il brevetto agli stranieri.
Per quanto riguarda la differenziazione degli interventi e la necessità di andare a verificare sul campo non soltanto l'efficacia teorica, quella che viene fuori dagli studi in doppio check o randomizzati, ma anche quella che è proprio il risultato dell'applicazione di un determinato intervento o trattamento a una determinata realtà.
La prevenzione è un campo che è refrattario alla valutazione: c'è sicuramente la prevenzione generale, quella che si esplica attraverso la promozione della salute generale della popolazione, poi la promozione dell'inserimento sociale, dell'equilibrio psicofisico, lavorativo. Un altro ambito della prevenzione, quella più specifica, sia primaria che secondaria e terziaria, sull'abuso, sulla dipendenza, almeno meriterebbe una valutazione attenta, per lo meno per quelli che sono i più grossi filoni esistenti in Italia. All'estero, per esempio, interventi di prevenzione mirati per esercitare i giovani a resistere alla pressione dei pari rispetto all'uso di nicotina, si sono dimostrati efficaci.
Questo è un aspetto che dovrebbe farci capire anche che noi dovremmo cominciare a valutare interventi di prevenzione, perché un sacco di soldi se ne vanno lì e non si sa alla fine se sono stati spesi bene o male, al di là delle buone intenzioni di partenza.
Formazione. Dobbiamo entrare nella cultura della valutazione. Esiste una frattura fra quello che è il livello dell'evidenza scientifica e la pratica clinica corrente, la percezione generale degli operatori sulle tossicodipendenze. Ci comportiamo come fossimo tutti quanti degli ignoranti, e continuiamo ciascuno ad autoconvincerci del nostro proprio pregiudizio, della nostra idea di partenza sulla tossicodipendenza e costantemente ci dimentichiamo che siamo sommersi di letteratura sull'argomento. La formazione deve tenere conto di questo, cioè, se vogliamo migliorare la qualità - voglio dirlo in termini corporativi o sindacali - se vogliamo che il nostro ambito professionale goda di un certo prestigio e rispetto, dobbiamo dimostrare di sapere quello che oggi funziona e utilizzarlo. Dovremmo saperlo anche perché così il paziente gioverebbe quest'anno di un intervento che viene fatto da un'altra parte, e non fra dieci anni, quando finalmente avremo superato i pregiudizi sull'argomento.
Che cosa serve, secondo me, in Italia? Una struttura di coordinamento a carattere nazionale che si occupi di promozione e indirizzo della ricerca, finanziamento della ricerca e della valutazione, correzione delle procedure amministrative, superamento dei vincoli istituzionali e lentezze burocratiche; nell'ambito delle tossicodipendenze fare ricerca e valutazione è complicato, quando in più si tratta di trattamenti, per esempio, farmacologici, è ancora più complicato perché, oltre alla legislazione che deve rispettare qualunque ricercatore, c'è anche quella che riguarda specificamente lo stupefacente e il buon uso del farmaco stupefacente.
Questo vale per ogni tipo di ricerca in questo ambito. I vincoli sono numerosi. Probabilmente la stragrande maggioranza di questi vincoli è legittima e va rispettata, però, poiché talvolta questi vincoli bisticciano fra di loro, è difficile alla fine trovare una strada che ci permetta di operare in una direzione sensata.
Allora, che cosa ci vuole? Ci vuole appunto la possibilità di tracciare dei percorsi amministravi, dei percorsi procedurali che diano dei tempi abbastanza sicuri. Attualmente, chi vuole fare ricerca clinica nel campo delle tossicodipendenze sta andando in Australia. In Australia i tempi sono facili, si fa in fretta, ci vogliono mesi e non ci vogliono anni come

qui, perché qui bisogna fare la domanda al Ministero della Sanità, dell'Interno, degli Affari Sociali, a molti uffici diversi. Ciascuno ha le sue competenze, per carità, e segue una sua linea, non c'è un percorso già tracciato, quello è fondamentale.
Oggi, la ricerca è appetibile anche per i privati, anche le aziende investono e ci guadagnano ma, come dire, danno lavoro pure quelli.
L'Italia è fuori da questo circuito. Per entrarci, ci vuole, secondo me, una struttura di questo genere, che abbia questa funzione e che incoraggi la collaborazione; negli Stati Uniti i SERT sono molti di meno rispetto all'Italia, non capillarizzati, quindi per certi versi noi siamo molto più avanti di loro sul piano della salute pubblica, però, negli Stati Uniti si fanno regolarmente delle ricerche multicentriche cliniche nelle quali gli operatori sono coinvolti direttamente, perché esistono strutture come la NAIVA, che ha un compito istituzionale, quello di promuovere la ricerca, la valutazione e la formazione nel campo delle tossicodipendenze. Su questo c'è un'eccessiva frammentazione in Italia.
Tutte le strutture che abbiamo, hanno una potenzialità notevolissima. Siamo l'unico Paese al mondo, mi risulta, che ha una struttura così capillarizzata di servizi e di assistenza per le tossicodipendenze, SERT, privato sociale, una rete veramente che è la base per ogni tipo di valutazione e invece tutto questo qui non esiste perché anche i SERT sono fuori, e lo stesso vale anche per le comunità, da un circuito valutativo vero. La ricerca non esiste e invece dovrebbe essere un compito istituzionale, che valorizza le risorse e che sfrutta anche le opportunità. Questo è un dovere morale: abbiamo fatto questa cosa qui, possiamo pensare anche a qualcosa di meglio.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Il prossimo intervento è del dottor FAGGIANO, professore associato al dipartimento di Sanità pubblica dell'Università di Torino, che ci racconta come "Promuovere l'efficacia nella prevenzione e nel trattamento della dipendenza patologica".»

Dott. Fabrizio FAGGIANO:- «Ci sono due elementi che vorrei affrontare all'inizio, cioè il ruolo della teoria e dell'esperienza nella scelta di trattamenti, per poi arrivare a discutere il ruolo dell'efficacia che in qualche modo è stato discusso da Pier Paolo e per arrivare anch'io a dare delle raccomandazioni finali.
Credo che sia importante in questa fase cercare di ragionare su questo tipo di cose. Innanzi tutto comincio con un esempio. Credo che sia molto utile nel nostro settore cercare di in qualche modo di utilizzare casi che sono stati affrontati in altri settori. Questo è il caso del betacarotene, che è molto interessante. Nell'81, è uscito un articolo sul ruolo del betacarotene nella dieta come elemento di prevenzione dei tumori in generale e in particolare del polmone, scritto da due autori assolutamente al di sopra di ogni sospetto che sono DOLE e PITO. DOLE è stato quello che ha inventato, sostanzialmente, l'epidemiologia moderna, in cui si ipotizzava che questi alimenti, questo a partire da studi sugli alimenti, contenenti il betacarotene retinolo, fossero utili contro il cancro, con dei rischi relativi alti, cioè chi ne consumava pochi aveva tre volte il rischio di cancro rispetto a chi ne consumava tanti e gli autori suggerivano, sono persone di grande intelligenza e competenza, di studiare l'efficacia attraverso degli studi randomizzati.
Tutto questo era supportato da un mucchio di evidenze, tutto andava in questa direzione, tutti gli studi erano concordi in questo, addirittura andando a misurare il livello ematico di betacarotene, che era in relazione con il rischio di cancro; in vitro il betacarotene riusciva a fermare le cellule cancerizzate. Il betacarotene aveva una teoria alla sua base perché è un potente antiossidante, quindi esisteva una forte teoria sul fatto che il betacarotene fosse utile.
Non solo, nei primi anni '90, il betacarotene è presente in tutti gli integratori vitaminici. Se andate al supermercato oggi, troverete un mucchio di integratori che hanno vitamina C, vitamina E e betacarotene. Ciò è avvenuto sulla base di quelle ricerche, prima il betacarotene non c'era.

Sono stati fatti, sullo stimolo di questi studi, di questo lavoro su SCIENCE, due grossi trial. Il primo è un trial fatto in Finlandia, in cui sono stati coinvolti 29.000 soggetti al alto rischio, fumatori, divisi in quattro gruppi, placebo, betacarotene, alfatocoferolo e betacarotene più alfatocoferolo, seguiti per cinque/otto anni. Negli Stati Uniti, nel '92, è partito un altro studio, con 18.000 soggetti, con più o meno lo stesso disegno, l'obiettivo era andare a misurare l'efficacia dei supplementi di betacarotene.
Questo è un grafico che presenta l'incidenza di cancro del polmone a partire dall'anno di inizio dello studio: nella riga in alto ci sono quelli che usano betacarotene, nella riga in basso, quelli che non usano betacarotene. Vedete che strano, ci si aspettava esattamente l'opposto.
Eppure questi due studi hanno fatto enormemente parlare. C'è stata una grossa discussione etica, perché il primo studio che ha scoperto, che è stato quello finlandese, questo effetto, ha proposto di bloccare l'altro studio e l'altro studio ha deciso di non bloccarlo, ha deciso di scrivere una lettera a tutti i partecipanti dicendo, guardate che abbiamo scoperto che è possibile che sia cancerogeno però, secondo noi, potrebbe valere la pena di andare ancora avanti.
Oggi sappiamo che gli integratori dietetici, questo vale per molti altri, non solo per il betacarotene, gonfiano le tasche dell'industria e uccidono chi li usa, perché il rischio relativo era di 1:8 cioè c'era l'80 per cento in più di probabilità di avere un cancro del polmone usando betacarotene rispetto a non usando.
Quindi, quello che vorrei dire è che bisogna stare molto attenti alle teorie.
La prova dell'efficacia è un elemento che dobbiamo utilizzare insieme alle teorie soprattutto per gli interventi preventivi. Gli interventi preventivi sono interventi in cui abbiamo l'imperativo etico del non maleficio. Quando facciamo un intervento preventivo, dobbiamo essere certi, per lo meno, che non faccia male. Se poi fa bene o non fa bene, non è fondamentale, la cosa essenziale è che non faccia male e abbiamo visto e non c'è solo questo esempio, ma ce ne sono molti altri. Questa è una prima conclusione che vorrei fare: la teoria non sempre è una buona guida per la scelta degli interventi.
L'esperienza è il secondo grande criterio con cui noi scegliamo i trattamenti e gli interventi. La tossicodipendenza è una patologia caratterizzata da una rarità degli esiti. Noi sappiamo, dalla letteratura internazionale, dalle grosse meta analisi, che più o meno abbiamo un tasso di guarigione che è intorno all'uno per cento, cioè una persona fra cento tossicodipendenti guarisce in modo definitivo, diciamo guarisce, scusatemi l'uso della parola rozza, ma è solo per non entrare nel dettaglio di come fare a misurarlo. La mortalità è più o meno dell'uno per cento, che è altissima perché è l'uno per cento della mortalità della popolazione totale, compresi gli anziani, comunque è più o meno dell'uno per cento.
I trattamenti che abbiamo a disposizione, quelli di cui ci ha parlato Pier Paolo PANI prima, sono di media efficacia, non abbiamo nessun trattamento rivoluzionario, non c'è nulla che guarisce con un rischio relativo infinito nel cento per cento dei casi, ma abbiamo delle riduzioni della mortalità, con un rischio relativo, di 0,5, cioè un dimezzamento o abbiamo un raddoppio della probabilità di guarigione, a essere ottimisti, a usare soltanto i risultati più alti degli studi.
Questo vuol dire che se sono un operatore, anche di un grosso SERT, tendenzialmente, fra i soggetti che tratto correttamente, vedo più o meno 1,5 casi guariti ogni anno. Non li vedo, in realtà, subito, dato che la guarigione è il non uso di sostanze per molti anni. Quindi, il numero di soggetti che realmente posso definire come guariti su cento soggetti sono molto pochi e io, operatore, ne vedo pochissimi, li vedo in modo molto raro, così come sono rarissimi i decessi. Se parlate con gli operatori, vi diranno che i tossicodipendenti muoiono rarissimamente di overdose. E' ovvio, ogni operatore vede dai 20 ai 50 casi, se è un operatore che lavora molto. Questo vuol dire che un decesso per overdose lo vedrà tendenzialmente ogni quattro anni, fra i propri pazienti. Il problema è che tutto questo succede anche quando siamo di fronte a dei soggetti trattati male. Un sog-

getto non trattato, cioè trattato male, sostanzialmente è come se non facesse nessun trattamento; in questo caso mi aspetterei non più un guarito e mezzo all'anno ma, queste sono le regole, 0,75 guariti all'anno e comunque ho anche delle "guarigioni" fra i trattati male e avrò un po' di più di decessi per overdose ogni anno. Quindi, anche fra i non trattati vedo più o meno le stesse cose.
Il bravo operatore non è in grado di discernere fra questi due quadri, non è in grado di capire se un trattamento funziona meglio di un altro. Quindi l'esperienza non è una buona guida per la scelta degli interventi.
Ora, siccome le teorie eziopatogenetiche sono fallaci, in più non sono condivise, se noi chiedessimo in questa sala a ognuno qual è la propria teoria sulla tossicodipendenza avremmo, credo che ci siano settanta persone, settanta teorie diverse.
L'esperienza è insufficiente, se non è elaborata e qualche volta è fallace. David SACKET, che è un grande clinico epidemiologo inglese, dice che l'esperienza è influenzata dall'ultimo paziente. Se l'ultimo paziente, quello che hai fatto ieri, è andato bene, allora tendenzialmente credi che il trattamento che hai fatto all'ultimo paziente sia andato bene.
Non parlerò dei fattori ideologici, dei regolamenti, che sono molto spesso dei fattori che ci fanno scegliere dei trattamenti, però tutto questo porta al fatto che tendenzialmente abbiamo una situazione di fragilità nei criteri di scelta dei trattamenti in Italia.
Vediamo le conseguenze. Ci sono Regioni in cui il 77% cento dei soggetti sono trattati con metadone, contro altre in cui c'è il 28 per cento. Non ci sono differenze fra popolazioni così grandi, da spiegare queste differenze. Questa è la differenza nei trattamenti di comunità: 22 contro 2. Se andiamo a vedere dentro le Regioni, non solo fra le Regioni, questi sono dati piemontesi, la variabilità è ancora più alta, quindi non sono venti i modi diversi di trattare, sono 550.
Quali sono le alternative? Pier Paolo PANI ci ha già anticipato che una possibile alternativa è l'uso della ricerca scientifica per supportare l'esperienza della teoria, nella scelta degli interventi più utili per raggiungere obiettivi specifici. Questo si chiama evidence based medicine.
Ora, che cosa potremmo fare se siamo d'accordo nel promuoverne l'efficacia in Italia? Innanzi tutto potremmo contribuire a produrre evidenze, possibilmente utili a tutta la comunità scientifica internazionale, cioè evidenze che siano pubblicabili, utilizzabili da altri. Possiamo rendere utilizzabili le evidenze fatte da altri, cioè fare delle revisioni sistematiche, sintetizzare le evidenze disponibili. Possiamo promuovere l'uso dell'efficacia nella pratica del trattamento e della prevenzione.
Provo a entrare nel dettaglio di queste cose. Pier Paolo PANI ci ha già parlato degli studi randomizzati e controllati fatti in Italia. Gli studi di RCT rispondono a quesiti molto specifici, è più utile la buprenorfina o il metadone in relazione ad obiettivi di reintegrazione sociale oppure possiamo lavorare dentro progetti, grandi progetti di ricerca come quello di VEDETTE, che ha degli obiettivi più complessi, cioè non solo valutare il singolo elemento ma anche valutare le associazioni, i programmi terapeutici, il ruolo di scelte organizzative? E' utile anche, per esempio, per studiare la storia naturale, per sorvegliare il fenomeno, è utile per essere parassitato da altri obiettivi di ricerca.
A che punto siamo oggi con VEDETTE? Sono contento di dirlo perché proprio oggi, è uscita la prima monografia di VEDETTE, in cui si presenta sostanzialmente soltanto lo stato dell'arte; oggi noi abbiamo arruolato 12.378 utenti che sono un campione abbastanza casuale di un 10 per cento di tutti gli utenti italiani, nel 2001 comincerà il follow - up di mortalità e nel secondo semestre del 2001 cominceremo ad avere finalmente dei risultati.
La distribuzione degli utenti che sono reclutati è molto omogenea a livello nazionale e coprono il 10 per cento di tutti gli utenti italiani. Oggi possiamo dire che è la seconda coorte nazionale per dimensioni, dopo quella di DATOS. Ricordate, DATOS è quella che ha preso l'eredità di DARP, su cui sono basati tanti dei lavori che oggi leggiamo negli articoli scientifici, è molto superiore allo studio inglese che è intorno ai mille arruolati e

soprattutto ha un maggiore dettaglio sui trattamenti. Il grosso sforzo che hanno fatto gli operatori a raccogliere i trattamenti sarà estremamente utile per valutare in modo dettagliato i trattamenti.
Non solo, ma nel 2000 sono stati anche finanziati due progetti, il primo è l'Uno bis, lo chiamiamo così, non abbiamo ancora trovato un nome definitivo, che trasforma lo studio VEDETTE in una coorte permanente, offrendo a tutte le Regioni partecipanti un supporto di borsisti; il secondo è VEDETTE DUE, che sostanzialmente, per valutare, uso di sostanze, riabilitazione sociale e morbosità, effettua un follow -up attivo di un campione di utenti, con l'obiettivo di dare un minor peso possibile agli operatori e la massima rispondenza possibile al termine.
Stiamo contribuendo alla produzione di revisioni sistematiche. In Italia abbiamo, ed è di nuovo con orgoglio che lo dico, la base di uno del gruppo COCHRANE su alcool e droga; la base è presso l'agenzia per i servizi di Sanità pubblica e questi sono gli italiani che lavorano in questa grossa collaborazione internazionale. Abbiamo un coordinator, due editor, molti revisori, sette referee italiani.
Questa è la lista delle rassegne già uscite, vi faccio vedere rapidamente alcune meta analisi: questa è una meta analisi su naltrexone più terapia comportamentale contro una terapia solo comportamentale nel rischio di carcere. Vedete che è nettamente più efficace il naltrexone, con un rischio relativo. Se noi avessimo questa cosa sull'Asse Uno non ci sarebbero differenze: questo vuol dire che c'è una protezione intorno al 50%, cioè una riduzione del 50% del rischio.
Vediamo l'uso della clonidina nella disintossicazione. Rispetto al metadone, la clonidica e altri alfadue agonisti adreneuci, rispetto alla disintossicazione a scalare con metadone, è nettamente più significativa, è più efficace. Il naltrexone, per gli alcolisti, ha una netta riduzione delle ricadute, quindi è comunque un elemento estremamente importante, perché abbiamo un rischio relativo intorno a uno 0,5.
Abbiamo detto che stiamo in qualche modo cominciando a collaborare. Che cosa fare per promuovere l'efficacia? Per inserire il criterio dell'efficacia stabilmente fra i criteri di scelta di intervento? Credo che possiamo avere due tipi di strategie. Una strategia, diciamo così, a livello di micro sistema. Questi sono solo esempi, non sono proposte strutturate. Una prima cosa, e questa è l'esperienza di VEDETTE, è coinvolgere operatori in progetti di ricerca e di revisione, adeguare le strutture. E' fondamentale, se vogliamo andare verso una situazione evidence based, avere a disposizione biblioteche, collegamenti a banche dati, iniziative promozionali, journal club, mini conferenze ed interviste. I journal club sono delle cose che, negli Stati Uniti e nei paesi anglosassoni, si fanno settimanalmente o addirittura, alcune volte, giornalmente; ci sono persone che raccontano la lettura di articoli ai propri colleghi. Formazione all'efficacia, azione di bench making significano sostanzialmente sedersi intorno a un tavolo e dire "io ho fatto così, che bello, lo faccio anch'io".
Credo che sia importante che il macro sistema cominci a muoversi su questo; credo che l'efficacia dovrebbe entrare fortemente come criterio di accreditamento di eccellenza dei servizi.
Penso che oggi, per il nuovo Piano Sanitario 2001/2003, sia essenziale che ci siano obiettivi in relazione a un miglioramento della formazione e dell'uso dell'efficacia nei servizi, forse addirittura si può immaginare che il nuovo Piano Sanitario abbia un progetto obiettivo su questo argomento. Perché no? Si potrebbe proporre un progetto nazionale di linee guida di trattamento basate sull'evidenza, con le caratteristiche che ormai la letteratura scientifica diffonde in modo omogeneo in tutte le discipline.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ringrazio Fabrizio, per la presentazione molto puntuale e darei la parola al dottor BERTIN, che poi deve partire. E' della Regione Emilia Romagna e ci parlerà de "La valutazione come strategia di regolazione nel sistema". Passiamo a un versante un po' diverso della valutazione di efficacia.»

Dott. Giovanni BERTIN:- «Nella prima slide che vi ha mostrato PANI si mostrava come, quando parliamo di valutazione, ci possiamo porre da diversi punti di vista. Un'altra prospettiva dalla quale possiamo ragionare e affrontare il problema della valutazione è quella della valutazione della qualità, cioè della valutazione come supporto allo sviluppo dei processi decisionali. Quando mi è stato chiesto di intervenire, ho tentato di immaginare qual è il livello di evoluzione del dibattito nel nostro paese relativamente a questo punto di vista.

Vorrei parlare di tre oggetti. Il primo è tentare di capire il ruolo che gioca la qualità nei processi di governo del sistema; poi cercherò di vedere quali sono i risultati che ci sono, cioè che cosa, a livello nazionale, possiamo già dire che orienta il confronto da questo punto di vista; infine tenterò di vedere, presentando anche alcuni dati, qual è il livello attuale del sistema da questo punto di vista.

Quando parliamo di qualità, dobbiamo avere molto presente che abbiamo a che fare con un sistema nel quale intervengono diversi attori che sono la Regione, gli enti locali, i soggetti che gestiscono servizi e che, fra tutti questi diversi attori esiste una rete di rapporti che non sono altro che processi decisionali, che mettono in relazione questi diversi attori.

Ogni processo decisionale è sicuramente centrato su giudizi, su valutazioni che i singoli attori fanno della realtà che gli sta intorno e il problema è che queste valutazioni sono legate a un insieme di fattori, che hanno un grande carattere di soggettività cioè le valutazioni che ogni attore fa, e quindi che scambia con gli altri attori del sistema, sono dovute a informazioni, ma anche ai valori che lo orientano, alle sua competenze, all'identità che ha ogni singolo soggetto, al ruolo che gioca all'interno del processo, alle credenze, cioè all'insieme dei fattori culturali che determinano il suo comportamento decisionale.

Allora, qual è il problema? E' che, se questi soggetti agiscono e scambiano informazioni e comunicazioni orientati da valori, competenze e identità differenziate, non è detto che le informazioni che si scambiano siano davvero informazioni, perché voi sapete che un'informazione, per essere tale, mette in connessione due soggetti e i canali di decodifica dell'informazione propri dei diversi attori devono essere sintonizzati, altrimenti non creiamo comunicazione, ma provochiamo solo una maggiore difficoltà di sviluppo dei processo decisionali, cioè non riduciamo l'incertezza degli stessi.

Mettersi nella logica di scambiare decisioni fra questi attori, significa che il primo problema che dobbiamo affrontare è sicuramente un problema culturale. Qui l'ho chiamato creazione di senso e condivisione dei codici di comunicazione. Se vogliamo che questi attori che agiscono autonomamente all'interno del sistema comunichino e scambino decisioni, è necessario che usino gli stessi codici. Allora il primo problema che dobbiamo affrontare è tentare di definire i concetti attraverso i quali scambiamo comunicazioni e codici.

La qualità non è altro, dal mio punto di vista, che il concetto che poniamo al centro di questo processo di scambio tra i diverso attori e le diverse decisioni; qui ne ho elencate alcune che servono per governare il sistema, devono essere decisioni che in qualche modo si basano sullo stesso concetto di qualità. In altre parole, gli attori devono arrivare a condividere il significato che attribuiscono a questo termine.

In questo panorama, sono andato a vedere quali sono i lavori esistenti - ne sono molti, ne citerò solo alcuni - che ci possono aiutare a capire che cosa sta succedendo da questo punto di vista. Se il primo problema è concettuale, su questo aspetto dobbiamo tentare di definire che cosa intendiamo per qualità, per esempio, di un servizio di tossicodipendenze o per una comunità.

E' più facile ragionare avendo come osservatorio il livello nazionale, il concetto di qualità dal punto di vista dei SERT, perché esiste un lavoro che ha portato a confrontare tra di loro 16 Regioni che arrivano a condividere il concetto di qualità.

Da questo punto di vista, è un lavoro che una buona base di partenza. Scompone il pro-

cesso di valutazione della qualità in quattro dimensioni che sono: gli input, il processo, l'output e l'outcome e viene a definire dei criteri che sono quelli che poniamo alla base del nostro ragionamento.
Per esempio sull'outcome, cioè sulla valutazione dell'efficacia dei risultati prodotti sulla popolazione target, si dà indicazione che sono due le dimensioni sulle quali andare a centrare un processo di valutazione dei risultati, cioè il rapporto con le sostanze e la qualità della vita. Sul fronte delle comunità terapeutiche non esiste un lavoro di confronto a livello nazionale, dobbiamo andare a confrontare le singole realtà. La Regione Liguria ha definito un profilo di qualità, cioè è andata a definire dei criteri di valutazione della qualità delle comunità terapeutiche condivise fra tutti gli attori. L'Emilia Romagna ha fatto una operazione del genere, ma un altro elemento base di riferimento abbastanza importante, secondo me, è una norma volontaria, la norma UNI quindi per la certificazione dei servizi, che è stata licenziata la settimana scorsa dalla Commissione che è stata costituita dall'UNI e che vedremo in Comitato scientifico UNI prima di Natale e che va a definire quali sono i criteri di valutazione e i processi che devono essere seguiti per arrivare ad una valutazione della qualità nelle comunità terapeutiche.
Anche in questo caso troviamo cose simili a quelle che abbiamo visto prima, cioè i processi fondamentali sui quali viene scomposto il lavoro, la fase di ammissione, il trattamento, la fase di reinserimento in società e dimissione; poi si individuano invece i processi organizzativi fondamentali. Per quanto riguarda la fase di ammissione, si parla di specificare e documentare i criteri di ammissione, parla di una valutazione multi dimensionale, di un progetto terapeutico individuale, di informare l'utente sulla sua valutazione iniziale, sulla necessità di definire obiettivi di miglioramento della qualità della vita e di miglioramento delle condizioni di uso delle sostanze. Si riprendono anche in questo caso, pur da altra fonte, i concetti che abbiamo visto prima. Si dice che l'utente deve essere coinvolto nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi, eccetera. Per quanto riguarda i processi di controllo e di valutazione, si dice che si devono sviluppare tecniche di valutazione e di monitoraggio relativamente alla conformità dei processi, ma deve essere soprattutto fatto avere un sistema di valutazione dei risultati sul singolo caso e di follow - up periodico, anche dopo l'intervento.
Se una comunità vuole essere certificata, da quando sarà approvata, sarà finito l'iter di questa norma, vale a dire probabilmente nella tarda primavera del 2001, dovrò avere fra i propri requisiti tutti questi elementi. Questo per quanto riguarda gli elementi di tipo culturale.
Per quanto riguarda invece i processi, cioè a che punto è il sistema qualità nei servizi, anche da questo punto di vista ci sono meno informazioni comparabili a livello nazionale per quanto riguarda le comunità; sempre lo studio a cui facevo riferimento prima consente di avere una panoramica dei SERT. E' ancora in corso, per cui alcuni valori che vedete sono ancora parziali. Comunque emerge che su 190 SERT delle 16 Regioni, ci sono Regioni coperte al 100%, altre in cui la fase di raccolta di informazioni è ancora in itinere, per cui i dati che vi presento hanno validità differente rispetto alle diverse realtà.
Le prime conclusioni che possiamo tirare su a che punto sia il sistema qualità nelle diverse Regioni, secondo me è la fotografia dei sistemi di regolazione che sono stati usati finora.
Finora i sistemi di regolazione sono stati centrati solo sui processi di autorizzazione al funzionamento, che pongono al centro del controllo e quindi del rapporto di verifica dei requisiti, gli elementi di input, per cui, se confrontiamo l'adeguatezza, per esempio, degli spazi delle strutture, vedete che le differenze a livello nazionale non sono altissime, andiamo da poco più di 0,4 - l'indicatore che va da 0 a 1 - all'Abruzzo che ha uno 0,25 o 0,22, per la Basilicata le differenze non sono molto grosse. E' evidente che il processo di regolazione, centrato su questi aspetti, porta come effetto primo il fatto che le Regioni sono abbastanza omogenee. Se andiamo invece a vedere i processi - su que-

sto è stato fatto meno dal punto di vista della regolazione e invece, secondo me, il futuro sarà immaginare che il controllo della qualità debba essere su tutti i fattori che compongono il concetto di qualità - uno che riguarda la situazione sull'esistenza di una procedura di presa in carico e il secondo è avere una procedura di controllo dei risultati, vedete che qui la variabilità dei risultati è molto più alta. Andiamo da alcune Regioni nelle quali nessun SERT dichiara di avere una procedura di presa in carico ad altre Regioni, come per esempio l'Emilia o la Toscana, che hanno valori superiori allo 0,3, il che vuol dire che almeno il 30 per cento dei SERT ha un processo di questo tipo.
Ancora più differenziato è il processo, se andiamo a vedere chi o quali sono i SERT che hanno una procedura di controllo dei risultati, cioè che verificano costantemente gli effetti prodotti sulla popolazione target, il grafico è più vuoto che pieno nel senso che ci sono alcune realtà, per esempio l'Emilia che ha valori sopra lo 0,30, invece in molte Regioni questo processo è ancora in itinere.
Che cosa vuol dire? Che in tutte o in quasi tutte le Regioni, ci sono alcune realtà che hanno cominciato a mettersi in questa logica, ma finiscono per essere ancora realtà abbastanza non diffuse nelle diverse Regioni. E' chiaro che allora il problema principale, secondo me, sul quale dobbiamo concentrarci è proprio questo: immaginare, se vogliamo costruire un sistema di valutazione della qualità, e centrarci su queste due procedure.
Tentando di tirare le conclusioni di queste osservazioni, possiamo dire che la situazione attuale è che, dal punto di vista dei risultati sui servizi, la regolazione centrata sull'autorizzazione al funzionamento ha appunto prodotto effetti positivi sull'input, mentre sul resto siamo ancora a valori molto bassi, però abbiamo già dei risultati culturali cioè non partiamo da zero.
I risultati culturali del dibattito, che ormai fanno parte della cultura dei servizi, sono che esiste un insieme di criteri di valutazione della qualità condiviso.
Lo sviluppo della qualità. Un altro elemento che ormai appartiene al dibattito, nel senso che è presente anche in documenti che sono stati prodotti dal Ministero in questo ultimo anno, è che lo sviluppo della qualità richiede un doppio circuito di controllo. Vuol dire che, mentre la logica centrata sull'autorizzazione al funzionamento che vedeva una verifica ispettiva, è cambiata nella logica della certificazione come processo, non necessariamente come meccanismo, nel senso che un sistema di qualità deve essere centrato sul fatto che ogni ente gestore deve avere un proprio sistema di valutazione dei risultati e che il controllo non è altro che un controllo di congruenza tra ciò che dice di fare un soggetto e ciò che fa concretamente; quindi c'è un doppio controllo interno ed esterno, che può essere gestito direttamente da soggetti pubblici, da authority pubbliche, sempre terza parte rispetto ai soggetti, o attraverso i meccanismi della certificazione.
Il dibattito nelle Regioni, da questo punto di vista, è abbastanza differenziato. Ci saranno Regioni, che seguiranno la logica della certificazione e altre invece che seguiranno la logica dell'authotity pubblica.
Altro elemento è la costruzione di un sistema di qualità come base di un processo di valutazione della qualità; un altro ancora è l'individuazione dei processi organizzativi fondamentali, cioè il processo di presa in carico, il processo di controllo dei risultati - sono due, ma poi ce ne sono altri - che si sono già evidenziati come elementi centrali sui quali costruire un processo.
Altro elemento che appartiene già al dibattito e che quindi secondo me è la base sulla quale ragionare è che quando parliamo di valutazione dei risultati dobbiamo tenere presente che è diverso parlare di valutazione di outcome e di valutazione della soddisfazione. Sono due cose assolutamente diverse, entrambe importanti quando parliamo di qualità. La soddisfazione non può essere un indicatore di per sé di qualità dei servizi, anche se è un elemento fondamentale.
Qui parlo di sistema cliente e non di cliente, perché nel nostro caso probabilmente più attori che possono essere sottesi sotto il termine cliente; quando parliamo di servizi il

cliente è quello che rinuncia a una quantità di risorse per comprare un bene e lo utilizza. Nel nostro caso la situazione è più complessa e quindi non abbiamo a che fare con un unico attore.
Se questo è il bilancio che possiamo trarre sulla situazione attuale dal punto di vista della valutazione della qualità - e abbiamo visto che l'elemento, l'oggetto centrale sul quale dobbiamo probabilmente concentrare, spendere più attenzione in futuro è quello della valutazione dell'outcome - da questo punto di vista ci sono una serie di elementi di criticità o di problemi che vanno sicuramente affrontati per portare a regime un sistema di questo tipo.
Le piste di lavoro sono un po' queste. La prima è trovare un punto di incontro fra culture professionali diverse, perché la cultura medica piuttosto che quella di tipo psicologico o quella manageriale può pensare a strumenti di valutazione del risultato diversi tra di loro e quindi è necessario integrare culture professionali diverse. Chi lavora in questo settore o ha tentato di trovare strumenti di valutazione sa come questo sia un problema fondamentale. La seconda pista è combinare a rispetto delle culture del carico una necessità del confronto. Che cosa vuol dire? Che a un soggetto come la Regione, o tanto più a un soggetto nazionale, interesserà che siano raccolte le stesse informazioni su tutto il territorio nazionale per poter fare confronti. Tanto più standardizziamo, tanto più abbiamo una ricchezza di confronto e la valutazione è fondamentale; ma tanto più standardizziamo e tanto più incontreremo resistenza delle diverse realtà locali che hanno proprie culture e propri punti di vista di riferimento, propri strumenti di valutazione e quindi questo è uno dei nodi fondamentali, combinare standardizzazione con specificità.
Il terzo elemento è quello di definire dei criteri condivisi di giudizio del cambiamento. Non basta misurare quanti erano gli astinenti prima o dopo, ma bisogna anche avere dei criteri di valutazione. Che cosa giudichiamo positivo? Su questo le culture e le diversità di prospettiva e le esperienze di chi lavora nei servizi sono talmente differenziate per cui, secondo me, uno dei problemi fondamentali, è portare i diversi attori a condividere che cosa significa un cambiamento e come giudichiamo un cambiamento; perché non abbiamo a che fare col bianco e col nero, solo col vivo o col morto, abbiamo una serie di valori di grigi differenziati, sui quali dobbiamo imparare a esprimerci e a giudicare.
Altro elemento è integrare l'assessment clinico con la valutazione manageriale. Non possiamo pensare che ogni obiettivo informativo ci porta a costruire strumenti di valutazione differenziati, altrimenti avremmo un proliferare di strumenti che non dialogano e che non riusciamo a concretizzare. Dobbiamo immaginare uno stesso sistema di valutazione nel quale ogni informazione viene utilizzata dai diversi attori che agiscono all'interno del sistema.
Quindi, integrare i processi di gestione del caso con la valutazione dell'esito. Non sono e non possono essere processi differenziati e autonomi, debbono integrarsi concretamente.
Perché riusciamo a fare tutto questo è fondamentale che chi è coinvolto nel processo di raccolta delle informazioni, trovi una diretta utilità nell'informazione che raccoglie; se riusciamo a combinare tutte queste cose riusciremo ad attivare un processo di raccolta di informazioni che ci consenta di monitorare gli effetti sull'outcome. Le esperienze che conosco da questo punto di vista, e ce ne sono diverse nelle regioni italiane, mostrano questo. Si riesce ad adottare un sistema di valutazione dell'outcome, quando troviamo criteri condivisi di giudizio e di valutazione, quando riusciamo a trovare un mix fra le diverse professionalità e che tutte si riconoscono negli stessi strumenti e immaginiamo che gli strumenti raccolti producono informazioni utili ai diversi livelli del sistema. Credo che questa, dal punto di vista della valutazione della qualità, sia la scommessa che si attende in futuro.»

Intervento:- «Il fatto che un ragazzo, praticamente, porta a compimento un programma, ma ritorna a bucarsi è un principio di qualità; prende la terza media, impara un mestie-

re, comincia ad avere delle relazioni che prima non aveva, tutte queste cose aumentano un po' la difficoltà che diceva prima lei. Questo era un po' la situazione.»

Dott. Giovanni BERTIN:- «Credo che se provo a rispondere seriamente a questa domanda, lei mi caccia dalla sala, nel senso che solleva un problema abbastanza grosso, che non può essere risolto attraverso un flash. Quello che posso dire è che sono tante le variabili che possono influenzare, tanto più se parliamo di comunità, un giudizio di soddisfazione o non soddisfazione del giovane, della famiglia, della comunità. Certo, è fondamentale, se voi andate ad analizzare i criteri di qualità che vi ho mostrato nel profilo dei SERT insieme, per esempio, con quegli elementi della norma che vi ho presentato, se ne fate una lettura integrata, vedrete che c'è una sovrapposizione, sono gli stessi criteri. Sia nell'uno che nell'altro si parla appunto di processo personalizzato, di assessment multidimensionali, all'inizio cioè i criteri di giudizio sono sempre gli stessi e pubblico e privato debbono mettersi intorno a un tavolo per coordinarli perché altrimenti, rispetto al grafico che vi ho fatto vedere all'inizio, i soggetti non comunicano. Se ognuno di loro ha un'idea diversa di qualità, non comunicano e quindi creiamo distorsioni, creiamo difficoltà di sviluppo dei processi decisionali.»
Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Passiamo alla prossima presentazione, della la dottoressa Cristina SORIO, del SERT di Ferrara, che ci parla delle "Linee guida per la valutazione della prevenzione: la proposta di un metodo".»

Dott.ssa Cristina SORIO:- «Buonasera a tutti. Mi inserisco a questo punto con una proposta che vuole essere operativa, non certo il metodo, ma una proposta aperta anche a future sperimentazioni.
La proposta di linee guida nell'ambito della prevenzione ha costituito un'esigenza per chi si è occupato di prevenzione in questi anni, che ha coinvolto molti degli aspetti che sono poi stati elencati negli interventi precedenti; ha coinvolto gli aspetti della gamma dei grigi. La prevenzione forse è un grigio continuo, coinvolge l'esigenza di valutare gli interventi e ci coinvolge anche dal punto di vista dell'esigenza di migliorare la qualità negli interventi di prevenzione.
Rispetto a questi ambiti, il progetto COSTA SEI ITALIA, ci ha dato la possibilità di riflettere all'interno di un gruppo di esperti sulla possibilità di sviluppare delle linee guida che vogliono essere una proposta di un metodo per arrivare alla valutazione della prevenzione primaria.
Per chi non ha avuto occasione di incontrare questa sigla, il gruppo COSTA SEI è un programma di cooperazione europea che mira al coordinamento delle attività di ricerca svolte nei Paesi membri in un determinato settore e coinvolge 25 nazioni. Il COSTA SEI, in specifico, riguarda la ricerca nel settore delle scienze sociali e, in particolare, gli aspetti sociali dell'abuso di droghe. Il COSTA SEI si è occupato, nell'ambito dei suoi obiettivi, di valutazione dell'azione contro la droga in Europa e ha costituito cinque gruppi, uno dei quali si è occupato della valutazione e della prevenzione primaria e la relazione che faccio oggi presenta proprio il prodotto, l'esito del lavoro di questo gruppo.
Innanzitutto, il gruppo di esperti si è posto un primo obiettivo: analizzare, fare una revisione di quelli che erano gli strumenti già presenti a livello europeo e nazionale relativi alla valutazione.
A livello europeo, era disponibile, sulla valutazione della prevenzione primaria, una revisione teorica condivisa da un gruppo di esperti europei. Le linee guida europee di valutazione della prevenzione, che hanno poi costituito la struttura base anche per le linee guida italiane sulla valutazione dei trattamenti hanno costituito l'ossatura, lo schema concettuale sul quale poi siamo andati a costruire il nostro strumento.
Dall'analisi dei documenti europei emergevano alcuni presupposti dominanti in Europa, innanzitutto l'idea di una riduzione dell'abuso di sostanze come variabile primaria, l'equiparazione tra valutazione e ricerca valutativa e l'assunzione di una metodologia

oggettivante. Per il gruppo di lavoro, questi presupposti non erano sufficienti, cioè non si poteva accettare completamente la proposta europea, ma era necessario approfondire alcuni aspetti che emergevano, chiaramente, da quello che era il know -how, che erano le esperienze specifiche del gruppo, dei componenti di questo gruppo. Queste linee guida sono connotate dalle esperienze di prevenzione che i componenti di questo gruppo hanno fatto in questi anni ed è emersa con forza l'esigenza di inserire anche un altro elemento, un'altra variabile importante, che era quella delle forme di comunicazione per la prevenzione dell'abuso di sostanze.
Questo, soprattutto per quei progetti di prevenzione che, come il gruppo ha definito, vogliono chiamarsi aspecifici, cioè che promuovono delle situazioni di agio, di benessere, ma che non hanno come finalità specifica quella della riduzione dell'abuso di sostanze. Inoltre, il gruppo ha fatto una grossa riflessione tra valutazione e ricerca valutativa e ha assunto che era necessario suddividere questi due concetti nel senso che la valutazione comunque è una forma di decisione basata sulla teoria; valuto sulla base di un riferimento e poi questa viene realizzata attraverso un metodo che può essere la ricerca.
E' importante quindi definire non solo in che modo valuto, ma soprattutto che cosa abbia senso valutare e per i progetti di prevenzione questa è una cosa fondamentale. E infine la valutazione può riguardare anche gli effetti della prevenzione sulla comunicazione e questo era l'aspetto di contenuto che emergeva proprio dagli esperti, non solo sulla prevenzione tout court di riduzione dell'uso di sostanze. Altro aspetto che differenzia questa riflessione, è che la ricerca valutativa fissa solo i vincoli metodologici e la prevenzione non è valutabile secondo l'epistemologia causale lineare, causa -effetto, ma è necessario aprirsi anche a quelle che sono le sfumature, i grigi che prima diceva BERTIN, quindi tenere conto che possiamo avere interventi di prevenzione che hanno una specificità loro e quindi è necessario trovare degli strumenti che ci permettano di mantenere queste differenze e di non appiattire, attraverso l'analisi valutativa, quella che è la qualità dell'intervento stesso.
Per questo si è indirizzato verso la scelta di linee guida, cioè tra la scelta di definire indicatori che ci segnalassero se un progetto va bene o va male; si è fatta la scelta di cercare un metodo che potesse, nelle diverse fasi della costruzione del progetto di prevenzione, dare una mano agli operatori e quindi questo vuole essere un metodo fruibile dall'operatore che lavora nell'ambito della prevenzione e che soprattutto promuove una cultura della valutazione, migliora la qualità dei progetti di prevenzione e promuove lo scambio di esperienze sulla valutazione.
I gruppi target delle linee guida vogliono essere gli operatori nelle diverse fasi dell'intervento, cioè dalla fase della programmazione alla fase dell'implementazione del progetto fino alla fase di valutazione.
Possono anche essere operatori diversi che si occupano di queste diverse fasi.
Altre esigenze che il gruppo si è posto: le linee guida dovevano rispettare alcune caratteristiche, dovevano essere applicabili a tutti gli interventi di prevenzione primaria, in tutte le fasi del percorso decisionale, applicabili da persone con differenti background professionali e dovevano essere uno strumento flessibile, sintetico, non troppo complesso, facilmente comprensibile e controllabile.
Arrivo alle linee guida. Nella loro struttura - comunque ne ho portata qualche copia, se poi qualcuno la vuole ritirare, c'è sia su carta che su CD -cercano di dare, sotto forma di domande, delle indicazioni per gli operatori che costruiscono un progetto, un intervento e lo portano avanti e quindi accompagnano l'operatore nella fase di progetto; vedrete che qui la linea guida entra molto nel merito, cerca di chiedere molti più elementi che nelle altre fasi, nel senso che, secondo noi, in fase di progetto si decidono molte cose, anche che tipo di valutazione si vuole fare alla fine e, se si fa un buon progetto e si porta avanti bene, è possibile alla fine fare anche una valutazione ex post significativa.
C'è una parte centrale che si occupa del processo, quindi della fase di implementazione dei progetti di prevenzione più la fase di risultato.

Sinteticamente, elenco solo quelle che sono le aree all'interno delle macro, nel senso che poi troverete nelle linee guida le differenze.
Innanzitutto, per quanto riguarda la valutazione del progetto, le cose che secondo il gruppo sono da chiarire riguardano il problema, cioè bisogna definire bene qual è la natura del problema, sia in termini di analisi del fenomeno, di quella che può essere la prevalenza, l'incidenza del fenomeno sul territorio, sia anche in termini di decodifica di quella che può essere la domanda che arriva alla struttura, cioè la domanda di intervento oppure, anche in termini semplici, di analisi del bisogno. Come sapete, a livello di prevenzione ci può essere sì una domanda, ma ci può anche essere semplicemente un'analisi che esprime un bisogno che non si è ancora trasformato in domanda e quindi bisognava coprire tutta questa area che spesso riguarda gli interventi di prevenzione.
Altro aspetto importante sono i riferimenti teorici di studi: viene chiesto all'operatore qual è l'interpretazione, l'approccio che si segue per identificare una sorta di interpretazione di questo tipo di problema.
Altro aspetto che è emerso da questo gruppo è il contesto. Qui ha dato un grosso contributo BAIARDI, per quanto riguarda la realtà di Torino, sulla necessità, laddove è possibile, di produrre delle diagnosi territoriali, cioè in termini di mappa di quelli che sono i gruppi sociali e delle reti che possono creare un humus, un terreno fertile nel quale impiantare l'intervento.
Altri punti fondamentali in un progetto: va dichiarato il target, i destinatari finali, gli obiettivi, non solo i macro obiettivi ma anche gli obiettivi intermedi e poi altri elementi che riguardano l'organizzazione, cioè chi e come porterà avanti il progetto, i tempi, il metodo e le risorse.
Il secondo passaggio è l'analisi di processo, la valutazione di processo. Una volta analizzato il progetto e definiti tutti i passaggi necessari, il processo cioè la fase di implementazione, si va a vedere, attraverso una valutazione intermedia, qual è il livello di coerenza tra gli obiettivi e le attività che vengono via via poste in essere, poi quanto il progetto è in grado di raggiungere i destinatari che erano stati esplicitati in fase di pianificazione, quanto i metodi scelti risultano accurati per raggiungere effettivamente gli obiettivi, se sono stati rispettati i tempi, se le risorse programmate sono adeguate e se, dal punto di vista organizzativo, si trova una congruenza. E' importante dare rilevanza al processo in quanto siamo ancora in itinere, quando è possibile ancora apportare dei correttivi all'intervento e quindi è una fase molto delicata e molto importante per quanto riguarda la valutazione.
Da ultima, la valutazione di risultato nei termini, non solo di efficacia globale, nel senso di outcome, di obiettivo ultimo che si vuole raggiungere, ma anche di valutazione tramite follow - up, a distanza; chiediamo anche se, nell'ambito dell'intervento, ci si è proposti una valutazione a breve o medio termine, cioè è importante anche l'output, è importante anche capire qual è il risultato immediato che si è raggiunto. Inoltre dobbiamo guardare anche l'impatto, cioè come il progetto, l'intervento ha prodotto anche degli effetti che non sono stati pianificati e quindi come si è inserito nel contesto specifico di quella realtà.
Altri elementi riguardano più la parte dell'efficienza, quindi i costi e i benefici del progetto e i costi di efficacia, cioè si va a vedere senso quanto gli obiettivi raggiunti da questo progetto, confrontandoli con altri progetti simili, sono effettivamente efficienti rispetto ai costi e all'obiettivo raggiunto.
Infine, due elementi importanti per i progetti. Se un progetto è riproducibile in altre realtà o in altre aree più specifiche del territorio e se c'è un piano di divulgazione dei risultati raggiunti dall'intervento.
Come dicevo prima, si tratta della proposta di un metodo che noi, in Emilia Romagna, stiamo tentando di applicare adesso, per la valutazione dei progetti di prevenzione finanziati col Fondo nazionale Lotta alla droga; stiamo tentando di darci un metodo che è uguale per tutti e quindi fin dalla fase di progettazione, implementazione e poi di risul-

tato.
E' chiaro che è un lavoro che comunque non è definitivo, proprio come non sono state definitive le linee guida europee, ma è un lavoro che si può anche modificare nel tempo e anzi, spero, portandolo alla vostra attenzione, di ricevere anche dei suggerimenti e delle critiche costruttive.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Credo che valutare la prevenzione sia il sogno di tutti. No?»

Intervento:- «Cristina, ci sono alcune cose che non ho capito bene e di cui ti chiedo un chiarimento.
Tu prima hai parlato di prevenzione aspecifica e poi, a un certo punto, hai detto parlato che la valutazione non deve considerare necessariamente l'epistemiologia lineare e casuale. Se ho ben capito, questo vuol dire che alcune volte sono possibili degli interventi preventivi su qualche cosa, senza che si vada a valutare l'esito, e in cui, in qualche modo, l'esito non è importante. E' solo un commento. Credo che questo sia molto pericoloso, per il fatto che se noi facciamo un intervento di valutazione, un intervento di prevenzione aspecifico o non è un intervento di prevenzione o vuol dire, e spero che sia questa la risposta, o che è un intervento che, come dire, si riferisce a diversi output, a diversi outcome.
Ora, in questa situazione, credo che sia estremamente importante, anche se è aspecifico, andare a valutare outcome specifici, andare a vedere se ha un qualche effetto in qualcuna di queste cose.
Faccio un esempio. Da poco, credo all'inizio di quest'anno, è uscita una rassegna inglese, è stata pubblicata su quella rivista di poche pagine che si traduce anche in italiano e che si chiama Effective Health Care, che è una rassegna sulla prevenzione del fumo, quindi una cosa molto vicina a quello di cui noi stiamo parlando. Questa rassegna mostra che su una ventina di studi che sono stati presi in considerazione, selezionati per qualità, ce n'erano, dieci che non servivano a niente, cinque che erano utili perché come risultato, alla fine, la gente fumava di meno, cinque in cui fumavano di più. Tutti quanti erano abbastanza aspecifici: non esiste più ormai la prevenzione del fumo in cui si dicono i pericoli del fumo, ormai i pericoli del fumo li conoscono tutti, si fa la prevenzione sull'abilità del rifiuto, sugli skills, sulle capacità sociali. Ora, nel momento in cui faccio un intervento di prevenzione generico come quello sui refusal skills, non posso non andare a valutare qualche cosa di molto specifico, come la capacità dei soggetti a cui ho rivolto il mio intervento, alla fine, effettivamente di fumare di meno.
Credo che questo sia estremamente importante, proprio perché la prevenzione ha una catena casuale estremamente complicata, così complicata che nessuno la conosce, cioè esiste un black box tremendo su cos'è che causa l'inizio del fumo. Proprio per questo motivo, secondo me, è importante andare a valutare l'esito, cioè saltare tutta questa catena casuale difficile e andare a valutare che cosa fa l'intervento che si propone.»

Dott.ssa Cristina SORIO:- «Sicuramente è la seconda che hai detto, nel senso che è fondamentale definire gli obiettivi; proprio la linea guida per la fase di progetto è molto precisa e richiede di definire schematicamente gli obiettivi, i tempi e tutto il resto.
Quello che è emerso nel gruppo era che, mentre le linee guida europee avevano sempre come obiettivo unico e variabile principale quella della prevenzione del consumo o abuso di sostanze, soprattutto nella realtà di Modena che è stata coinvolta nel progetto, emergevano invece degli interventi di prevenzione che spesso avevano non come obiettivo primario questo, ma soprattutto quello di sviluppare forme di comunicazione positive e quindi è nato tutto lì il discorso della specificità - aspecificità. Non ha nulla a che vedere con la rigorosità che deve avere il progetto nella definizione degli obiettivi, anche perché per misurare poi alla fine il risultato devono essere decisamente elencati e devo-

no essere trasparenti.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Adesso parlerà il professor VETERE, responsabile del Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo del Ministero della Sanità.»

Prof. Carlo VETERE:- «Cercherò, molto brevemente, di riassumere alcuni concetti che sono stati già detti, però li trasformo in maniera un po' democratica. Alla luce dell'attuale legislazione, affermare sia pure nel periodo precedente alle elezioni, che alcuni trattamenti verranno vietati, è contro la legge e di questo ho informato anche i Giudici della Corte Costituzionale; è contro la legge in quanto si possono vietare dei trattamenti che non sono basati sull'evidenza scientifica e basta. E' semplicissimo, cioè posso dire che non lo faccio, posso non finanziare un trattamento, ma non posso vietarlo perché io, tossicodipendente, vado dal Giudice e denuncio e il Giudice mi dà ragione, c'è poco da fare in questo senso. Bisogna capirle queste cose, per rendersi conto che si continua a discutere il sesso degli angeli. Mi occupo di molte cose della medicina, ancora adesso sono referee in altri settori che non sono quelli delle tossicodipendenze, dove in effetti sono abituato ormai a vedere soltanto gli studi randomizzati. Il gruppo COCHRANE ha già tirato fuori alcune osservazioni nel nostro settore, ma naturalmente in altri settori ha distrutto tutta una serie di nostre conoscenze che sembravano assolutamente immarcescibili.
Perché è un po' difficile applicare il criterio rigido del doppio cieco in questo settore? Intanto, e questo lo dico per esperienze personali non nel nostro settore ma in altri, i pazienti, io faccio parte di diversi comitati etici, che vengono assegnati a random a un gruppo di controllo o a un qualsiasi braccio, che cosa devono sapere? C'è una lunghissima discussione che non verrà mai risolta, comunque, in questo caso, il tossicodipendente si reca ai servizi, non è che pigliamo la gente in mezzo alla strada, per avere un trattamento, non possiamo dargli un placebo perché è antietico in questo caso.
Diventa anche difficile per altre cose; ho calcolato circa una sessantina di test di gravità della tossicodipendenza, bisogna metterci d'accordo anche quando si fa una ricerca. L'Asl ormai è stata europeizzata, però ce ne sono moltissime altre, esistono anche dei test inglesi che sono stati usati con successo dai nostri colleghi.
Che cosa dobbiamo fare? Mai tornare alle vecchie ricerche osservazionali empiriche, aneddotiche o all'intention to treat e così via. Bisogna conciliare la randomizzazione e il rispetto dei desideri e dei diritti del paziente.
Quali veri studi randomizzati abbiamo in questo settore? Il termine randomizzati lo intendo sempre nel senso classico, quello del famoso, come si chiama, NAIDA, dell'agopuntura auricolare sul trattamento della cocaino - dipendenza, che però è fatta su soggetti in mantenimento metadonico; non ci dicono niente su come va questo mantenimento. Mettono a confronto soggetti i quali hanno avuto cinque aghi fissi in un punto auricolare, rispetto a quelli che hanno avuto cinque aghi fissi in un punto neutro; questi punti erano legati in parte al dolore di schiena che credo il 90% dei soggetti adulti abbia e quindi c'è un effetto placebo enorme. Non parliamo poi del progetto MUCH sul trattamento di tre diverse modalità di psicoterapia dell'alcolismo: è è costato moltissimo, tuttora non fanno altro su ADDICTION che lavorarci sopra, per discutere, però alla finesi voleva dire che probabilmente l'orientamento dell'operatore nel selezionare la psicoterapia a cui destinare l'alcolista aveva un'importanza maggiore rispetto alla psicoterapia stessa, in quanto era motivato l'operatore medesimo, ma praticamente i risultati sono stati identici, cioè i soggetti a random, quindi non secondo quello che l'operatore voleva fare, assegnati a una delle tre psicoterapie, hanno dimostrato un miglioramento, per esempio le donne sono migliorate di più, salvo quelli che avevano problemi psicopatologici, che sono migliorati di meno, ma questi insomma erano già dei bias di partenza.
Che cosa dobbiamo fare? Noi abbiamo, per esempio sempre parlando di alcolismo, e qui ne ha già parlato FAGGIANI, abbiamo il naflexone; in effetti gli americani l'hanno

messo come secondo farmaco nel trattamento dell'alcolismo, gli europei non tanto. Gli americani si sono concentrati solo su due lavori random; su questi noi dobbiamo, a un certo punto, avere un accreditamento, come possiamo averlo adesso per i farmaci in campo europeo. Quando un farmaco è stato in un certo senso introdotto nella situazione di un paese, va bene per tutti gli altri? Perché in questo caso c'è il sancta sanctorum della Federal Drug Oranization?

Questa è una cosa abbastanza da discutere, perché chiaramente, in altri settori, non so, come per la plusvurulfina, la Federal Drug è molto esitante; alcuni invece la esaltano, altri non tanto. Ora, è chiaro che il messaggio è che i risultati vanno valutati alla luce delle componenti locali, degli usi impropri, basti pensare ecco al GHB, alla lotta che gli americani hanno fatto, riuscendo anche a farlo mettere in prima tabella in Italia, senza che in Italia ci fossero dei gravi segni di abuso di questa sostanza che, tra l'altro, era anche in libera vendita.

Voglio concentrare l'attenzione sul metodo Urod. Nella relazione che ho scritto, ho citato una ventina di lavori che ho pubblicato sul bollettino, sull'impiego dell'Urod, non parliamo poi della cosa salvifica, di quello che è successo sulla stampa e tutte queste belle cose; lasciamo stare il Miver e altri.

Molti lavori, giustamente, ma non tutti, tirano fuori il fatto che l'unica selezione utile è quella di soggetti; la fobia della crisi d'astinenza, per cui vogliono tutto e subito in modo da evitarla, non è vera perché poi alla fine, vai a leggerti i lavori e vedi che le crisi astinenziali ci sono lo stesso. Loro dicono che non ci sono crisi d'astinenza e quello del SAN RAFFAELE dice che sono tentativi dell'organismo di riprendere il suo status immunitario. In questo caso, vale la pena spendere soldi? Ci sono delle basi biologiche in questo caso? Sembra di no, perché un monaco pignolo del MOUNT PLUNX INSTITUTE che ti tira fuori? Ho anche delle fotocopie dell'articolo su LANCET. Ti tira fuori che non c'è cioè una base biologica. Lui ha fatto dei lavori sui topi, tutte cose da discutere, per carità, non parliamo di neurobiologia qui, e i dice che è, dal punto di vista biologico di partenza, unsound, cioè che proprio che non serve.

Noi sappiamo tutti cosa significa la sensibilizzazione dei recettori da parte dell'antagonista, tutte queste belle cose, per cui c'è poi il rischio dell'overdose. Lasciamo da parte queste cose però, per esempio, questo è un caso in cui un amministratore potrebbe non dico vietarlo, perché questo è assurdo, non si deve proibire niente, come giustamente dice qualche giornale in questi giorni, però a un certo punto non si può nemmeno favorirlo; perché andare a rischiare anestesia, queste cose costosissime, quando poi nessuno mi può dimostrare la validità di questa cosa al momento attuale, sia rispetto ai sistemi odierni, sia rispetto a tutto quello che COCHRANE ha messo in evidenza recentemente. Giustamente è stato presentato qui il motivo dell'uno per cento di guarigione o ricovero naturalmente; recentemente sono stati fatti degli ottimi lavori su che cosa significa guarigione, c'è ADDICTION che ha fatto un numero quasi speciale su questo, proponendo delle indagini sugli alcolisti che dichiaravano di essere guariti, facendo una meta analisi dei lavori pubblicati, e vedendo che alla fine, se uno comincia a fare un criterio di selezione piuttosto rigido, ci si accorge che molte di queste persone che dichiarano di essere guarite, non hanno superato il crivello dell'effettiva astinenza.

Dal punto di vista delle disposizioni italiane, oggi come oggi, sia per quanto riguarda il lavoro fatto sulla qualità da parte della Regione Emilia Romagna e da parte del Ministero della Sanità, non si punta più sull'astinenza, ma sulla possibilità di gestire la tossicodipendenza; questo è un fatto importante. Qua siamo in Italia, ho delle fotocopie delle dichiarazioni di pezzi grossi americani, i quali ormai hanno superato la fase del drug free e dicono soltanto che bisogna ridurre i danni e che bisogna soprattutto riconoscere il caso. Non voglio fare quello che è favore del metadone, ma ci sono delle dichiarazioni ufficiali, stampate e fatte circolare per i media, mai pubblicate dalla nostra stampa; mi chiedo come mai la nostra televisione, quando parla di droga, nonostante abbiamo degli ottimi funzionari, degli ottimi operatori sia nei servizi che nelle comunità, non c'è una

volta che chiami qualcuno dei servizi; non accade mai e questo chiaramente fa parte della nostra mentalità italiana. All'estero questo non riescono a comprendere. Nemmeno io riesco a comprenderlo, cioè lo comprendo troppo bene. Noi poi, oltretutto, abbiamo nel nostro Paese, rispetto al DE LEON e agli altri, anche una serie di dati che sono molto importanti. L'importanza della ritenzione ormai già è sancita dalla letteratura internazionale. La ritenzione nella comunità terapeutica o in un servizio qualsiasi, ha importanza enorme per il miglioramento globale degli indici vari dell'ASI e così via; cominciamo ad avere anche dei lavori italiani sull'importanza della partecipazione, abbiamo delle comunità non chiuse, aperte, addirittura delle comunità argentine, del Sud America che erano state impostate dagli italiani in modo chiuso, e a cui è stato consentito per esempio di liberalizzarsi. Questo sta avvenendo negli ultimi anni, malgrado la nostra rigidità, come il non dare la posta per i primi tre mesi; le hanno superate perché un po' di cervello ce l'hanno.
L'unica dimostrazione che esiste della fattibilità di alcune cure delle tossicodipendenze è data dalla MANAGED CARE, MEDICARE americana, credo che tutti la conosciate. Io la conosco direttamente per altri motivi, effettivamente cerca di risparmiare all'osso e quindi di ridurre le ospedalizzazioni; per il fatto dell'alcolismo c'è una differenza tra alcuni nostri lavori che giustamente mettono in rilievo come alcuni trattamenti ambulatoriali, riducendo le ospedalizzazioni degli alcolisti, fanno risparmiare e altri studiosi delle alcool - dipendenze che pensano che inizialmente ci voglia una ospedalizzazione intensiva, per poter poi tirare fuori il soggetto e trattarlo a livello ambulatoriale. Questo è un altro aspetto, però è abbastanza importante.
Se hanno tirato fuori che ci sono dei trattamenti che funzionano e che quindi possono essere vantaggiosamente finanziati, rimborsati, addirittura il MEDICAID, che è quello per i più poveracci, chiaramente lo dobbiamo fare. Nel nostro Paese, abbiamo avuto delle leggi regionali, che imponevano determinati dosaggi di un farmaco, e un qualsiasi farmaco non può avere mai dosaggio.
Un'ultima cosa che volevo dirvi è sul paragone tra modello medico della tossicodipendenza e modello non medico o per lo meno sociale, socio - psicologico.
Si parla sempre del diabete, giustamente. Ho pubblicato anche determinate lettere al direttore che dicevano: ma guarda che fai questo paragone e poi alla fine il diabetico ha solo il dosaggio dell'insulina oppure la dieta, eccetera, e oggi non è più vero perché se guardiamo il problema del diabete di tipo Secondo, il problema dell'ipertensione, il problema dell'asma, sono fatti, malattie le quali sono esplose a causa di problemi sociali e culturali. Il diabete è esploso per la westernizzazione dei Paesi dell'Asia Centrale, dell'America latina, dei Caraibi e così via. L'ipertensione ha delle chiare e nette basi non solo genetiche, come anche l'alcolismo, ma soprattutto dietetiche. L'ipocinesia, la mancanza di attività fisica, tutte queste cose nello stile di vita hanno un'importanza enorme per cui oggi il diabetologo, il soggetto, che cura l'iperteso non si limita soltanto al farmaco ma deve promuovere uno stile di vita diverso del soggetto, deve avere un approccio del tutto diverso. Negare queste cose è talmente assurdo, quando poi abbiamo la NAIDA che è stata giustamente citata, che ha speso milioni di dollari per attrezzare i propri laboratori per fare delle ricerche con la PET, con la neurobiologia, dimostrando tutta una serie di cose. Tra l'altro vorrei anche contraddire il mio Ministro, il mio amico Umberto VERONESI, che sostiene che alcune cosiddette nuove droghe non hanno alcuna capacità neurotossica.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ricordo che dal Dipartimento hanno chiesto di inviare al più presto le relazioni che verranno messe sul sito a un indirizzo web. Il sito è quello del DAS e l'indirizzo è materiali@genovaduemila.it. A questo punto darei la parola al dottor SERPELLONI, del Centro di Medicina Preventiva della Asl 20 di Verona, che ci parlerà dei "Sistemi per la valutazione e il management nei SERT e nelle comunità: dalle parole ai fatti".»

Dott. Giovanni SERPELLONI:- «Vi presenterò un sistema sperimentale di valutazione di management per i SERT e le comunità.
Questo è un sistema che parte da una logica un po' diversa da quella che avete sentito fino adesso, è una logica di management e quindi fa riferimento appunto, come diceva tra l'altro, ho avuto piacere, il professor VETERE, del MANAGED CARE cioè una tradizione che va ad utilizzare una serie di tecnologie messe insieme, tra l'altro vedrete come, che comporta comunque una fusione di insieme di tecnologie per realizzare questi sistemi, sono sistemi che nelle aziende magari non italiane ma in certe altre aziende di tipo sanitario, soprattutto negli Stati Uniti, sono ormai una realtà e noi abbiamo pensato che potevamo anche tentare, rischiare, provare a mettere queste cose anche all'interno delle tossicodipendenze.
La Regione Veneto ha investito moltissimo su questa cosa, parlo sia in termini emotivi, sia soprattutto in termini di investimento finanziario.
Abbiamo organizzato una serie di gruppi di lavoro e io qui, in quindici minuti, vi dovrò far passare una serie di cose, comunque c'è una relazione, ne ho portate tre copie, una la consegno al chairman, se volete poi anche le diapositive sono presso il sito e anche presso lo stand della Regione Veneto.
E' un sistema di valutazione che si colloca con un approccio generale del MANAGED CARE e ci dobbiamo intendere su alcuni termini. Alla fine, quello che abbiamo pensato di realizzare è stato un sistema chiaramente che utilizza una base informatica, perché non è possibile gestire questo tipo di cose senza la tecnologia informatica e anche una tecnologia di un certo tipo, non quella EDP, per esempio, che ha come finalità quella di riuscire in qualche maniera a produrre dei sistemi di supporto alle decisioni, di riprodurre dei dati di valutazione, dell'operatore.
E' un sistema che consideriamo chiaramente sperimentale, è un rischio, però a noi piace rischiare e alla Regione anche, anche se abbiamo già orientato i servizi, informatizzando e creando tutta una serie di reti in Internet su questa cosa, per poterlo ospitare.
La valutazione nella pratica clinica è una cosa molto diversa, non nel senso di antagonismo, ma nel senso che abbiamo delle necessità diverse e utilizziamo la valutazione che viene fuori dagli studi scientifici, dall'evidence based per poter poi lavorare in una situazione di minor probabilità di errore. E' chiaro il discorso: non è quello di fare le cose più giuste, ma quello di una minor probabilità di errore.
I nostri punti di partenza nostri sono stati i problemi pratici che l'operatore ha in ambito clinico, ma anche quello gestionale e organizzativo. Spesso siamo soffocati dalla gestione e da una cattiva organizzazione e non riusciamo a fare una buona opera in ambito clinico; le comunità, ma soprattutto i SERT, lo sanno molto bene.
Il secondo punto di partenza era quello che dovevamo usare un approccio centrato sulla persona, che non fosse quindi un sistema orientato all'efficientismo, cioè a valutare se i servizi funzionano bene e spendono poco e tutta una serie di situazioni più di controllo di gestione che non appunto di una situazione di MANAGED CARE, che è una cosa diversa.
Voi sapete meglio di me che gli operatori, ho usato delle vignette per rendere meno difficoltosa la visione di questa cosa, sono sempre di fronte a dover prendere delle decisioni, a impostare delle azioni magari sui pazienti e da lì ci si aspetta qualche esito. Ma, d'altra parte, abbiamo anche altri operatori o lo stesso operatore che deve anche soddisfare una serie di cose dell'unità operativa, cioè la deve gestire, deve ordinare i farmaci, deve fare tutta una serie di cose che non sono proprio orientate direttamente sul cliente, sull'utente o sull'assistito o sul paziente, come lo volete chiamare, sulla persona forse è meglio.
Da qui nasce una necessità di valutazione, che dovrebbe essere, già cominciate a capire forse il nostro orientamento, sia sull'output e quindi sulle prestazioni che uno eroga, ma anche sull'outcome, sugli esiti di questi trattamenti complessi, integrati o non integra-

ti che siano, e magari qualcuno si comincia anche a chiedere che cosa possono costare questi trattamenti.
Da qui dovremo avere, un sistema di monitoraggio che in qualche modo fornisca informazioni da una parte di tipo "clinico", dall'altra di tipo organizzativo e gestionale. Questo tipo di situazioni già vi orienta sul fatto che il nostro sistema prende in considerazione, come oggetti della valutazione, due ambiti ben diversi distinguendoli, perché spesso si confondono: uno è quello dell'efficienza - parlo per macro parole, quindi mi scuseranno i tecnici in sala ma è meglio farsi capire - che riguarda l'unità operativa, le risorse in relazione alle prestazioni erogate e una altro è il paziente, il cliente a cui vengono erogate e che più riguarda l'efficacia dei trattamenti. Viene fatta questa scissione mentale che era indispensabile fin dall'inizio. In realtà, almeno i medici, ma credo un po' tutti, hanno anche il problema della valutazione diagnostica oltre che prognostica, di efficacia dei trattamenti e di efficienza della macchina che producono questi trattamenti.
Questo è un po' il modello concettuale che abbiamo sviluppato come approccio, se volete un po' bocconiano, qualcuno forse può anche criticarlo per questo, ma comunque è orientato al pratico.
La valutazione utilizza l'approccio del TOTAL QUALITY MANAGEMENT, che è un po' diverso da quello che avete visto fino adesso ma che non è in antitesi e ha tre fondamentali ingredienti obbligati.
Il primo: deve essere una attività costante, non si può valutare solo a Pasqua o a Natale, ma è un sistema che deve produrre in tempo reale una serie di dati che fanno capire che cosa stiamo facendo e non fermiamo le macchine, raccogliamo i dati e vediamo le elaborazioni fino a notte perché poi dobbiamo consegnare il rapporto. Non è così che può funzionare. I servizi non hanno questa possibilità.
Ci vuole una contemporanea attenzione alle risorse che ci mettiamo dentro: soldi, risorse umane, tecnologiche, logistiche, ma messe in relazione soprattutto ai processi che uso, e adesso stiamo proprio andando su una logica praticamente esclusiva di processo, non solo noi ma anche altre organizzazioni più importanti di noi, su quello che produco, distinguendo molto bene fra le prestazioni e gli esiti. Posso lavorare molto e non produrre niente in termini di esito e quindi deciderò se vale la pena farlo, posso lavorare meno e magari produrre di più in termini di outcome.
Quindi, la differenza fra output e outcome non è una differenza semantica, è una differenza estremamente concettuale molto forte, molto importante.
E sempre un altro ingrediente è la comparazione con qualche standard che qualcuno ha fissato come standard di eccellenza o obiettivo da raggiungere per cui noi andiamo poi a vedere se, rispetto a un obiettivo fissato, l'abbiamo raggiunto o no e quanto ci scostiamo in più o in meno, se ci devono dare gli incentivi o no.
La logica, ancora per riportarvi più all'interno nel discorso del modello che abbiamo sviluppato, è quella di utilizzare un'analisi di un processo produttivo, una parola che potete utilizzare come volete, che significa che ci sono delle risorse, ci sono dei processi cioè tutte le vostre metodologie e i modi che avete di lavorare; si creano delle prestazioni che, riversate su un paziente, una persona, dovrebbero creare un outcome. Attenzione, perché ci sono tutti i fattori confondenti, esterni, e non sempre a una prestazione corrisponde un esito, questo lo sappiamo bene nella tossicodipendenza.
Quando mi arriva un cliente, applico dei processi diagnostici, all'inizio e a distanza più o meno periodica, dei processi assistenziali cioè do delle prestazioni, quindi erogo qualche cosa e questo è il mio output; consumo delle risorse che possono essere le ore di lavoro e spero di produrre comunque un esito che in termini molto semplici, o semplicistici se preferite, è il grado di patologia evitata in termini di prevenzione e l'altro è il grado di salute aggiunta. Se mi è arrivato un malato morto, mi scuseranno di questo i tecnici, qualcosa ho fatto in termini di stare un po' meglio, stare un po' meno peggio.
Poi vedremo anche il discorso degli indicatori che devono essere chiaramente selezionati, ma soprattutto collegati agli obiettivi.

Sono d'accordo con quello che diceva Fabrizio prima cioè non esiste un intervento non valutabile, questa è la mia opinione, se volete un po' radicale; l'intervento non valutabile vuol dire che ha bisogno di approfondire lo studio su quali sono le modalità per valutarlo, ma con questo non si giustifica l'applicazione di questo intervento.
Detto questo, sugli input, gli indicatori che si usano di solito sono indicatori di costo; sui processi, che è una cosa un po' particolare in cui non vorrei entrare troppo, il grado di aderenza ai processi che prima dichiaro come processi di eccellenza, il che vuol dire che il servizio deve fare un elenco di quello che dovrà fare in accoglienza, di come gestirà una terapia, di come farà una dimissione, riprenderà una recidiva. Po ci sono l'efficienza interna e il coefficiente di variazione, ma non entro più di tanto in questa cosa.
C'è un altro indicatore che si può usare per monitorare le prestazioni, il volume e la densità prestazionale; questo significa, in poche parole, quante prestazioni di vari tipi posso dare su questa persona: qui ci sono due macro indicatori, che poi devono essere declinati e vedremo come, il grado di salute aggiunta e la patologia evitata per l'outcome.
Esistono degli strumenti e anche degli applicativi che possono essere utilizzati. Pochi conoscono queste cose, alcune le abbiamo sviluppate noi, alcune sono sul mercato da un sacco di tempo.
Che cosa abbiamo fatto? Una operazione di dense marker spinto. Abbiamo preso una serie di strumenti, tra cui anche l'ASI o l'ASIDE, tutto quello che potevamo, mentre abbiamo costruito questa cosa che si chiama MMFP, che è una piattaforma dove ci sono tutta una serie di applicativi, di moduli, che permettono di costruire un database relazionale e quindi di riuscire a mettere dentro una serie di dati che poi possono essere messi in relazione fra loro per ricostruire quanto costa un outcome, in termini di costi o un output, se quel processo è stato seguito con una buona aderenza o no.
Spero che il modello concettuale vi sia chiaro. Non è così semplice quello che ho detto, me ne rendo conto: le quattro discipline che abbiamo utilizzato per costruire questa cosa sono qui rappresentate, è l'evidence based practice, per quanto riguarda la definizione del modello clinico che vorremmo seguire nelle sue grosse tracce, il processo di engineering per quanto riguarda la definizione dei processi e sono tutti strumenti che si possono utilizzare, il total quality management e l'information communication technology. Il sistema doveva agganciare quindi un processo produttivo che già tutti facciamo quotidianamente, tutti i SERT e le comunità nel tempo, con un sistema di information communication technology.
Questo tipo di situazione è stata possibile attraverso quella piattaforma. Oggi ho capito qualcosa di più rispetto a quello che non avevo capito; sono convinto che comunque i servizi devono comprendere con quale modello eziopatogenetico stanno lavorando, non che sia da impostare la valutazione su questo, ma ci sono dei modelli impliciti, la gente lavora con queste cose, se non si tira fuori questo e non si mette in un modello che sia esplicitato all'interno dei servizi, non si riesce a costruire un meccanismo di gestione delle varie cose.
Quindi, gli obiettivi sono diversi dall'assistente sociale, allo psicologo o al medico. Mettiamoci attorno a un tavolo, e vediamo che cosa possiamo mettere insieme. Questo era un esempio di come si possono utilizzare tecniche, che sono appunto patrimonio del management e si può andare a valutare l'input molto facilmente; i costi interessanti che il sistema vi può dare sono le risorse, i costi delle prestazioni e i costi dei risultati, in termini di giorni; per esempio, quanto costa un giorno di terapia efficace o un giorno di terapia inefficace, con semplici cose che abbiamo a disposizione all'interno dei servizi.
Passo alla valutazione dell'outcome che è estremamente discussa. Ci ho pensato su moltissimo e anche il gruppo, tutti ci abbiamo pensato su moltissimo, ma noi possiamo valutare l'outcome in vari modi. Esiste il modo rigorosissimo, scientifico, quando tu fai i gruppi di controllo e le randomizzazioni e tutte queste cose e siamo d'accordo che è effettivamente molto corretta la cosa e però, secondo me, non è adattabile all'interno del lavoro clinico quotidiano. Non sto negando la validità nell'identificare una terapia, dico solo

che forse ci possiamo spostare più su una valutazione di tipo manageriale cioè base lines, standard predefiniti. Identifichiamo degli obiettivi su questa situazione e andiamo a confrontarci nel tempo, non è detto che non possiamo trarne situazioni del tipo "quel trattamento funziona meglio di questo" ma possiamo trarre una valutazione e il valore informativo che ti dà è "dato un obiettivo, l'ho raggiunto o no".
Se questo può essere troppo avanzato, si può anche fare un altro sistema, che è l'analisi degli scostamenti; calcoliamo una media di come si comportano normalmente casi che hanno più o meno la stessa gravità in entrata e andiamo a vedere quanto ci scostiamo rispetto a questi. I sistemi informatici permettono di fare queste cose ormai in maniera molto semplice.
Come vi dicevo, i due macro indicatori sono questi, il grado di salute aggiunta e il grado di patologia evitata, da cui andiamo a utilizzare un sistema che sia quello di andare a vedere la gravità clinica in ingresso e periodicamente dopo tre o sei mesi o con un periodicità che decideremo essere logico e razionale per quel tipo di patologia; se lo facciamo così su tutti i pazienti, avremmo una standardizzazione della valutazione abbastanza buona.
Ora, quali sono i quattro indicatori? Secondo me sono: l'uso di sostanze - in poche parole, si fa ancora o non si fa, questa persona utilizza o no varie sostanze - poi c'è la qualità di vita intesa però in un modo particolare, la performance psico sociale - cioè è integrato, lavora o no? - e infine l'incidenza di patologie correlate, tutto ciò che riguarda la riduzione del danno.
Su questi quattro macro indicatori si è potuto costruire un sistema che, mentre tu lavori, introducendo semplicemente le tue prestazioni e andando a somministrare degli strumenti, essi andranno a valutare la gravità nel tempo; per chi vuole utilizzare l'ASI, questo vuol dire somministrarlo all'inizio e magari dopo sei mesi. Sono trenta minuti a questionario, o quaranta, insomma due ore. Ci sono degli altri strumenti informatizzati che forse richiedono meno tempo; questa è una uscita, come vedete, di un paziente prova, in cui ci sono l'uso di sostanze, la performance psico - sociale, la qualità di vita e le patologie correlate. Ha un tempo T1, T2 che possiamo decidere noi come servizio oppure estemporaneo. I sistemi servono anche per agevolare la lettura del caso clinico, e sono stati studiati anche con i colori; c'è la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo, perché comunque il servizio ha definito che se io metto una persona in terapia dovrei azzerare queste sostanze e quindi se ne trovo dentro, vuol dire che non ho raggiunto ancora tutto l'obiettivo.
Il sistema è estremamente pragmatico, è dotato di molte possibilità di errore, ma che permettono di capire un po' meglio come può andare la situazione.
E' un'applicazione innovativa, ha un costo zero, non c'è business dietro, per evitare qualsiasi tipo di malinteso, nel senso che essendo stata sviluppata in una struttura pubblica, non è coperta da copyright, la cediamo molto volentieri, ma ci sono alcuni vincoli e dato che questo è il nome della piattaforma, se la volete vedere è attiva presso lo stand della Regione Veneto, quello che serve per poterla mantenere, per ottenere una valutazione contemporanea, sono dai venti, venticinque minuti al giorno. Sono state fatte tutta una serie di prove perché non potevamo creare un sistema che uccidesse gli operatori. I miei non sono ancora morti per il momento.
Questa cosa utilizza un protocollo di comunicazione, e rispondo a una domanda che mi aveva fatto qualcuno sul discorso delle comunità, che è Internet; cioè vuol dire che, piantato in tutti i SERT e in tutte le comunità, e utilizzando Internet, forse non siamo abituati ancora a questo tipo di situazione, è come se avessimo praticamente tutti i SERT e tutte le comunità nel nostro ufficio, mi sono spiegato? Le distanze geografiche vengono abbattute, con dei sistemi che i venditori di caramelle a livello nazionale utilizzano per i fornitori; si possono creare una serie di cose e noi le abbiamo create, abbiamo addirittura allestito un sito pubblico, con fondi pubblici, senza provider esterno, in modo che si possano anche transitare i dati sensibili. Noi non faremo questo per il momento; creando poi

delle reti virtuali, si chiama EVELINK, questo permette che cosa? Di mettere in rete e cominciare a utilizzare anche una serie di scambi di dati, utilizzando come piattaforma di elaborazione di questi dati l'MMFP che avete visto.
C'è una distribuzione gratuita per i SERT e le comunità accreditate, con solo due vincoli: la partecipazione al gruppo di ricerca e sviluppo, nel senso che non serve portarsi a casa il software, non è il dischetto che si dà eccetera, ma vorremmo avere dei ritorni sulle possibilità, le difficoltà, la miglioria e l'esclusione di finalità commerciali. Chi accetta non deve farne commercio.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Ora la parola passa al Tenente Colonnello GASBARRI, che parlerà di "Attività di prevenzione delle tossicodipendenze e del disadattamento giovanile in genere nel contesto militare".»

Ten. Col. Antonino GASBARRI:- «Tutti si debbono presentare ma a maggior ragione gli sconosciuti, quale mi ritengo di essere. Sono psichiatra e anche psicoterapeuta e ho l'incarico di dirigere la Sezione di psicologia medica militare, presso la Direzione Generale della Sanità militare, che è un organismo che coordina tutte e tre i vertici sanitari delle Forze armate, adesso direi quattro, perché le Forze armate sono Esercito, Marina, Aeronautica e recentemente l'Arma dei Carabinieri; quindi la Direzione Generale di Sanità militare coordina gli ispettorati sanitari di queste quattro Forze armate e quindi ha anche un'azione di emanazione di direttive di carattere generale, riguardo alla sanità militare e nella fattispecie la psicologia militare.
Partecipo volentieri a questa sessione della Conferenza, su invito del Dipartimento per gli Affari Sociali; il direttore generale della Sanità militare, il generale ispettore Antonio MORICARICO, mi ha affidato questo compito di delineare sinteticamente le attività delle Forze armate nel campo della prevenzione delle tossicodipendenze e del disadattamento in genere.
Prima però occorre fare una brevissima premessa: che diavolo ci fa qua un uomo in divisa a presentare un po' una realtà che è quella militare, così particolare e così peculiare? Intanto occorre dire che è gioco forza confrontarci, noi e la realtà ambientale nella quale siamo. Le caserme non stanno sulla luna, stanno sul territorio nazionale e quindi un confronto ci deve essere; sono qui per apprendere e in questi due giorni ho appreso tanti elementi e tante informazioni utilissime, però sono qui anche a rendere un po' più chiaro, più trasparente quello che è il nostro modo di operare nel campo della prevenzione. Questo appunto perché le Forze armate ritengono di non essere un corpo isolato rispetto al nostro Paese, ritengono anzi di essere una realtà che deve confrontarsi, che deve avere un rapporto reciproco con le altre componenti della nostra società. Adesso cercherò di elencare nel più breve tempo possibile il nostro impegno rivolto soprattutto al personale di leva attualmente; in un prossimo futuro sarà invece più pregnante la componente professionale dell'esercito. Come voi saprete i militari di leva andranno via via a diminuire nei prossimi anni; la fine della leva è prevista operativamente nel 2006.
In questa diapositiva sono delineati grosso modo i settori di intervento su cui cerchiamo di operare in termini preventivi. Innanzi tutto c'è lo studio della struttura di personalità degli iscritti di leva e delle reclute. Come iscritti di leva noi intendiamo le persone che ancora non sono alle armi, non sono entrate in caserma, ma che sono iscritte nelle liste di leva, quindi sono civili che vanno a fare la famosa visita dei tre giorni. Poi c'è l'azione di informazione e di educazione alla salute, a livello delle caserme, sul personale militare, ma anche a livello dei quadri, quindi dei comandanti che andranno a comandare poi le unità. Poi abbiamo l'attività vera e propria di supporto psicologico, la preparazione specifica del personale e infine l'attività di ricerca scientifica.
Col breve tempo a disposizione, mi rendo conto che probabilmente non potrò approfondire tutti quanti questi argomenti. A Roma si dice: dove arrivo metto il segno, vorrà dire che poi, in una prossima volta, eventualmente, completeremo il discorso.

Lo studio della struttura di personalità degli iscritti di leva e delle reclute, la consideriamo un'attività di prevenzione, anche se è una attività selettiva vera e propria. Dobbiamo tenere presente che le Forze armate sono un settore di attività estremamente stressante, quindi è per noi di fondamentale importanza prendere elementi che diano una ragionevole garanzia di poter sopportare degli stress che altri lavori non possono dare.
Questa azione come si sviluppa? Si sviluppa con uno screening personologico che è stato introdotto dall'87. Il livello qualitativo della selezione si è elevato recentemente con la somministrazione routinaria di un test di personalità e di un colloquio psicologico generalizzato, vale a dire su tutti gli iscritti di leva che si presentano ai Consigli di leva.
Teniamo presente che parliamo di numeri grandissimi. Gli iscritti di leva ogni anno sono circa 400.000 e quindi questo è uno screening che noi facciamo a livello generalizzato. Recentemente, è stato anche studiata la possibilità di introdurre un nuovo test, proprio pensato in collaborazione con l'Università di Roma, per le esigenze della Difesa e che sostituirà il test attualmente in vigore che è il Minnesota.
L'attività di supporto psicologico. Questa parte cercherò di trattarla molto velocemente, avvalendomi dei lucidi. Questa attività è capillarmente estesa a livello di ogni ente, corpo o reparto, quindi a livello proprio generalizzato e si basa su tre capisaldi, generalmente cioè i centri di coordinamento e di supporto psicologico, i dirigenti del servizio sanitario, gli ufficiali consiglieri. Questi capisaldi entrano in gioco in un momento in cui non si richiede un intervento prettamente specialistico; in un prossimo futuro cercheremo di inserire anche in questo ambito, che è un ambito puramente territoriale, pure una componente proprio psicologica.
E' di pochi mesi fa l'attuazione di concorsi per psicologi militari sottotenenti; psicologi militari perché adesso ci sono soltanto psichiatri, cioè medici. Per le nostre esigenze psicologiche, ci avvaliamo di consulenti civili, dopo un debito addestramento formativo, per quanto riguarda le cose militari; non prendiamo lo psicologo civile dal suo mondo e poi lo catapultiamo nella realtà militare senza nessuna formazione in proposito.
I centri di coordinamento e di supporto psicologico, abbiamo detto che sono costituiti a livello di brigata, reggimenti, scuole o istituti di formazione. Seguono l'evoluzione dei disadattamenti giovanili e forniscono omogeneità di indirizzo al supporto psicologico nelle caserme, sotto la loro guida. Sono costituiti da un ufficiale d'arma esperto, in genere che ha venti, venticinque anni alle spalle di vita militare e quindi sa quali sono le problematiche di adattamento che si incontrano in caserma, dall'ufficiale medico e un cappellano militare. Ripeto, contiamo, a breve termine, di affiancare anche la figura dello psicologo militare. Teniamo presente che questo è un momento non specialistico, cioè il ragazzo entra in caserma e può manifestare un disadattamento di qualsiasi tipo ed esso viene valutato da queste figure. I dirigenti del servizio sanitario sono degli ufficiali medici, sono consulenti del comandante, individuano e ove possibile trattano direttamente in caserma i problemi disadattivi dei giovani di leva, mantengono contatti con i centri di coordinamento di supporto psicologico e, questo è importante, avviano ai consultori psicologici quei militari che non possono essere trattati in caserma.
Entriamo poi nella seconda fase, quella specialistica. Fino ad ora abbiamo individuato una fase non specialistica. La fase specialistica è data dai consultori psicologici e poi ne parleremo più approfonditamente. I consultori psicologici rappresentano il supporto psicologico specialistico, sono in attività sin dai primi anni '80 e però sono allocati negli ospedali militari in genere, tranne che per l'Aeronautica militare che li ha dislocati proprio in enti operativi sul territorio. Quindi sarebbe auspicabile anche per le altre Forze armate seguire un po' l'esempio dell'Aeronautica militare, far uscire i consultori psicologici dagli ospedali militari e metterli proprio sul territorio, nelle caserme, però attualmente ancora non è possibile fare questo, perché i medici militari e gli psicologi militari sono ancora pochi rispetto alla realtà che debbono andare a valutare e infatti questo si ripercuote sulla composizione dei consultori psicologici. L'attività è diretta da ufficiali medici specialisti in psichiatria o psicologia medica - io stesso sono stato dirigente del consulto-

rio psicologico di Roma, alla Cecchignola, prima di ricoprire questo incarico - però si avvale di un numero consistente di consulenti, civili sia psichiatri che psicologi e soprattutto sia di sesso maschile che femminile. Questa attività è rivolta a quei militari che, per problematiche di natura disadattiva e quindi anche perché consumatori occasionali di sostanze stupefacenti, si configurano come soggetti a rischio.
Un'altra cosa che emerge è questa, le Forze armate, proprio per normativa, non possono trattare la prevenzione terziaria, perché la normativa che è data dal Testo Unico in materia di tossicodipendenza, del '90 stabilisce dei precisi limiti e quindi è ovvio che noi ci ripetiamo nella prevenzione ai cosiddetti consumatori occasionali di sostanze stupefacenti o tossicofili, come noi li chiamiamo. Quando si presentano casi di vera e propria tossicodipendenza, il nostro meccanismo preventivo nostro è ancora la selezione, cioè la persona viene allontanata dalla vita militare. I nostri numeri sono piccoli, noi abbiamo avuto, per esempio, nel '99, 2.990 casi di persone che hanno usato sostanze stupefacenti e in questa valutazione entrano anche gli iscritti di leva, cioè gente che è stata vista dai consigli di leva, che non era in caserma; le 2.990 persone che hanno usato stupefacenti vanno raffrontate ai 170.000 militari alle armi e ai circa 400.000 iscritti di leva visti nei Consigli di leva. Questo è il raffronto.
Questa diapositiva mostra i 2.990 casi, suddivisi a seconda della posizione militare. Vediamo che la stragrande maggioranza sono attinenti al personale di leva e soltanto la minima parte a coloro che sono in servizio permanente.
La diapositiva successiva focalizza l'attenzione sul fatto che i 2.990 casi non sono da riferire a persone tossicodipendenti.
Potremmo catalogare come tossicodipendenti quei 266 casi che hanno rivelato un uso giornaliero di sostanze, o tutt'al più quei 640 casi che hanno rivelato un uso di qualche volta a settimana. Quindi, fra i 2.990, il numero dei reali tossicodipendenti è estremamente basso, e riguarda tutte le droghe comunque. La successiva diapositiva illustra, sempre negli anni '99 e '98, la prevalenza delle droghe. Vediamo che è estremamente elevata la prevalenza di cannabinoidi che arriva all'86% dell'uso di sostanze stupefacenti che abbiamo riscontrato. Segue la cocaina, che addirittura è maggiore come prevalenza rispetto all'eroina e poi l'ecstasy, che è una prevalenza estremamente contenuta, e anche le altre droghe.
L'intendimento della Direzione Generale di Sanità militare è quello però di fare lo stesso qualche cosa per i soggetti legati alle tossicodipendenze che noi incontriamo nel nostro cammino, non limitarsi ad allontanarli dal servizio militare e basta. In questi giorni è allo studio l'ipotesi di creare una unità di coordinamento che possa raccordarsi con le strutture civili, le comunità terapeutiche sia pubbliche che del cosiddetto privato sociale accreditato, in modo che le tossicodipendenze che noi riscontriamo nel corso così, della nostra attività possano venire indirizzate da noi direttamente a una comunità terapeutica.
Sarebbe maggiormente auspicabile anche un'altra cosa, cioè evitare la riforma e far sì che il provvedimento militare sia subordinato al fatto che il soggetto si presti, si impegni all'inserimento in una comunità terapeutica. Questo sarebbe auspicabile però, per fare questo, occorre un cambiamento della normativa che riguarda appunto le Forze armate sempre sulla legge sulla materia della droga.
L'ultima cosa che volevo dire riguarda l'attività di ricerca scientifica che viene coordinata dalla Sanità militare. Posso presentare a titolo di esempio una pubblicazione che è proprio di questi giorni e quindi è uscita di stampa proprio ieri e deve essere ancora presentata ufficialmente. Per correttezza non lo farò, perché appunto vorrei che venisse presentata dagli autori e al Ministero della Difesa; è una pubblicazione che riguarda lo studio statistico ed epidemiologico su circa 35.000 giovani alla visita di leva, cioè una ricerca penso unica in Italia per vastità di campione.
Questa ricerca è stata condotta in coordinamento con l'Università La Sapienza di Roma, l'Istituto di Scienze demografiche, e ha comportato un enorme sforzo logistico da parte della Sanità militare, perché sono state fatte campioni, delle analisi su tutto quanto il cam-

pione dei drug test, sono state messe in atto delle attività in tutta Italia e questa ricerca, ovviamente, verrà presentata, e vi invito poi, quando sarà resa pubblica, a valutarla.»

Dott. Augusto MAGNONE:- «Due minuti fa ho scritto il titolo del mio intervento, perché, sulla base di quello che ho sentito ho deciso di modificare il taglio, nonché il tempo, per cui ho scelto un titolo lunghissimo: "Necessità di una valutazione elementare di efficacia dei trattamenti delle tossicodipendenze omogenea ed obbligatoria su tutto il territorio nazionale". Questo perché parto da una riflessione: voi avete visto tutti in una diapositiva proiettata ieri da VERONESI, ma forse la maggior parte di voi conosceva già questi dati, l'evoluzione che hanno avuto i trattamenti farmacologici in Italia negli ultimi dieci anni, per cui alcuni trattamenti, i trattamenti metadonici a scalare sono praticamente discesi moltissimo, il naltrexone è sceso moltissimo, la clonidina idem, i trattamenti non specificati idem ed è aumentato il numero dei trattamenti a metadone a mantenimento.
La comunità. Non esiste più a livello di operatori l'antagonismo metadone e comunità; molte comunità incominciano a dare il metadone, quelle che non lo danno non contestano più il metadone e penso che anche dall'altra parte i SERT riconoscano l'utilità e la necessità in molti casi della comunità.
Perché sono avvenuti questi cambiamenti? A parer mio sono avvenuti perché nel corso di dieci anni gli operatori dei servizi del pubblico e del privato, da un approccio di tipo ideologico sono passati ad un approccio molto diverso, che ha implicato sia maggiori conoscenze scientifiche, sia che molti servizi hanno incominciato a mettere in atto degli strumenti di valutazione dei risultati che li hanno indotti poi a mutare le modalità di intervento.
Accanto a questo, se da una parte abbiamo avuto questo processo faticoso, lungo di maturazione, dall'altra parte abbiamo sentito tutti ieri, se c'eravate, certi interventi di molti assessori e di alcuni politici; è stato distribuito, non c'era una etichettatura, una sigla politica, però era firmato da GASPARRI, GIOVANARDI, da tutta una serie di personaggi, un documento in c'erano delle linee guida che potrebbero essere trasformate in linee guida operative o addirittura, tramite legge, rese obbligatorie da una prossima coalizione politica.
Qui c'era un ritorno al passato, nel senso che si stabiliva, per i trattamenti metadonici, non più di 90 giorni, per i trattamenti a mantenimento, solo in casi estremamente rari, in pazienti che dovevano essere proprio selezionati e ritenuti irrecuperabili.
D'altra parte, abbiamo delle prese di posizione della Magistratura. Voi tutti forse saprete che questi trattamenti metadonici a tempo protratto o a mantenimento, come preferite chiamarli, sono ritenuti penalmente illeciti dalla Corte di Cassazione e la Corte di Cassazione fa giurisprudenza.
Sono state in questi anni fatte diverse sentenze, tutte uguali, della Corte di Cassazione, l'ultima è del 2000, per cui è abbastanza recente, nella rete assolutamente sono caduti i medici di base per cui non è importato niente a nessuno.
Ultimamente l'episodio ha riguardato un grosso SERT di Milano. Fatto sta che la Corte di Cassazione, alla faccia che la legge consenta certi trattamenti e che certi trattamenti vengano riconosciuti anche dal mondo scientifico, ritiene illegittimi, e pertanto non terapeutici, tutti i trattamenti che siano di lunga durata, non a scalare e non finalizzati a un programma successivo di recupero, il che significa che per un SERT che cadesse in un magistrato, bene intenzionato o male intenzionato, e si arrivasse ad una denuncia e se si arrivasse a livello di Corte di Cassazione, la condanna probabilmente, per il SERT, per questi operatori, sarebbe dagli otto ai ventidue anni, dato che in ogni SERT ci sono numerosi pazienti che vengono sottoposti a questi trattamenti. Ho visto, per il centro di Milano, le aggravanti: concorso, associazione a delinquere perché il fatto veniva commesso da troppi medici. Al medico curante che ha solo quattro pazienti si applicherebbe il comma, non mi ricordo più se 3 o 4, per cui si farebbe solo dai due ai quattro anni di carcere, sarebbe un privilegiato.

Ho apprezzato moltissimo tutti gli interventi che ci sono stati sulla valutazione di efficacia della qualità e siccome sono stato un primario del SERT, sono tutte cose che condivido; però anche qualora mettessimo in atto delle procedure simili, al momento non le ritengo percorribili, perché non tutti i SERT sono in grado di effettuare, non verrebbero probabilmente comprese dai politici, che non hanno avuto la stessa maturazione che invece hanno avuto gli operatori. Forse i nostri politici, le poche riviste scientifiche che facciamo non le leggono, per esempio il Bollettino delle tossicodipendenze, e poi non sanno l'inglese perché altrimenti sulla valutazione dei trattamenti ci sarebbero tonnellate di materiale.
Allora dobbiamo incominciare a fare delle valutazioni che costringano, che siano comprensibili dai politici e che siano effettuabili da tutti i servizi.
La ritenzione al trattamento, le curve di sopravvivenza al trattamento, che sono estremamente banali e un minimo di validità ce l'hanno sulla valutazione di efficacia dei trattamenti: incominciamo da quelle e poi nessuno vieta di inserire tutta una serie di altri indicatori che probabilmente molti SERT stanno già utilizzando, mentre altri non sono in grado di farlo.»

Chairman Dott.ssa Marina DAVOLI:- «Adesso passerei direttamente agli interventi.»

Intervento:- «Non mi sono preparato l'intervento, dico due cose come comunicazione, nel senso che oggi si è sottolineata moltissimo da parte di tutti gli interventi, che sono stati fatti l'importanza dell'outcome come elemento forte, nel senso che nella diversificazione degli interventi che andiamo a mettere in atto, ciò che ci interessa in modo particolare è che ci sia questa attenzione al risultato; nel senso che posso lavorare di meno, ma avere, un outcome migliore rispetto a quello che avrei dalla produzione di prestazioni e di una qualità dei processi, degli output stessi, di un certo tipo.
Il discorso dell'outcome è un elemento che è venuto fuori, è continuamente rimandato e la cosa che mi è dispiaciuta in parte è il fatto che non è stata messa all'interno di questa sessione. La mia richiesta di intervento era proprio per non giocare in questo contesto, un'esperienza già fatta dal '97 fino ad oggi, che è ancora in attivo, e la stiamo facendo come Regione Emilia Romagna, di utilizzo, come Regione sperimentale, su un progetto nazionale del Ministero della Sanità. E' appunto la sperimentazione di alcuni strumenti di outcome, dopo che abbiamo fatto un lavoro di circa un anno e mezzo per addivenire a una condivisione di alcune dimensioni di outcome, che forse erano condivise da tutti i responsabili dei SERT dell'Emilia Romagna e dai responsabili degli osservatori e da alcuni operatori. Questo lavoro lungo è stato fatto, ha portato poi alla strutturazione di un sistema di produzione dell'outcome che ritorna continuamente nel discorso della qualità della vita e del rapporto con le sostanze, due dimensioni che tornano anche a livello nazionale, e dalle 16 Regioni sono in qualche modo state individuate come elementi condivisi. Da parte nostra c'è una sperimentazione di questo, con l'individuazione di alcuni strumenti che ci hanno permesso poi di testare queste due dimensioni nei nuovi utenti arrivati al servizio, attraverso queste due dimensioni che abbiamo individuato e la costruzione di indicatori di affrancamento dalle sostanze, indicatori di qualità della vita e indicatori di percezione del rischio, che possono essere presi a se stanti. ma anche incrociati fra di loro.
Questo lavoro, presentato a metà ottobre in un convegno europeo a Bologna, ha messo in risalto alcuni risultati, nel senso che non tutti gli osservatori dell'Emilia Romagna hanno implementato questo sistema di produzione dell'outcome, però di fatto almeno 5 osservatori lo hanno attivato e negli atti di quel convegno abbiamo anche presentato i risultati in questo senso.
Era interessante vedere la valutazione dei soggetti attraverso un'analisi dei risultati di questi indicatori, vedere a distanza, dal tempo T1, la differenza di questa evoluzione del soggetto, in parte dovuta ai trattamenti che ha ricevuto dal servizio, ma anche in

parte rispetto a una serie di fattori esterni, di vita che la persona stessa agisce all'interno del proprio contesto affettivo, relazionale, familiare eccetera.
Questa sperimentazione va chiaramente ulteriormente specificata e valutata in alcuni elementi magari di difficoltà nella sua implementazione, ma ha un valore, un peso non indifferente.
La cosa che volevo mettere in risalto è che abbiamo già dei dati già pubblicati, dei dati che andremo a pubblicare ulteriormente e che ci danno dei rimandi in questo senso. Nessuno strumento di valutazione dell'outcome si riesce ad implementarlo all'interno dell'organizzazione del servizio, se non è accettato e condiviso dagli operatori stessi. Le informazioni che noi mettiamo in gioco, che andiamo a rilevare con gli strumenti di rilevazione appunto in riferimento agli indicatori di outcome che abbiamo individuato, devono assolutamente essere condivise dagli operatori e devono assolutamente avere un ritorno negli operatori stessi affinché il sistema abbia una sua validità e anche una sua attendibilità perché si giocano, anche nel modo in cui tu somministri lo strumento, nel modo stesso in cui glielo proponi, effettivamente delle distorsioni di informazioni di un certo tipo.
L'importante è implementare un sistema dell'outcome all'interno di un servizio, con il coinvolgimento degli attori primi, che sono appunto gli operatori che lavorano in quel servizio.
Finché si rimane al livello del progetto chiaramente possiamo disquisire e avere una grossa definizione e precisazione; nella sua implementazione richiede continuamente un rinforzo della motivazione degli operatori e un ridare significato alla stessa motivazione proprio nel corso del lavoro medesimo.
Il problema è trovare, rispetto agli indicatori di outcome che andiamo ad individuare, degli strumenti che possono sia rispondere alle esigenze degli operatori dal punto di vista clinico, sia a una serie di esigenze del servizio dal punto di vista della direzione, della dirigenza. Questa mediazione, chiaramente, non è facile, non è immediatamente recepibile, però è l'unica scommessa che effettivamente si può giocare in un sistema di questo tipo, perché diversamente rischia di essere molto bello come modello progettuale. Se ci appoggiamo solamente al livello manageriale, ciò diventa troppo limitante a livello, di confrontabilità dei dati.»

Intervento:- «C'è stato un progressivo aumento di utenti in carico, ne contiamo 140.000 e vogliono i risultati. Io sono la prima, ero abituata a lavorare in un altro ambiente e quindi il risultato non gratificava solo l'utente, ma anche me e quindi riduceva il burnout degli operatori. Ci dobbiamo anche chiedere se qualcuno ha mostrato un grafico di come e quando sono aumentati gli operatori impiegati in questo settore. Io non ho visto dei dati, ho l'impressione che in realtà questo monitoraggio non viene fatto e si ripercuote in senso negativo su quelle che sono le valutazioni che ognuno di noi vorrebbe fare.
Tutte le cose che abbiamo visto sul monitoraggio, sull'esito clinico e poi alla fine sull'esito manageriale, saranno importanti, però l'esito clinico è quello che i non addetti ai lavori vogliono, ma soprattutto lo vuole la famiglia, lo vuole sapere il Comune, lo vuole sapere l'ente che collabora e quindi è anche giusto che tutti dicano quello che fanno e lo diciamo pure noi e lo vorremmo dire.
Credo che per fare tutta questa bella cosa fondata sull'informatizzazione, detta dal dottor SERPELLONI, non abbiamo in realtà le persone; c'è un alto turnover, non c'è incentivo a restare nel servizio.
Abbiamo chiesto un gettone per riconoscere agli addetti nel settore medico infermieristico che fanno i prelievi per il comparto, un rischio infettivologico e ciò non è stato mai preso in considerazione. Quali sono gli incentivi in questo settore per gli operatori? Non lo so, ma ho l'impressione che gli operatori, dal '92, '93, siano rimasti immutati come numero e lo sia stato anche il numero dei servizi; per rispondere a tutte queste cose, c'è bisogno anche di forze umane che io avverto a livello periferico, e non ci sono per dav-

vero.»

Intervento:- «Se noi andiamo a vedere che cosa succede all'estero, per gli interventi sulle tossicodipendenze, non troviamo una struttura simile a quella dei SERT. Se prendiamo, per esempio, le cliniche del metadone, la struttura più complessa che esiste dopo il SERT, ci rendiamo conto che per dodici ore di apertura, c'è un medico ogni 350 pazienti contro quello che prevederebbe, che poi non è rispettato, l'organico dei SERT, cioè 10 medici per 350 pazienti. Che poi ce ne siano 5, ma rispetto a uno, è tanto. Lo stesso discorso vale per l'altro personale. Le cliniche del metadone hanno uno psicologo a diciotto ore alla settimana, considerano questi interventi integrati, per cui funzionano di più, poi un assistente sociale, 10 assistenti, circa 6, 7 infermieri e invece un counselor per ogni 35 pazienti.
Noi abbiamo invece per 350 pazienti, un rapporto operatore/paziente di 1 su 25, 1 su 35. Mi chiedo come mai queste strutture, per non parlare di quelle europee, con pochissimo personale, riescono a fare una valutazione dei trattamenti, cioè chiediamoci anche questo.»

Dott. Giovanni SERPELLONI:- «Sono molto d'accordo con quello che ha detto. Io ho visitato le cliniche del metadone a New York, soprattutto il BAILEY Hospital, per esempio, ne ha una molto grande e i parametri sono questi.
Quindi forse c'è bisogno di riorganizzare i servizi dall'interno su una situazione, io la chiamo manageriale, o di MANAGED CARE, che non vuol dire semplicemente andare a controllare i costi o a computare i costi. E vorrei dire una cosa al collega dell'Emilia Romagna. Io non sono molto d'accordo, non è polemica, è proprio un confronto di metodologia, sul fatto di fare lunghi percorsi di discussione con i servizi per mettersi d'accordo sugli indicatori di outcome da utilizzare, perché questa è una tecnica che, sinceramente, nel business noi conosciamo molto bene e non fa ricco sicuramente l'ente pubblico, ma fa ricco qualcun altro. Sarò molto crudo, se vuole, però la questione è questa.
Non credo che ci si debba discutere, tanto perché un medico, nel momento in cui si fissa, per esempio, un indicatore di outcome per una terapia antibiotica per una polmonite, non è che debba discutere se quell'indicatore, che è la guarigione della polmonite, è condiviso o no perché ci sono delle evidenze talmente sedimentate nella letteratura scientifica che ti dicono cos'è che c'è da fare senza tanto discutere.
Il fatto di creare una discussione per identificare il modello e l'indicatore, potrebbe essere funzionale a qualcos'altro. Lo dico come domanda. Proviamo a valutare il fatto di costruire dei modelli di MANAGED CARE e allora sì che dovremo andare a discutere in un'altra maniera con l'operatore. Questo fa parte della formazione e dell'addestramento, mi spiego? Non starei a discutere tanto sugli indicatori, se non sul fatto di dire: guardate che quello che ci riporta la letteratura è questo, lo usiamo o no? Direi poi che le Regioni hanno un ruolo fondamentale su questa cosa.»

INCONTRO CON I GIOVANI

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Cominciamo questa sessione, che io introduco rapidissimamente per lasciare la parola ai protagonisti, ai giovani. Sentire il rumore dell'erba che cresce è una metafora dell'ascolto, che è contemporaneamente possibile e impossibile. È impossibile perché la soggettività di ognuno ha un nucleo che non può essere toccato e svelato, come ricordava un mistico musulmano del Medio Evo, ed è possibile se si osserva un modello particolare. E qui uso un'altra metafora del '400 che dice, è presa da un trattato sulla contemplazione, quindi un trattato di mistica, che dice: se tu guardi una nuvola, e nella nuvola vedi un animale, una figura, vuol dire che tu non stai guardando la nuvola; che tu stai guardando te stesso; se tu vuoi veder la nuvola devi fare il vuoto mentale in te, lasciare che la nuvola entri in te e che tu diventi nuvola: solo così vedrai la nuvola. E questa per me è una bellissima metafora dell'ascolto, quello a cui vi invito, perché se vogliamo rendere possibile sentire l'erba crescere, dobbiamo avere la capacità di svuotarci a priori delle nostre categorie per lasciare che siano gli altri, e in questo caso i giovani, a parlare dentro di noi. Allora, noi abbiamo scelto otto gruppi, che non sono un campione statisticamente rappresentativo, ma sono molto diversi l'uno dall'altro e in cui vediamo rappresentate diverse delle soggettività giovanili, perché voglio ricordare che oggi il mondo giovanile non può essere descritto in termini di condizione. La condizione giovanile è finita alla fine degli anni Settanta. Oggi il mondo giovanile è un universo composito, complesso, di soggettività e di percorsi di crescita anche, a volte, molto diversi l'uno dall'altro. Allora, attraverso questi otto gruppi, avremo uno spaccato di alcune di queste soggettività. E abbiamo offerto a questi gruppi una traccia, una pista di riflessione che loro in autonomia hanno elaborato. Hanno scelto degli argomenti e qui presenteranno una sintesi. Purtroppo il tempo newtoniano, il tempo dell'orologio ci obbliga a essere brevi, però credo che, nonostante questo riusciranno a renderci conto, in qualche modo a comunicarci le loro riflessioni, le loro esperienze, i loro vissuti. Gli otto gruppi li dico nella sequenza in cui li ascolteremo: c'è un gruppo di volontariato, che era stato coordinato dal dottor Antonio SPARACO, che proviene dalla Sicilia, dal trapanese. Ed è quello che aprirà la comunicazione. Poi c'è un gruppo, Drop in, che viene da Torino, che è stato seguito dalla dottoressa Margherita RICCIUTI. C'è un gruppo di studenti di Roma, che è stato seguito dalla professoressa Simonetta PICONE STELLA. C'è un gruppo di Genova, che è stato seguito dal dottor Franco CHIRCO. C'è un gruppo di pari, di cui abbiamo un opinion leader, che è stato seguito dal dottor Riccardo DE FACCI. C'è un gruppo dei pari, che segue un progetto a Firenze, seguito dalla dottoressa Mariella ORSI. C'è un gruppo del parlamento euro-

peo che è stato contattato attraverso la dottoressa BAGOZZI. E infine c'è il "Gruppo della notte", che è stato seguito dal dottor Maurizio AGOSTI, più noto come il Principe Maurice, e che concluderà la nostra carrellata. Dopo il "Gruppo della notte" ci collegherà idealmente con un altro gruppetto che interverrà, formato da cinque DJ, che offriranno uno loro testimonianza. Quindi si aprirà uno spazio per interventi aperti a voi. Finita questa unità c'è uno spazio, che poi Maurice definirà meglio, in cui i DJ ci faranno ascoltare la musica, e sarà possibile rivivere l'atmosfera, in modo più soft, più tranquillo, della discoteca. È questa la seconda parte, è l'evento.
A questo punto occorre che noi adulti facciamo un po' di silenzio e lasciamo parlare loro. Cominciamo dal gruppo di volontariato cattolico, di Trapani, che è formato da Valentina PIRAINO e da Loredana RUBINO.»

Valentina PIRAINO:- «Rappresento il gruppo di volontariato del Sud. Innanzitutto voglio partire dal concetto di volontariato, che è il motivo per cui siamo qui. Il volontariato non è un'associazione, magari quella che rappresentiamo noi oggi. E' uno stile di vita, quello che oggi vi vogliamo proporre. Questo per un motivo in cui penso noi giovani sicuramente saremo tutti concordi. Il disagio giovanile nasce da uno stato di chiusura del giovane. E da un rapporto conflittuale che sicuramente egli vive, prima di tutto con sé stesso, e poi con gli altri. Ci troviamo infatti in uno stato in cui non manca un'identità, come spesso viene detto dagli adulti, ma c'è una mancanza di identificazione e quindi questo porta a una pluralità di identità. Chi siamo, a chi ci dobbiamo adattare, a chi ci dobbiamo adeguare? Noi sappiamo che comunque, ogni giovane da sempre ha avuto bisogno, per crescere nella maniera migliore, di modelli. Questo vale per tutti. Ma noi oggi questi modelli da chi li troviamo? Sicuramente non dallo Stato, in un periodo in cui sono stati messe a repentaglio e in discussione addirittura le istituzioni fondamentali del nostro Stato, i principi fondamentali dell'uomo, i valori dell'uomo. Forse non dalla famiglia, che molte volte è improntata a una sorta di autoritarismo o comunque che non educa al benessere vero. Sicuramente, volevo aggiungere, non dai mass media, perché propongono il mito della bellezza, della forza esteriore, qualcosa che ci influenza a cercare di raggiungere mete che talvolta sono impossibili per le nostre capacità, le nostre facoltà, le possibilità che abbiamo noi soggettivamente. Questa non vuole essere una critica, perché sono contrarissima alle critiche, perché la critica è un'arma a doppio taglio. Infatti è distruttiva quando ad essa non segue una risposta. Quello che vogliamo fare oggi non è dare delle risposte vere e proprie, forse avremo bisogno di più tempo per farlo, ma comunque vogliamo dare un input, un via, per poi partire magari assieme.
Noi abbiamo bisogno comunque di una rivalutazione dell'uomo. Siamo in una società troppo individualista in cui ognuno vive per sé, vive a sé, per i propri interessi, per soddisfare i propri bisogni. Non è questa la vita. Abbiamo bisogno di una società meno individualista, più aperta. Più aperta all'uomo, perché l'uomo è qualcosa di eccezionale, una persona che può dare tanto, piena di bisogni, di domande, paure, fobie. Ed è compito nostro, perché viviamo per questo. Ascoltare, assecondare e aiutare. E poi servirebbe un ritorno ai valori veri della vita, valori che sono l'onestà, la solidarietà, l'amore e comunque un'apertura da parte del mondo adulto. Questo è un punto un po' delicato. Da parte del mondo adulto e soprattutto da parte dei politici. Perché si è parlato delle nostre dipendenze in questi giorni. Ed è vero, noi conosciamo tutti la situazione in cui viviamo, abbiamo tantissima dipendenza. Però penso che non ne abbiamo una che è importantissima: non dipendiamo dal potere. Questa è una cosa comunque importante. Non dipendiamo dal potere, noi non vogliamo il potere che comunque, per ora, hanno gli adulti, non ci interessa. Vogliamo cooperare, collaborare, per due motivi. Primo perché ci troviamo in una situazione in cui, nella nostra società, mancano i modelli. Non voglio che fra dieci anni i miei figli si ritrovino nella stessa situazione, o se continuiamo così, in una situazione ancora peggiore. Devono trovare il modello che

non gli viene dato da una singola persona per un puro caso. Solo perché ama la vita, vive la vita ed è diventata la rarità. Ma vogliamo modelli che vengano dati dalla società, perché è una società per l'uomo, nata, cresciuta e che continua a svilupparsi in funzione dell'uomo. E poi perché chi meglio di noi può capire i nostri problemi? Sicuramente siamo diventati un oggetto di studio oggi. Ci siamo analizzati, si parla di noi, anche se non si parla con noi. Invece abbiamo bisogno di parlare, abbiamo tante cose da dirvi, perché viviamo le ansie, le paure, i problemi che portano il giovane a drogarsi, alla dipendenza. Sappiamo perché ci si arriva. Magari non abbiamo una proposta di legge concreta. Sicuramente questa è data dall'esperienza, che nessuno toglie agli adulti, nessuno toglie ai politici e che noi non abbiamo. Però l'esperienza con chi vive direttamente e davvero i problemi, con chi vive le paure, le situazioni, con chi vede gli amici e i fratelli andare verso la via della morte, sicuramente porta a delle proposte di legge che comunque concretizzano. Non sono gli scontri politici, le ideologie. Legalizziamo la droga, non la legalizziamo: dicendo così sicuramente riduciamo il problema, però continuerà a sussistere. E nella società, in un mondo per l'uomo, che è stato creato per l'uomo, questo non deve esistere.
Un altro punto che volevo sottolineare è il giovane affetto dalla dipendenza, tossicodipendente, alcol - dipendente. Sono qui a rappresentare le associazioni di volontariato. Prima di tutto questo è un uomo, non trattiamolo come un malato, come un caso patologico, come una persona da studiare e da analizzare. Non è il singolo caso che ci dà le risposte, è la massa. Questa persona è un uomo, ha sicuramente una personalità infranta, distrutta, ed è dovere nostro prenderlo, aiutarlo e condurlo a ricostruire la personalità, a ridargli la dignità e a portarlo verso un vero cammino, che non è quello di oggi, non è quello del potere, non è quello dei soldi, ma è quello dell'amore. Forse cado nella retorica ma è così. Ognuno vive in funzione dell'altro ed è questo lo stile di vita che noi oggi vi proponiamo.»

Loredana RUBINO:- «Sono nel gruppo di volontariato con Valentina, che, bene o male, ha già detto tutto. Vorrei riprendere dei punti, andare un po' più sul profondo. Secondo me il problema alla base di tutto è il fatto che i giovani dedicano poco tempo alla loro interiorità. O comunque vengono poco educati a questa cosa. Secondo me, sfugge quella che è per me la verità assoluta, cioè una conoscenza proprio approfondita di sé, una crescita spirituale. Molto spesso in famiglia il bambino viene educato al benessere, a un benessere che è solo materiale, non ci si preoccupa mai dello spirito. E lo spirito di un bambino è un fiore profumato, ha bisogno di tante cure, di tanto amore, di tanta comprensione. E così nelle varie fasi di crescita. Ecco che praticamente, nel momento in cui si ha un atteggiamento di amore, come diceva Valentina, il giovane cresce, impara ad accettarsi, perché c'è un clima di amore nella famiglia, la voglia di perdonarsi, di rispettarsi, di ascoltarsi. Viviamo in una società in cui non si possono più avere dei limiti, dei difetti, delle paure. Il giovane tende sempre a crearsi un'immagine completamente diversa da quella reale, perché è come se si debba identificare con questi miti di forza, di bellezza. Allora cerca sempre il modo, al di fuori di sé stesso, di riuscire a centrarsi, in una società che dà soltanto inquietudine e indifferenza. Quindi vorrei lanciare un messaggio a tutti i giovani. Il problema secondo me è questo: il bene più grande, veramente grande che noi abbiamo, è la nostra giovinezza, non sono i beni materiali. E la nostra giovinezza la dobbiamo donare.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Allora il gruppo "Drop in". Parleranno Paola BERTOTTO e Antonio GARZILLO.»

Paola BERTOTTO:- «Prima di iniziare il nostro intervento vorrei dirvi due cose sul contesto che sono qui a rappresentare, cioè il drop in. In modo da poter contestualizzare il nostro intervento. Il drop in è un luogo di intervento di riduzione del danno dove,

oltre a preoccuparci di prevenzione sanitaria rispetto ai rischi droga o sesso - correlati, quindi con la distribuzione di materiale sterile, si accolgono le persone, consumatrici e non. Rispettiamo le scelte individuali favorendo l'aggregazione, lo scambio di informazioni e il confronto. Tentiamo di migliorare la qualità della vita di coloro che consumano, e che vi accedono, grazie anche a un capillare lavoro di rete, che ci permette di usufruire al meglio delle risorse e delle opportunità offerte dal territorio. Cerchiamo inoltre di favorire l'autodeterminazione e di promuovere la consapevolezza e la riappropriazione di quei diritti di cittadinanza che ciascuno dovrebbe possedere, che spesso chi consuma sostanze ed entra nei circuiti dell'illegalità neanche conosce.
A distanza di tre anni dall'inizio di questa esperienza abbiamo rilevato che, da parte delle persone con cui siamo venuti a contatto, e soprattutto tra i più giovani, c'è stata una crescita della presa di coscienza della propria condizione, che si è tradotta in modifiche dei comportamenti a rischio, in una maggiore solidarietà tra di loro e nella consapevolezza e nella fiducia nella loro forza rivendicativa. Siamo un osservatorio privilegiato rispetto al quotidiano di chi consuma e abbiamo l'opportunità di toccare con mano il danno nelle sue molteplici forme. Una per tutte è la politica del toccare il fondo. Che non ha fatto altro che produrre una popolazione disperata, emarginata, privata spesso dalla dignità e del minimo indispensabile per condurre un'esistenza decorosa. Ogni giorno il nostro impegno è nel cercare di ipotizzare e di immaginare gli interventi e gli strumenti più consoni alle difficoltà del singolo individuo. Se diamo uno sguardo alla cosiddetta politica che viene portata avanti sulle nuove, o forse vecchie droghe, perché tanto nuove non sono, e il mondo giovanile, pensiamo che si stiano ripetendo un po' gli stessi vecchi errori fatti a suo tempo con l'eroina. Dove le risposte sono sempre e solo le stesse. Demonizzazione, criminalizzazione, repressione e medicalizzazione. Prima ancora che il fenomeno sia stato analizzato, conosciuto e compreso. Quando invece emerge che la popolazione più giovane ricerca nell'utilizzo di sostanze eccitanti quelle caratteristiche capaci di aggregare e divertire. Non ci scandalizziamo quando ciò avviene attraverso l'alcool o le sigarette. Ma rabbrividiamo di fronte alla parola ecstasy. A Torino, questo inverno, i mass media hanno esagerato nel riportare la notizia del consumo di hascisc nelle scuole e di pastiglie nelle discoteche. L'unico intervento a questo nuovo allarme è stato: cani poliziotto e presidi repressivi, senza neanche un accenno all'informazione. Per i giovani una lettura così demonizzante, in modo totale, impedisce il riconoscimento dei livelli di rischio reali effettivamente insiti nelle diverse sostanze e nei diversi comportamenti.»

Antonio GARZILLO:- «Sono un consumatore di eroina. Credo che lo resterò per tutta la vita, perché l'eroina è una sostanza che a me piace e non vedo perché me ne dovrei privare. Il gruppo di cui sono portavoce è il gruppo dei giovani consumatori di eroina, se non l'aveste ancora capito. E il contesto di queste osservazioni è appunto il drop in dove sono un operatore pari. Le particolari difficoltà che hanno questi giovani consumatori è a relazionarsi soprattutto con i gruppi di pari, loro coetanei, che non assumono sostanze. Il problema maggiore è quello di non essere emarginati dagli altri gruppi di pari, di essere accettati per quello che essi sono, anche se usano sostanze, le cosiddette droghe pesanti. E a questo punto vorrei dire una parola sulla notte. Le notti a questo punto diventano un luogo di fuga, quando dovrebbero essere un luogo di vita, un luogo di riaggregazione tra questi gruppi di giovani in particolare. Solo che purtroppo, per queste politiche, tutto ciò non avviene. Da questo osservatorio che è particolarmente privilegiato, come ha detto prima Paola, credo che in questi anni siano stati prodotti dei risultati molto importanti. Le persone vengono da noi a prendere il materiale sterile, usano le siringhe nuove, riportano le siringhe usate. In questi anni molte persone, anzi tantissime persone, hanno modificato i loro comportamenti a rischio. Molti hanno l'abitudine di tenere fiale di narcan in tasca, quindi per moltissimi si è trattato di salvarsi la vita e di salvare la vita ad altre persone. Ma sono poi costrette, e qui viene il parti-

colare che non va bene, che non funziona, a usare questi materiali in luoghi igienicamente disastrosi. Oltretutto con la paura della repressione poliziesca, perché chiaramente se la polizia ti becca con la roba te la butta via. E questo aumenta i rischi di overdose in maniera esponenziale. E qui vorrei fare una parentesi. A Torino, purtroppo, ci sono ancora alcuni equipaggi di polizia e di carabinieri che distruggono questo materiale sterile appena consegnato. Sia dal drop in, sia dall'unità di strada, sia da alcune altre strutture a bassa soglia. Questo purtroppo succede ancora. A questo punto se davvero vogliamo parlare di riduzione e del danno e dobbiamo affermare con forza questo concetto, perché è l'unico che in questi pochi anni ha prodotto risultati, bisogna avere il coraggio di investire in strutture che in Europa hanno ottenuto ottimi risultati. Stiamo parlando delle stanze tutela della salute, ovvero delle famose shooting gallery o safe injecting rooms o come vogliamo chiamarle, che sono luoghi in cui la gente può tranquillamente consumare le proprie sostanze senza avere paura di morire sotto un ponte o che la polizia ti sequestri la roba e ti faccia passare una giornata, di conseguenza, di "sbattimenti" nuovi. Dobbiamo renderci conto che, se vogliamo intervenire efficacemente su queste problematiche, non possiamo pensare di non coinvolgere in prima persona i consumatori attivi e non attivi di sostanze. Ed è per questo che oggi forse sono qua io. Ancora una volta le campagne del ministero, qui volevo fare un altro appunto, che sono quelle famose rivolte all'ecstasy, sono lontanissime dalla realtà, a differenza di quello che ha affermato la ministra Livia TURCO ieri, che mi sembra che abbia affermato che queste campagne sono vicine al linguaggio e ai giovani. Questo non è assolutamente vero. Non c'è niente di più falso. Queste campagne sono assolutamente lontane dai giovani, propongono stereotipi che non hanno niente a che vedere con loro. Propongono dei linguaggi in cui questi ragazzi, che frequentano discoteche, prendono ecstasy o vanno ai rave party, assolutamente non si identificano. Questa è proprio grossa, veramente. Non hanno nessuna identificazione in queste campagne. E quindi, secondo me, esse sono assolutamente fallimentari, anche se ci sono stati investiti miliardi. Sono fallimentari in partenza, perché sono ben lontane dall'ottenere i risultati auspicati. A me preme dire ancora un paio di cose. Rispetto alla depenalizzazione e alla decarcerizzazione. Nonostante la conferenza che c'è stata a Napoli tre anni fa, nonostante questa conferenza avesse espresso l'intenzione di lavorare nel senso della riduzione del danno, della decarcerizzazione, della depenalizzazione, in questi tre anni questi punti sono rimasti purtroppo lettera morta. Quindi non ci resta che ribadire con forza questi punti. Pensiamo ed abbiamo verificato che il carcere non può essere un luogo di cura ed educativo. Assolutamente. Tutti i giorni infatti incontriamo persone che, per il solo fatto di essere consumatori di droghe, stanno pagando dei costi umani e sociali altissimi. Dove la sola "colpa" di assumere sostanze li sottopone a sanzioni che sono assolutamente sproporzionate e umanamente inaccettabili. Proprio perché operiamo su questo campo, pensiamo che risposte più pragmatiche e meno moralistiche dovrebbero finalmente essere attuate. Perché farebbero veramente la differenza. Mi viene da pensare alle sperimentazioni di somministrazione controllata di eroina che sono state avviate in Svizzera ormai da anni, in Olanda, che probabilmente partiranno in Germania dal prossimo anno e forse in Spagna e forse ancora in Australia. Naturalmente in Italia arriveremo buoni ultimi, come sempre. E che hanno dato ottimi risultati, hanno dato dei risultati molto positivi.

Decarcerizzare è una cosa assolutamente da fare, perché è improponibile che ragazzi di sedici, diciassette, diciotto, vent'anni, possano finire in galera per la detenzione di dieci, cinque e anche due grammi di hashish, una sostanza assolutamente innocua. Senza parlare del fatto che, se vengono presi con sette, otto pastiglie di ecstasy, possono essere incriminati per tentata strage. Questo è assolutamente delirante. L'ultima cosa che mi preme dire, è personale. A me sarebbe piaciuto che questa conferenza fosse stata dedicata alla memoria di Marco CIUFFREDA e a tutti i morti di proibizionismo di questi anni.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Passiamo adesso a un gruppo di studenti di Roma, formato da Monica LAMBERTI, Silvia SPINUSO, Cesara LUNA, Alessandro TESELLI.»

Silvia SPINUSO:- «Sono la portavoce del gruppo e come piccola premessa volevo dire che l'occasione che ci ha portato a riflettere sul tema che abbiamo scelto, il vissuto della notte, è stata per noi anche un'occasione per conoscerci, per fare amicizia e questo sicuramente per noi è stato importante. Detto questo, come dicevo, abbiamo deciso di parlare del tema del vissuto della notte.
Innanzitutto parlare del vissuto della notte è ovviamente riflettere sui giovani e sulla giovinezza come età della trasgressione. In questa fase del ciclo vitale in cui appunto il giovane non è né adolescente né adulto, correre dei rischi, trasgredire le norme culturali, sociali e morali, non crea nell'individuo alcun imbarazzo. Alcuni ovviamente affrontano questo argomento per sfida, altri per dimostrare il proprio coraggio, altri ancora solo per curiosità. Tutto questo ovviamente si svolge con più facilità di notte: il tempo in cui appunto si compie la trasgressione è proprio la notte. Un momento della giornata in cui in genere sembra tutto possibile e diverso. Probabilmente questa percezione della notte è dovuta all'inconscia percezione della stessa come tabù, che, se da piccoli incuteva paura e obbligava ad andare a letto presto, da giovani attrae e affascina. E d'altra parte il fascino reale della notte è vero che si subisce i primi tempi in cui si inizia a viverla, quando trasgredire magari consiste solo nel rincasare più tardi o semplicemente uscire dopo cena. Col tempo le cose cambiano e la questione non è più solo vivere la notte, ma iniziare a farne parte e vederla come il proprio habitat naturale, nel quale appunto ci si muove liberamente e si fanno delle esperienze che sono impensabili di giorno. In base proprio a queste esperienze che i giovani vivranno la notte in modo diverso, in compagnia di amici con cui hanno condiviso particolari momenti, che il giovane ha selezionato con criteri spesso molto diversi da quelli che usa durante il giorno. La ricerca di forti emozioni inizia a diventare mano a mano una necessità per assicurare alla notte la sua caratteristica di spazio senza regole e senza tempo. Caratteristica ovviamente che la rende speciale. Questo anche perché la notte presenta un ritmo che appare plasmabile soggettivamente. Infatti, se di giorno il tempo segue degli orari standardizzati che vengono dettati dalla società, dal ruolo o dai ruoli che si ricoprono, il tempo notturno invece li rifugge. Nel primo caso, nel corso del tempo della giornata, la protagonista appare la società. Nel secondo caso, di notte, il protagonista è sicuramente l'individuo, che diventa interprete di un tempo i cui confini non sono determinabili a priori. La notte diventa un momento particolare in cui l'individuo può disporre liberamente della propria vita ed esprimere il proprio io. In questo senso la notte diviene anche complice delle sue trasgressioni. E inizia quando l'individuo si toglie i vestiti che lo caratterizzano in quanto persona. Se è persona, è maschera allo stesso tempo, nel senso che è chiamato a presentarsi alla società rispettando quei ruoli che la società gli attribuisce. Se l'individuo -maschera subisce quello che la quotidianità diurna gli impone, l'individuo notturno è artefice del proprio destino. Nel primo caso infatti il soggetto presenta un'identità strutturata e ben definita, o almeno appare tale. Nel secondo, di notte, manifesta sicuramente un'identità polimorfa. L'oscurità infatti consente al soggetto di travestirsi secondo i ruoli che ha scelto di ricoprire e di ostentare la personalità che vuole, lontano dallo sguardo inquisitorio della società diurna. È il momento in cui pensiero, azioni, emozioni si fondono, perché non c'è attività che distrae, ruolo che impedisce o azione che disturbi dal dedicarsi a sé e alle proprie emozioni. Si vive in un certo senso sincronicamente. Questa fruizione del tempo, questa concezione del tempo separa sicuramente i giovani che sono senz'altro i maggiori frequentatori della notte, da tutti coloro, per la stragrande maggioranza adulti, che vivono ricordando a sé stessi che le ore della notte sono un non vissuto, una frazione di tempo da dedicare al riposo, a cui si possono sottrarre delle ore, ma niente più di questo. Se i giovani infatti identificano

la notte come l'occasione per estendere il proprio vissuto, uno spazio in cui si può ricavare una diversa nicchia di vita, gli adulti invece preferiscono pensarla come un non spazio. Si riducono al limite ad una breve incursione, ma non concepiscono di viverla come un tempo a sé stante. Di notte si portano al limite tutte le situazioni che si vivono, trasgredendo quella condotta piatta e banale che il giorno impone. I modi per contravvenire alla normalità diurna sono molti e spesso parte integrante di una condizione più generale di trasgressione, che porta i giovani a vivere la notte in un eccesso continuo. Infatti non è detto che bere troppo in un pub, in un ristorante, fare uso di droghe, correre in automobile o andare in discoteca fino all'alba siano situazioni che non possano verificarsi in una sola nottata. Spesso infatti accade tutto ciò, proprio seguendo un iter simile a quello che abbiamo descritto. Certo, i rischi che comporta una serata simile sono molti. Comunque i giovani li affrontano a volte con incoscienza, a volte con consapevolezza, per il gusto di correrli, perché di notte si ha comunque la sensazione che non possa succedere nulla di spiacevole. E ciò accade anche perché l'individuo si sente più vitale rispetto agli altri, rispetto ai dormienti. Di notte si può anche decidere di consumare droga. Si può decidere di farlo in compagnia di amici. Si tratta di un consumo socializzato e non individuale, che presuppone un rituale di preparazione all'uso che serve ai soggetti coinvolti per aprirsi maggiormente gli uni con gli altri. Nella fase in cui le sostanze psicotrope sono ancora sconosciute è la curiosità o la voglia di divertirsi a cui appunto spesso si associa nell'immaginario giovanile l'idea della droga, che ne favorisce il consumo. Successivamente invece si può ricorrere alla droga per vincere la noia di una serata non riuscita o per necessità fisiologica. Comunque il rapporto con la droga, con questo tipo di sperimentazione, può concludersi dopo qualche tempo, rimanere semplicemente confinato a dei singoli episodi, oppure può diventare uno strumento di ridefinizione di sé. Di un ricercato cambiamento. E in questo caso può succedere che si abusi delle sostanze. Nel vuoto che viene creato dall'abbattimento di certezze, l'alterazione che le droghe garantiscono può sconfinare e arrivare ad occupare tutto il tempo della propria esistenza, infiltrarsi nel giorno e diventare a questo punto modalità di essere, identità. C'è da chiedersi a questo punto se la coscienza del rischio venga vissuta, sottaciuta o ignorata dai giovani. Per questi ultimi infatti lo stesso concetto di rischio assume in alcuni casi i contorni di un esperimento, che richiede prepotentemente di essere vissuto, a cui non si può rinunciare. Tuttavia con il passaggio del confine che dalla notte immette nel giorno le cose iniziano a cambiare. E più la serata è stata vissuta intensamente e più questo passaggio è traumatico. Le luci del giorno riportano tutto alla normalità, a una normalità con cui si devono fare i conti, anche se non si è in condizioni di farlo. Vuoi per le pasticche prese in discoteca o per la cocaina sniffata ad una festa. I primi stati di ansia si insinuano ancora prima dell'alba, quando la rassicurante sensazione che il tempo si sia fermato a questo punto inizia a svanire. A conclusione volevamo dire che se la droga svolge un ruolo importante nella socializzazione dell'individuo, vuol dire che la nostra società si fonda sostanzialmente non su una comunicazione concreta, ma fantasma e l'individuo sembra ricorrere alle droghe per sperimentare emozioni di intenso benessere che la società comunque non è in grado di fornirgli o trasmettergli. Al contrario, la società fornisce all'individuo situazioni stressanti e ritmi frenetici che creano nel soggetto sicuramente uno stato fortemente ansiogeno. Questo si manifesta nel momento in cui l'individuo può disporre liberamente del suo tempo libero. Per sconfiggere l'ansia si può ricorrere a sostanze come quelle psicotrope, capaci appunto di creare uno stato di alterazione mentale, tale proprio da aiutare ad allontanare le angosce della quotidianità. Questa quotidianità sembra sfuggire di mano ai soggetti più deboli, in particolare ai giovani, che d'altra parte, non sono ancora dotati di un'identità bene strutturata e proprio per questo fanno più fatica a barcamenarsi e a vivere questa quotidianità nei ruoli che essa impone loro.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Adesso abbiamo il gruppo di Genova, quindi rimania-

mo nell'ambito locale. E' formato da Gabriele CAMBIASIO, Matteo PAGANI e Lara CASADEI.»

Gabriele CAMBIASIO:- «Vorrei dire ai ragazzi che hanno lavorato con me, se vogliono, di venire qui. Li ringrazio per il lavoro che abbiamo fatto e per le esperienze che loro hanno tirato fuori. Dato che è il nostro lavoro, lo abbiamo chiamato "Blob di ecstasy", e si è parlato delle varie esperienze che si sono avute nella vita, nelle varie difficoltà, nella società e soprattutto nei rapporti. Noi abbiamo visto che sicuramente questa dell'ecstasy non è da considerare una droga leggera, perché ha portato varie difficoltà non tanto fisiche ma psichiche. Perché il piacere comunque è sempre ricercato e ogni volta ci vuole per il divertimento. E questo divertimento abbiamo cercato di dividerlo, o comunque di capirlo, di come si può fare, di cosa ci si può trovare, dalle persone, dalla gente, da noi stessi. Quello che ci può dare la forza o comunque l'energia o la voglia di fare qualcos'altro e di non avere comunque la difficoltà o il problema di prendere delle pastiglie. Ho lavorato in questa comunità di Genova, come collaboratore e quindi, anche lì, si è trovata una situazione con persone che non si conoscevano. È la situazione, che fuori si trova spesso, di doversi rapportare con delle persone che non si conoscono, con le varie difficoltà che ciò comporta. E anche tra noi c'è stato questo problema. Però abbiamo avuto molta volontà di riuscire ad andare avanti e di costruire un qualcosa per noi stessi. E abbiamo visto che di queste tematiche, di queste discussioni, i ragazzi di adesso sicuramente non parlano e a volte ci chiediamo: di che cosa stanno parlando? Se è vero che dalla televisione si dice che i ragazzi parlano, che hanno comunque varie idee, attività, però in quel mondo l'unica cosa che interessa è soltanto l'ecstasy. Abbiamo visto anche come è difficile il discorso della notte, soprattutto del sabato notte, perché comunque i ragazzi hanno tutti la possibilità di uscire o di essere soli e di non avere i vari controlli dei genitori, comunque dei colleghi o dei datori di lavoro, dei professori. E allora tutta quell'aria o comunque quella macchia che c'è durante la settimana, con l'uso di queste pastiglie si cerca di eliminarla o comunque di toglierla in qualche modo.
Noi pensiamo che i giovani oggi usino una doppia faccia: una è molto eccitata e l'altra è molto depressa. Ed è divisa per l'arco della giornata. Il nostro lavoro è stato comunque non quello di far capire alle persone qualche motivo in più del perché i ragazzi d'oggi tendono ad usare l'ecstasy. Si parla spesso della notte e del popolo della notte, delle stragi del sabato sera, dei vari problemi che si verificano. Pensiamo che comunque il giovane, prima di tutto, abbia bisogno di essere ascoltato. Di riuscire a capire e di tirare fuori tutte le cose che porta dentro di sé. Perché dico che i giovani avranno tantissime cose da raccontare, da narrare, da dire, ma intorno a loro c'è un vuoto assoluto. Ora volevo leggervi una poesia che ha scritto un ragazzo. È intitolata La notte. "Molte volte mi è sembrato di vivere più di notte che di giorno. Forse perché la notte è come il mistero e di giorno sono troppo trasparente e fragile. Allora ero sempre pronto ad inventare qualsiasi cosa pur di non perdermi la notte che al sabato faceva muovere, sudare e intontire la mia testa. Allora sempre più alcool, sempre più paste. E ancora musica, sesso, risse, parole, volti, nomi che allo spuntar del sole non ricordavo e quasi disprezzavo. Mi ricordo i giochi pericolosi, come attraversare l'autostrada di corsa e vedevo le macchine molto piccole, forse per colpa o per merito dell'LSD che ingoiavo in forma di cartone. Ho fatto sesso con persone che in quel momento non erano altro che cose senza volto e senza sentimenti. Ma non dormivo mai, non mangiavo e di colpo ero finalmente alto, bello, un ballerino perfetto e soprattutto non avevo inibizioni. Oggi sono contento, mi stupisco di quanto mi diverto e di come ballo bene, di come amo, di quello che sento, ma specialmente di quanto mi sento vivo, perché sono convinto che la droga, quella vera, sia dentro di me".»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Grazie. Adesso abbiamo un opinion leader di un grup-

po, chiamiamolo hip - hop, CUCCI Giacomo, e comincia con un video.»

Giacomo CUCCI:- «Farei partire il video immediatamente, lascerei prima la parola alle immagini che magari dicono qualcosa più di quanto so. Questi erano Dido e Livio, due ragazzi che avevano un'idea di fare un disco, un demo, sono riusciti a fare un primo disco, sono riusciti a fare un secondo demo e sono riusciti a fare anche questo video, che è un qualcosa, è la loro vita, è un'idea, è una cosa che alla fine è sempre simbolo di giovani e noi l'abbiamo presa. Il progetto nel quale sono stato coinvolto ha fatto anche questo. E questa è solamente una dimostrazione di quello che è alla fine l'energia giovanile, la voglia di fare una cosa loro. La loro vita appunto.
Sono uno studente di diciassette anni, sono qui perché questo è il mio posto, sono il target, sembra, delle vostre campagne di prevenzione. Qui non rappresento nessuno fuorché me stesso. Comunque sono il target di queste campagne di prevenzione che ho visto e rivisto. Posso dire che alcune non le ho trovate veramente adatte, in quanto penso che bisognerebbe essere più diretti, evitare alcuni paternalismi, usare un linguaggio semplice, evitare di scimmiottare un linguaggio giovanile di cui alcune persone penso non sappiano nulla. Inizio a sentirmi lusingato. Questa cosa che sto tentando di esplicare, l'ho vista dopo due giorni in cui mi sono gustato le conferenze. Ho visto che qui dentro c'è un certo piacere a estremizzare le idee. C'è una specie di gara a chi è più forte. Estremizzandoci ci si ostina a ridicolizzarsi di fronte a tutti. Però non è una cosa di tutti, è una cosa generale che ho visto in alcune persone, anche in un rappresentante della regione Liguria che ha parlato ieri, ribadendo una linea che penso sia anche quella del suo partito che è la linea dura, è la politica del terrore, del proibizionismo che, come abbiamo sentito anche da altre campane, non funziona. Abbiamo visto anche le campagne dieci anni fa, come quella con uno con gli occhi spenti, che più che far paura non faceva e non informava. Ci sono ancora persone che dicono che si parte dalla canna e si arriva all'eroina sotto un ponte a chiedere l'elemosina. C'è anche chi dice il contrario, cioè dice che non è vero che dalla canna si arriva all'eroina, però il 90 per cento dei ragazzi che ora usano eroina sono partiti dalla canna. E non è una grande cosa, perché porterei dati alla mano e potrei dire che il cento per cento dei ragazzi che usano eroina hanno mangiato pasta alla carbonara e quindi potrei rendere illegale la pasta alla carbonara. Spero che non succeda mai. Poi ho sentito, che c'è chi dice che fa più male, che fa meno male, c'è un medico, c'è un biologo, c'è un ricercatore, qualcuno che mi sa dire che cosa è vero? Perché ho sentito un sacco di cose differenti e sono veramente confuso. Ho sentito anche il Ministro ieri, che in quanto medico ha detto il suo parere, da medico, però ho sentito anche altri medici. E ho sentito anche persone riempirsi la bocca di parole belle. Insomma, se uno si droga c'è un perché. E uno non può andare a dire, a usare la parola famiglia, che è una bella parola, è una parola che quando uno la sente sta attento, perché è la famiglia alla fine. Non può usare la parola dolce, che fa piacere, come famiglia, per parlare della droga. Perché la famiglia è la famiglia. La famiglia nasce, se tu facessi un corso per informare una famiglia, faresti una cosa che va contro la libertà. Quindi bisognerebbe ancora continuare a puntare sull'individuo. Ho girato, sono uscito e ho visto anche i ragazzi che manifestavano qua fuori, sono un giovane, l'ho detto anche prima, vivo, vedo, faccio, e vedo anche chi fa uso di sostanze. Si dice sostanze, ragazzi, chi ancora continua a dire droga va cacciato via subito. Ho visto chi è dipendente, chi è consumatore. Anche qui, è dipendente o consumatore, se usate drogato qui siete bollati subito, cacciati, mi raccomando, stiamo attenti. Appunto, sostanze e consumatori, correlato all'uso e all'abuso. Uso e abuso. Argomento normale: possiamo parlare di qualunque cosa, qualunque oggetto ha il suo uso e il mal uso. Prendiamo un coltello. Ti do un coltello e tu ci affetti il pane, ti do un coltello e ti affetti il dito. È la stessa cosa Ti do la cioccolata, la cioccolata piace a tutti: uno si mangia la cioccolata ed è più contento, ma se si mangia un chilo e mezzo di cioccolata ha le coliche fino a Capodanno. E andiamo avanti così. Come ho letto su

un volantino molto simpatico. Alla fine c'è, come posso dire, c'è chi fuma, c'è chi "pippa", c'è chi si fa i buchi e così via. Ma c'è chi lo fa perché vuole fare il "figo". Posso usarlo questo termine? Vuole fare il figo e come si ritrova? Si ritrova più idiota di quando ha incominciato. E c'è invece chi lo fa perché ci ha pensato. Perché c'è anche chi ci studia sopra, che si chiede un perché. Ho ascoltato queste persone, mi hanno detto anche delle cose abbastanza serie. E ho visto che alla fine questi per esempio la usano in maniera seria. In quel che fanno, a volte sembrano più creativi, a volte sembrano più attenti, non lo so. Però chi usa qualcosa in maniera moderata è diverso da chi la usa in maniera stupida, per apparire. E poi ci sono anche i discorsi sulla morale. Perché una morale è una cosa che cambia, che varia, che nasce da un background culturale, che chiunque può cambiare, in qualunque angolo del mondo è diversa, ne ha parlato Nietzsche nella "Genealogia della morale", spiegando che la morale è anche una barriera in quello che si dice. Se andiamo nel sud - est asiatico, giriamo le bancarelle, ci offrono marijuana. Se vai nel sud - est asiatico, bevi una birra, un qualunque alcolico, ti possono anche tagliare le mani. Quindi è anche una questione di punti di vista, perché il mondo è vario, il mondo ha tutti questi punti. E anche in Italia. Noi vediamo che in Italia, è vero, la marijuana è illegale. Però ti vendono la vodka. Ti vende la vodka il supermercato e se uno ha tredici anni e un po' più di barba in più rispetto agli altri può comprarla tranquillamente, perché non gli chiedono molto. Può anche comprare le sigarette, se per questo. Noi l'abbiamo visto. C'è gente che ci muore di alcool, di sigarette. E c'è anche chi ci muore di canne alla fine, perché c'è chi ha detto che non ci si muore, c'è chi ha detto che ci si muore. Sempre se c'è un abuso, che è quello che ci uccide.

Come si vende ai supermercati tranquillamente, c'è lo spacciatore, c'è il pusher, c'è il problema del mercato nero, un mercato mafioso, che va combattuto. Parliamo della legalizzazione per abbattere questo mercato: abito vicino alla Svizzera, ho visto come funziona lì. Ci sono questi famosi canapai che vendono. Il problema del mercato, per quanto riguarda per esempio la marijuana, è limitato. Se andiamo in Olanda, dove c'è il turismo che è amplissimo in Europa. A parte il museo Van Gogh non c'è molto da vedere, e allora ci sarà un perché.

Vorrei parlare di una pianta che è simbolo di vita, di virilità, di una cultura, di più culture anzi. È un simbolo, più che una pianta. C'è chi non la conosce, chi la teme perché non la conosce, c'è chi la conosce bene, chi invece la esalta anche senza conoscerla, chi va anche fuori misura. È una pianta che è nella tradizione, è una tradizione centenaria, anche di più, nel nostro paese ormai la trovi ovunque, dalla Val D'Aosta a Cefalù. È diffusa, perché è utile. Cioè esalta, può riscaldare, può rinfrescare. Ti rilassa e ti esalta. È democratica, si adatta a tutti insomma. Aiuta nei rapporti sociali, anche nell'instaurare, incominciare un rapporto sociale. Aiuta l'amicizia. Aiuta l'amore, anche l'amore meno platonico, più materiale insomma. Aiuto anche quello. È una pianta che ha molteplici capacità e che io ho preso a stendardo, come in hoc signo vinces, se si diceva così. Questa pianta adesso la vorrei donare alla signora ministra e avrei preferito donarle la piantina perché così almeno avrebbe potuto crescerla, curarla, però non ho avuto il tempo di procurarla; anch'io la curo, sta crescendo, si chiama Ciccio. Purtroppo non è stagione e Genova non è neanche l'ambiente dove cresce questa pianta. Comunque la forma migliore nella quale va utilizzata è quando è secca, perché dà il massimo delle sue capacità. Insomma l'ho portata secca, perché non potevo fare altro. Quando è stata seccata dà il meglio. Questo sarà il simbolo, lo stendardo di quello che farò. Ho il peperoncino. Ragazzi, il peperoncino è una cosa che va oltre. Vorrei che il peperoncino cambiasse. Cioè il peperoncino non vorrei che sia simbolo di una lotta, ma di un cambiamento, di una visione diversa. E' il peperoncino, che io adesso donerò a chi ne vuole. Ne ho molto. Questo sarà il simbolo e una visione. Perché ho visto tutti quanti preoccupati fino all'ultimo.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Adesso c'è un gruppo di ragazzi di Firenze, Prevenzione ragazzi doc. Laura REMASCHI e Cristopher LUBA.»

Laura REMASCHI:- «Mi chiamo Laura e lui è Cristopher e lavoriamo al Progetto ragazzi doc, che si svolge nel Chianti fiorentino, che è la zona intorno a Firenze, quella dove si fa il vino più buono del mondo. Vi spiego un po' il contesto in cui l'intervento si svolge. Praticamente è un territorio in cui la qualità della vita è alta, c'è un rapporto uomo ambiente molto buono, il livello socio - culturale è medio alto, e si tratta di piccoli paesi che si snodano dalla periferia di Firenze fino alla campagna inoltrata. Questo sembra un quadro molto roseo della situazione generale. Questo non toglie però che ci siano anche delle problematiche tra i giovani. Tra queste ci sono quelle che conosciamo tutti benissimo, quelle dei comportamenti a rischio e dell'uso di sostanze stupefacenti e un'altra problematica che viene rilevata nei nostri territori è quella della disaffezione alla vita della comunità, in quanto nei territori del Chianti fiorentino è ancora molto vivo l'associazionismo, esiste una grossa realtà di circoli, cattolici o di sinistra, o anche apolitici, che sono vitali e che sono portati avanti da volontari, dove però, in queste piccole realtà, non sono presenti i giovani. In particolar modo gli adolescenti. Allora, l'obiettivo dell'intervento è stato da una parte incentivare questa partecipazione, quindi fare un intervento di sviluppo di comunità, prevenzione primaria, un lavoro sulla "normalità" e dall'altra un intervento che si potrebbe etichettare più di prevenzione secondaria, di informazione, riflessione o comunque con l'obiettivo di diminuire i comportamenti a rischio. Le persone che hanno portato avanti questo intervento sono stati i giovani stessi della comunità. I giovani, non proprio gli adolescenti, però i ragazzi un po' più grandi, cioè delle persone, delle figure che potessero essere un ponte tra i ragazzi più piccoli e gli adulti della comunità.
A questo punto nasce la nostra associazione che è composta da ragazzi dai venti ai trent'anni, che fanno parte del territorio del Chianti. L'intervento si snoda su due parti. Intanto si lavora su tutta la comunità, non solo sui giovani, perché si è rilevato che tante problematiche che i giovani dicono di avere o comunque che si attribuiscono ai giovani, nascono dal rapporto con gli adulti e da come gli adulti si pongono verso questi ragazzi. Per cui si è detto che un intervento che vada a incidere soltanto sui giovani è un intervento monco. E si è cercato allora di porsi, noi operatori di strada, come figura fonte di mediazione nella relazione tra ragazzi e gli adulti. Per cui si sono progettati due percorsi paralleli da fare uno con i gruppi di adulti, gli adulti significativi, cioè i rappresentanti delle associazioni, i genitori, gli insegnanti, le persone interessate, e dall'altra con i gruppi informali di adolescenti, quei ragazzi che si ritrovano nei bar, o nei circoli o nella piazze insomma, che non hanno una connotazione formale. E con loro si è fatto un intervento sulla quotidianità, quella che è la vita di tutti i giorni. E si è cercato di incentivare le risorse positive che esistevano, sia nei ragazzi, sia nelle persone adulte. Sono nate tante iniziative che piacciono molto ai ragazzi, quelle che si conoscono tutti benissimo, i concerti, i tornei sportivi, le feste. La cosa importante di queste attività è stata che dall'ideazione fino ad arrivare alla realizzazione sono stati protagonisti attivi sia i ragazzi che gli adulti, hanno fatto questo percorso insieme, con il supporto nostro e degli operatori di strada.
Il punto di partenza del nostro lavoro è sempre l'instaurare una relazione di fiducia. Cioè parlare con le persone, conoscersi e attraverso la comunicazione far emergere quelle che sono le esigenze, le richieste o le problematiche e trovare insieme i modi per risolvere o ottenere queste cose. L'intervento che riguarda i comportamenti a rischio e l'uso di sostanze si è svolto anche qui in due percorsi paralleli. Con i ragazzi abbiamo ideato tre domande da fare loro: una che voleva far emergere le loro conoscenze, una le loro percezioni sia su loro stessi, sia sul mondo degli adulti, cioè su che cosa pensano gli adulti dei ragazzi che fanno uso di sostanze. E si è deciso di partire prima da loro; invece di fare una campagna informativa con gli opuscoli del ministero o con degli

altri materiali autoprodotti, abbiamo pensato di chiedere prima ai ragazzi che cosa ne sapevano. Proprio per non volere calare dall'alto un intervento. Vi volevo far vedere un po' una sintesi delle risposte che ci hanno dato i ragazzi. L'obiettivo era appunto quello di far riflettere i ragazzi, di renderli consapevoli, non solo i ragazzi ma anche gli adulti, e di arrivare poi a un confronto con gli adulti su questi argomenti. Le domande sono state: secondo voi perché i giovani usano sostanze? E le risposte emerse sono un po' quelle che si sanno e che diciamo anche noi sugli adolescenti: per un senso di trasgressione, per evadere dalle regole: non c'è una spiegazione, è anche un discorso legato alla normalità. Molti dicono: è normale, oggi farsi le canne è come fumare le sigarette. C'è anche chi dice che va di moda, che è diventato un fatto di costume, come lo sono diventate tante altre cose, tanti altri comportamenti. Anche il senso del trasgressivo. E poi c'è il discorso legato alla dimensione del gruppo, che comunque l'avere delle relazioni con gli altri, il voler essere accettato porta anche ad avere certi comportamenti, anche se questa cosa non dicono che è necessaria, perché alcuni di loro hanno detto che hanno amici che fumano o che non fumano, ma che riescono a stare comunque in gruppo insieme. È una condizione sufficiente, però non necessaria rispetto a questo comportamento. Poi gli abbiamo chiesto: secondo voi cosa pensano gli adulti dei ragazzi che fanno uso di sostanze? Ed è emerso appunto che, secondo loro, li etichettano senza capirci niente, che non riescono a distinguere tra pesante e leggero, ma il loro unico termine di discrimine è tra illegale e legale, per cui dicono una droga pesante come l'alcool dai nostri genitori e dagli adulti è accettata perché è legale, mentre l'hascisc, che fa meno male, non è accettato semplicemente perché è illegale. Per cui preferiscono che la sera mi ubriachi, piuttosto che mi faccia tre o quattro canne. E mettono sempre il discorso del disagio, dell'avere un problema, della maturità, mentre, come abbiamo visto dalle prime domande, è più un discorso legato alla ricerca di piacere e, più che a una percezione di anormalità e di disagio, a una percezione di normalità e del conformarsi a certe dinamiche. E poi alcuni hanno fatto anche una riflessione interessante e cioè dicono: anche i nostri genitori, anche gli adulti, hanno utilizzato sostanze stupefacenti, però era diverso il modo in cui lo facevano. Cioè è nato sulla scia del famoso '68, quando c'era una contestazione politica e sociale alla base, per cui utilizzare certe sostanze aveva anche un connotato di ribellione verso le regole istituite dagli adulti di allora e dai genitori. Mentre dicono: per noi adolescenti di oggi, non vuol dire affatto porsi in antagonismo con certe regole. Quindi non riescono a capirlo. E vedendolo così svuotato di contenuto socio - politico non lo accettano. Ora vi voglio far vedere le stesse domande inserite in un percorso più strutturato di cinque incontri, le abbiamo fatte anche a dei gruppi di adulti. La tecnica che abbiamo utilizzato è stata quella di far rivivere agli adulti che partecipavano la loro dimensione di adolescenti, e farli pensare a quando loro erano adolescenti e a quali erano i comportamenti a rischio e le sostanze che utilizzavano. Da lì siamo partiti con questa riflessione. La cosa più interessante, non vi ho portato un agglomerato significativo di risposte, ma quelle che ha dato un gruppo, che mi è sembrato molto interessante. Che si discosta anche dalla percezione che hanno i ragazzi degli adulti.

Questo gruppo alla domanda "scegliete tre sostanze, indicatene modalità, setting, effetti e rischi", hanno scelto la televisione, e hanno detto che ha una pericolosità nascosta, in quanto genera modelli comportamentali negativi, forse dà un'immagine della violenza, porta alla disgregazione familiare, alla solitudine, a non sapere analizzare in modo critico la realtà e dà dei modelli comportamentali distorti. E per questo, hanno detto, è una "sostanza" o comunque sia una cosa, un'attività, un mezzo di comunicazione di mazza che ingenera una certa dipendenza e ha una pericolosità che però è nascosta, nessuno la fa emergere. Poi hanno preso l'alcool, che siccome è accettato culturalmente e fa parte della nostra tradizione, hanno detto ha una pericolosità subdola, perché si insinua, ma questa non è molto riconosciuta. Per questa abitudine storica e familiare, per il contesto gradevole, perché è piacevole fare una cena in compagnia e bersi due

bicchieri di vino, perché porta a una progressione, a una assuefazione, e perché ha effetti pericolosi anche per gli altri. Nel senso che, comunque sia, porta all'emergere dell'aggressività. Poi hanno preso l'ecstasy, la droga che in questo anno ha fatto più parlare di sé, perché ha una pericolosità sottovalutata. Hanno parlato del gruppo di amici, del contesto amicale, dell'offerta di mercato, e mi hanno fatto riflettere anche su una cosa importante, che oggi le droghe si trovano molto bene. C'è un'offerta di mercato effettivamente e c'è un consumismo rispetto a queste droghe. Se vent'anni fa era più difficile, o trent'anni fa era veramente difficilissimo trovarle, oggi sono dappertutto. Per cui, se c'è una richiesta, c'è anche un'offerta che aumenta questa domanda. Il discorso dell'omologazione: facevano notare come l'ecstasy è una droga che non porta a porsi, a darsi dei valori diversi da quelli della maggioranza, ma che porta a conformarsi. Cioè se si guarda ai ragazzini che vanno in discoteca, sono tutti super attenti all'estetica, alla moda, alla marca. Perché c'è un certo livello a cui si deve arrivare, una certa prestazione che si deve riuscire a ottenere e per raggiungerla sono disposti anche a utilizzare questa sostanza. Poi dà una dipendenza pesante, dicevano, ed è pericolosa per sé e per gli altri.
Queste sono delle riflessioni che noi abbiamo portato e sono dette da persone della comunità, non da esperti del settore, ma da genitori o da ragazzi, che hanno esperienze di vita come tutti. Il risultato che ci è piaciuto di più e che ci ha fatto dire che questo percorso è stato utile, è che poi abbiamo portato il materiale prodotto dagli adulti ai ragazzi e viceversa, e si sono fatti commentare. E da parte di tutti e due questi mondi è venuta la richiesta di incontrarsi. Ora, i ragazzi giustamente, siccome sono paesini di tremila, quattromila abitanti, hanno detto: non possiamo incontrare gli adulti del nostro paese. Però vogliamo avere la possibilità di dire direttamente ai grandi che cosa ne pensiamo sulle sostanze e su quello che comportano. Per cui adesso il nostro intervento è in questa fase: stiamo organizzando degli incontri in cui i ragazzi del Chianti e i genitori e gli adulti del Chianti fiorentino si vedranno per parlare delle sostanze e di che cosa ne pensano.
Volevo dire un'altra cosa, è su una riflessione che ho fatto in questi due giorni di convegno, rispetto non tanto al discorso del proibizionismo, antiproibizionismo, perché riguarda un po' il mio essere operatore di strada che fa questo lavoro ormai da quattro o cinque anni e che ha un punto interrogativo davanti a sé, perché, comunque sia, non posso prendere posizione per quanto riguarda il proibizionismo o l'antiproibizionismo, perché non mi sembra giusto essendo un tecnico. Quello che però mi preme dire è che, se tutti riteniamo che la prevenzione, la riduzione del danno, questi tipi di intervento, abbiano una loro importanza per i cittadini, abbiano un ritorno reale in termini di innalzamento di qualità della vita, mi sembrerebbe giusto che non venissero più considerati come interventi sperimentali ma diventassero dei servizi al pari di tutti quei servizi socio - sanitari che ci sono.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Proseguiamo questa esplorazione della complessità del mondo giovanile, che ha molti volti, e ne abbiamo un altro, cioè i giovani del Parlamento giovanile europeo. Abbiamo con noi Leonardo PESACOVICH, Chiara ZANARDI e Giovanni PINATARO.»

Giovanni PINATARO:- «Sono Giovanni, lei è Chiara, lui è Leonardo. Siamo qui in quanto membri del Parlamento giovanile europeo su droghe e sviluppo. Un'iniziativa che da tre anni ormai si può dire che ha raggiunto un livello abbastanza soddisfacente. E' un progetto finanziato dall'Unione Europea che ha messo gli studenti di fronte al problema "Droghe e sviluppo". Infatti gli studenti hanno dovuto per forza informarsi su tale tema, perché erano stati chiamati a fare delle proposte di legge su questa tematica. Quindi lo studente, o meglio, noi giovani, oltre a essere chiamati ad informarci, abbiamo dovuto stilare una proposta di legge. Che non starò qui a leggervi perché il tempo purtroppo

è abbastanza breve e ci sono varie argomentazioni da affrontare. Vi citerò un paio di articoli della nostra proposta, in quanto durante questi due giorni di lavoro ci siamo resi conto che qui si è parlato del problema droga, ma non in tutti i suoi aspetti. Avendo affrontato il problema dell'aspetto droga e sviluppo, siamo partiti, prima ancora che dal consumo, dalla produzione, ovvero abbiamo considerato anche la figura dei coltivatori, mentre qui non se ne è mai parlato. Per quello che abbiamo potuto ascoltare, non si è mai parlato né di campi, né di coltivatori, né dei problemi di questi. Terrei a sottolineare un paio di punti della nostra mozione, come ad esempio il punto uno e il punto due. Il punto uno dice: sostenere le associazioni, per esempio le Organizzazioni non governative, che direttamente assistono i coltivatori che producono piante illecite senza nessun intervento da parte dello stato, in modo tale da individuare forme alternative all'economia illecita, che siano costruttive, pacifiche e sostenibili. Queste alternative dovrebbe includere la produzione di queste piante, sia per scopi benefici, sia per scopi terapeutici in tutto il mondo. Per questo dovrebbero essere portate avanti ricerche per dimostrare le qualità potenzialmente benefiche della foglia di coca e di altre piante illecite.

Il punto due ritengo essere ancora più importante del punto uno, in quanto si affronta un problema che quest'anno, forse perché è l'anno del Giubileo, è emerso da più parti. Infatti noi proponiamo di ridurre, fino alla completa abolizione, il debito estero per permettere l'utilizzo di fondi per lo sviluppo interno e invitare altri importanti donatori a fare lo stesso. Chiudendo questa parentesi sulla nostra mozione, volevamo sottolineare, visto che stiamo anche analizzando la questione adulto/giovane, che noi ci sentiamo giovani, noi siamo giovani. Adulti lo siete probabilmente tutti, anzi voi lo siete sicuramente. Però abbiamo notato una cosa: nel rapporto che esiste tra giovane e adulto, spesso non c'è collaborazione, come in realtà si vuole da entrambe le parti - perché noi abbiamo notato, sempre grazie al nostro progetto, che l'adulto ormai ha capito che il giovane può essere utile al lavoro che bisogna svolgere. Per esempio, il Ministro Livia TURCO lo abbiamo incontrato diverse volte durante il progetto. Ci siamo resi conto che non siamo visti tanto come collaboratori, almeno fino ad oggi, quanto come oggetti più da studiare, da capire, come se parlassimo lingue completamente differenti e in realtà non pensiamo che la situazione sia questa. Il problema fondamentale dove sta? Nel capirci. Non nel capirci in quanto noi giovani siamo giovani, ma nel capirci sul messaggio che vogliamo lanciare ogni qual volta veniamo chiamati a parlare.

Noi giovani pensiamo di avere grosse lacune. Sicuramente noi non abbiamo esperienza. O meglio, ne abbiamo, ma non troppa da poterci mettere al di sopra delle parti e dire: dovrebbe essere così, si deve fare così. Nessuno lo direbbe mai, nessuno lo crede. Dall'altra parte però c'è l'adulto, non chiaramente tutti gli adulti, perché sul tema droga c'è sicuramente una gran parte di adulti che sa molto più dei giovani, sicuramente, perché c'è gente che da quarant'anni si trova all'interno della realtà dei SERT, dei centri di accoglienza, quindi della realtà della droga, mentre fra noi in realtà, c'è chi la conosce in quanto fa uso di sostanze, io personalmente no, oppure perché amici fanno uso di sostanze, o in quanto la scuola è sempre la scuola e, volenti o nolenti, porta avanti sempre dei problemi. E d'altronde è giusto che sia così perché solo con i problemi si può crescere. Il problema di voi adulti qual è? Che spesso non riuscite a capire che noi giovani, su determinati argomenti, possiamo aiutarvi a capire quale sia realmente la realtà. Noi la realtà della droga, come ho già detto poco fa, la conosciamo abbastanza bene purtroppo. Però spesso non siamo chiamati a spiegarvela, o meglio, a vederla dal nostro punto di vista. Siamo chiamati magari ad assistere. A convegni, a incontri, in cui magari possiamo dare pure il nostro parere, ma non sempre viene preso in considerazione come vorremmo. Purtroppo è successo, per esperienza. Eravamo stati chiamati dal Ministero dagli Affari Sociali ad assistere alla presentazione in anteprima degli spot della campagna pubblicitaria. Eravamo lì per supervisionare gli elaborati, o meglio, il programma che era stato realizzato e per dare la nostra opinione, che era

stata fortemente negativa in quanto ci rendevamo conto che il problema non era fare uno spot, perché lo spot, come già hanno detto altri prima di noi, non ti dà la possibilità realmente di informarti sul problema. Il problema fondamentale in Italia è che non c'è informazione riguardo alle droghe. La scuola dovrebbe essere un punto chiave in cui informare. Fortunatamente questo punto è emerso. Cioè non vogliamo fare sempre la parte di quelli che non sanno le cose. Sappiamo che è stato detto ieri dal Ministro Livia TURCO che bisogna dare una maggiore informazione alle scuole. Noi del Parlamento giovanile europeo ci sentiamo disponibili a collaborare sotto questo punto di vista col ministero. Anzi, siamo noi a spingere il ministero a che si faccia, infatti l'abbiamo sempre proposto. E poi vorrei sottolineare anche il fatto che gli spot non sono stati, come abbiamo chiesto noi, modificati. Sono stati lasciati così come li vediamo tutt'oggi. Però non è che vediamo nel ministro, o in chi ha promosso comunque gli spot, una sorta di nemico. Ci rendiamo conto purtroppo che spesso il vizio che voi adulti avete è di non capire bene, senza presunzione vorrei dire chiaramente, probabilmente potrei anche essere io a sbagliare, che certe cose che vanno fatte per i giovani - perché, se non sbaglio, questa campagna pubblicitaria è fatta per spingere il giovane a star lontano dalle pasticche e dall'uso di droghe in genere - e se il giovane stesso non vede in uno spot una possibile spinta per evitare il fenomeno, non capisco com'è che si vada avanti ugualmente. Perché un adulto crede che il giovane ci creda, allora si fa. Noi giovani diciamo che non può essere che uno spot sia così interessante, così informativo da riuscire ad allontanarci da un qualcosa, ma nonostante questo non si fa nulla. Comunque noi abbiamo pazienza. Infatti anche se finora non siamo stati fortunati, speriamo nel messaggio del ministro, e che ci dia la possibilità di collaborare attivamente, perché quello che chiediamo non è una collaborazione passiva, non ci nascondiamo dietro a un dito a dire: lo facciamo e poi ci nascondiamo. Sono a disposizione di chiunque voglia propormi qualcosa. Tanto ormai vado all'università, la scuola l'ho lasciata, l'obbligo di frequenza non c'è, proponete, sarò lieto di accontentare tutti quelli che lo vogliono. Perché anche se io non faccio uso di sostanze, mi rendo conto che la cosa è abbastanza pericolosa, e quindi non si può tenere questa tematica lontano, come finora si è fatto in Italia. Non se ne è mai parlato. E i giornali e la televisione magari ne parlassero spesso. Quasi mai si parla di droghe, quasi mai si cerca di informare sulle droghe. Purtroppo, come ho detto, lo spot non può farlo.
Poi, come provocazione finale, volevamo chiedere al Ministro: visto che ci è stata chiesta collaborazione, in quanto Parlamento giovanile europeo, vorremmo sapere perché non si crea in Italia un Parlamento giovanile italiano, diviso per commissioni permanenti, in cui sul tema droghe e sviluppo veniamo chiamati anche noi, di diverse realtà. Noi saremmo felicissimi di poter collaborare.»

On. Livia TURCO:- «Prendo al volo questa richiesta e vi chiedo, visto che questa è una sede autorevole, ci sono tante persone, tanti di voi, di mandare un appello al Parlamento perché approvi la legge, fatta da tutte le associazioni giovanili, come sapete, anche da quelle informali; è una legge sulle cosiddette politiche giovanili, che prevede esattamente che anche in Italia ci sia il consiglio nazionale dei giovani, che mi pare essere quello strumento che tu stai invocando, perché c'è in tutti i paesi europei, tranne che in Italia. Essa, noi tra l'altro l'abbiamo scritta perché siamo stati uno strumento di servizio, prevede che la composizione di questo consiglio nazionale dei giovani tenga conto sia delle associazioni più strutturate, più formali, sia delle associazioni meno formali. Quindi mi parrebbe un'opportunità importante. Per questo bisogna che quella legge, che è alla Commissione Affari Sociali della Camera e alla Commissione Affari Costituzionali della Camera, sia approvata nei prossimi mesi, con un atto di buona volontà. La legislatura si sta concludendo, però dato che quella legge è stata fatta non col consenso, ma con il protagonismo di tutti, se fosse approvata sarebbe un segno importante. Sono io a chiedervi di darmi una mano per far arrivare questo mes-

saggio in Parlamento.»

Giovanni PINATARO:- «Visto che sono qui in veste di rappresentante, a nome del Parlamento giovanile europeo, penso di tutti i giovani d'Italia, chiediamo al Parlamento italiano di approvare la legge in modo tale che anche noi possiamo avere la possibilità di parlare, di farci capire, e volendo anche di decidere, di scegliere, perché in realtà è anche questo quello che si arriva a fare nella collaborazione. Perché nella collaborazione le cose si fanno in due.
Le vorremmo fare altre due proposte. Una è che, nella prossima campagna pubblicitaria, noi giovani siamo disposti a lavorare, ovvero vorremmo essere protagonisti, scegliere noi lo spot, la trama e chiediamo alle autorità competenti di darci soltanto la possibilità di essere accompagnati dai pubblicitari, ovvero il pubblicitario non dovrebbe essere il creatore dello spot, dovrebbe essere soltanto il mezzo, colui che mediante la sue conoscenze e le proprie tecniche ci possa guidare per poter cercare noi di fare lo spot, per poter cercare noi di spingere i nostri coetanei, i nostri amici ad allontanarsi dal fenomeno della droga.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «In corso d'opera si è aggiunto un altro contributo, chiamo Gianni e Iginio di Genova.»

Gianni DE GIULI:- «Sono del "Livello 57" di Bologna, un centro sociale di cui fa parte anche Iginio GAGLIARDONE. Non siamo più così giovani, quanto meno non io, ma crediamo che in fin dei conti si debba più parlare di consumatori che di giovani. E comunque nei centri sociali dei giovani ci sono e noi facciamo delle cose. Non vogliamo fare un grande discorso, vogliamo mostrare una cosa molto semplice, che viene fatta in tutta Europa, e in Italia non si capisce perché no. Ieri il ministro ha detto che sarà suo impegno fare l'analisi delle sostanze. Non è una scelta così rivoluzionaria, è una cosa molto semplice. Ve la facciamo vedere, così tutti avrete modo di capire che cos'è. Ma vorrei che ci aiutasse in questa operazione il professor Erik FROMBERG di Amsterdam, che è un noto esperto, ha fatto test per ottomila pastiglie in Olanda, è colui che ha introdotto questo tipo di intervento, quindi lo chiamo a salire qui con noi. Erik FROMBERG. Avete il più grande esperto europeo di analisi delle sostanze.
Come si fa? È molto semplice, vedete che c'è questo liquido, è un reagente chimico, tramite Internet è facilmente acquisibile, ci sono delle indicazioni, ognuno lo può fare. Sono indicazioni ovviamente in tutte le lingue europee fuorché l'italiano, perché qui da noi ancora questa cosa non si può fare. E cosa dice? Prendete la pastiglietta, tagliatene un poca, come sta facendo Iginio, mettete il reagente; ma se vuoi metterla su un piattino, forse viene meglio. A seconda del colore che prende vedremo dice se è MDMA, cioè se è ecstasy, oppure è un "pacco", come dicono i ragazzi. Se fosse rossa sarebbe anfetamina, se fosse verde invece qualcosa di diverso. Abbiamo messo un po' di una pasticca che abbiamo raccolto ieri durante la manifestazione. Che cosa succede Iginio?»

Iginio GAGLIARDONE:- «Niente, risulta assolutamente bianco.»

Gianni DE GIULI:- «Non sta prendendo un grande colore. È vagamente giallina, ma il fondo è bianco, significa che è un "pacco", che non era una pasticca buona.»

Iginio GAGLIARDONE:- «E ci hanno fregato.»

Gianni DE GIULI:- «Proviamo a prenderne un'altra, vediamo cosa succede. Sta diventando gialla adesso, professor FROMBERG che cosa significa che è gialla?»

FLETZER:- «Cercherò di fare un po' da interprete di quello che dice il professor Fromberg. Sono FLETZER di Radio Kappa Centrale.»

Prof. Erik FROMBERG:- «Questo è il problema di questi test, di questi esami. Dare delle risposte oppure porre altri problemi a sua volta. Per questo noi in Olanda non usiamo il test come è usato in altri paesi. C'è un po' di screening, poi in realtà se bisogna fare delle analisi lo mandiamo a un vero e proprio laboratorio. Ci sono molti centri in Olanda dove si può andare a controllare il contenuto di queste pillole, pagati dal governo. È un po' stupido da parte del mio governo. Perché sarebbe meglio, che le producesse l'industria farmaceutica, garantendo il contenuto, dunque che quello che c'è scritto ci sia effettivamente. Regoliamo quello che c'è nel pane, regoliamo come vanno prodotti i preservativi, regoliamo qualunque tipo di cosa, pensando che la produzione funziona, è efficace. La produzione di queste sostanze l'abbiamo lasciata essere l'unica cosa incontrollata in tutto il mondo. Qualcuno chiamerebbe questa una cosa intelligente?
Vorrei dire un'ultima cosa. Se sono a favore dell'antiproibizionismo e della legalizzazione è perché penso che queste cose vadano regolate. In maniera adeguata. L'antiproibizionismo non regola nulla».

Gianni DE GIULI:- «Non vogliamo fare molto altro, però vediamo se è un altro "pacco" o se stavolta abbiamo preso una pasticca buona. Che cosa succede? Signori non succede niente, abbiamo preso un altro "pacco", non abbiamo pasticche buone.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Adesso passiamo all'ultimo gruppo, il gruppo della notte e abbiamo Simone MERLINI e Mauro TONERO.»

Mauro TONERO:- «Volevo innanzitutto ringraziare la ministra Livia TURCO che ci ha dato la possibilità ed è qui ad ascoltarci, sta perdendo del tempo per noi, per il nostro bene. Vedevo prima molti ragazzi là sopra, però ora sono spariti. Pensavo li interessasse, perché riguarda la nostra vita e forse non hanno capito che stanno giocando con la loro e anche con la nostra vita. Perché con la nostra vita? Lavoro nel mondo della discoteca, faccio il Pr, la mattina per me praticamente si va a dormire a mezzogiorno; il pranzo si fa alle quattro del pomeriggio, si riparte alle dieci di sera. E c'è gente che per fare queste cose ha bisogno di mangiare le chicche, o le pasticche, chiamatele come volete, di fumarsi le canne, di farsi le strisce di cosa, oppure di farsi in vena. A me non è mai successo, che mi crediate o no, non perché ho un orecchino nel naso o nell'orecchio, sono vestito con uno smoking con una scarpe da ginnastica, posso sembrare un drogato. Assolutamente. Non ne ho bisogno. Mi bevo un caffè e ce la faccio tranquillamente, faccio una vita regolare. Non è che vivo, faccio il Pr e basta. Ho un lavoro, il fine settimana lo passo così perché mi piace. Però queste persone non hanno capito che magari il figlio di papà che la sera va in discoteca con la Mercedes del padre a duecentotrenta all'ora si fa le righe di coca e dice "adesso guido come Schumacher", potrebbe prendere la mia macchina, portarmi fuori strada e far perdere la vita, oltre che la sua, per sua decisione, anche a me che non ho chiesto di morire quella sera.
Volevo spezzare una lancia a favore della discoteca, perché credo nella discoteca. La maggior parte delle persone danno la colpa alla discoteca, perché lì danno le "paste", perché in discoteca si fa la striscia di coca. Non è vero. Purtroppo questi elementi ci sono. Bisogna cercare in qualche modo di sconfiggerli. Ho apprezzato il ragazzo che parlava prima, ha detto: mi drogo perché mi piace, vorrei che ci fossero dei centri più igienici. Hanno ragione, è un loro bisogno. Prima il professore diceva che in Olanda hanno i loro centri, se vogliono drogarsi vanno a drogarsi, non sono nocivi per gli altri. Perché non si rendono conto di essere nocivi per gli altri. Succede che si dà la colpa

della maggior parte dello spaccio in discoteca, quando invece lo spaccio è per strada, è per le scuole. Io sono tuttora militare, lo spaccio c'è anche in caserma, nonostante i controlli. E sembra impossibile, ma abbiamo avuto i cani antidroga in caserma, è stata beccata una persona, ma ce n'erano altre cinque che nessuno ha scoperto, perché usano dei trucchi e neanche i cani della polizia riescono a beccarli. Quindi c'è poco da ridere, siamo messi male, perché fino a quando le droghe gireranno così in modo libero, ripeto, non è solo la vita di queste persone che ne fanno uso ad essere in pericolo, ma anche la nostra vita.

Stamattina mi è stato consegnato un fascicolo dal principe Maurice, che ringrazio per avermi chiamato: era un fascicolo che aveva redatto il professor Marco POLLO, c'erano delle domande da fare a noi giovani: se siamo accettati dalla comunità, dagli adulti perché ci droghiamo. Perché il giovane, anch'io, per quello forse faccio il Pr, abbiamo manie di protagonismo, vogliamo imporci, vogliamo farci sentire, vogliamo far vedere che ci siamo, che non siamo inutili come molti pensano. Tanti dicono: sono giovani, non capiscono niente, non faranno mai niente, vanno in discoteca, tornano la mattina, si drogano, non fanno assolutamente niente dalla mattina a sera. Se siamo qui, penso che ci sia un motivo, cioè risolvere il problema della droga.

C'erano ancora altre domande riguardo a queste manie di protagonismo. Ad esempio una domanda sulla relazione del giovane con sé stesso e il protagonismo; secondo me, la sua vita è influenzata dal protagonismo, tutti cercano di mettersi in evidenza. Ad esempio, nella mia zona si mettono in evidenza modificando il motorino, passando in impennata davanti al bar, oppure vanno a dire: sai, ieri sono andato fuori con la Simona, oppure con quell'altra ragazza. E ci sono tutte queste manie di protagonismo. Poi c'è anche un altro problema. Sempre nel fascicolo, oltre alle droghe, c'era l'alcool. Ne avevano parlato prima i ragazzi di Firenze mi sembra, del Chianti, non mi ricordo dove fossero. C'è il problema dell'alcool, che è sottovalutato. Ad esempio, le droghe non sono libere, l'alcool sì. Molti non si rendono conto che in discoteca, io stesso a volte abuso con l'alcool, non mi rendo conto di quello che faccio, perché è pur sempre una sostanza che mi oscura, cioè mi metto alla guida e mi fermo, ho la fortuna di rendermi conto di star male, di fermarmi dieci minuti a dormire, non metto a rischio la mia vita e la vita degli altri, o faccio guidare il mio amico. Perché l'alcool è legale, però se si abusa dell'alcool, anche con quello si può fare una strage. Cioè bisognerebbe fare come avevo visto in un locale in Sardegna, in una discoteca, di cui non mi ricordo il nome, dove non si era obbligati, però la maggior parte della gente lo faceva, prima di uscire dalla discoteca, a prendere una cannuccia dove ti facevano soffiare e ti dicevano: tu puoi guidare, tu non puoi guidare. Farebbe molto piacere, qui c'è anche la presenza della ministra, se magari in tutte le discoteche ci fossero queste macchinette. Magari una persona non se ne rende conto e dice: sono più bravo, porto a casa la macchina, non ci sono problemi. Sarebbe opportuno che queste macchinette venissero installate in tutte le discoteche d'Italia, di modo che tutti i ragazzi possano vedere se stanno veramente bene, cioè se ce la possono fare, per non mettere a rischio la vita degli altri. Penso che sia una cosa fattibile: ho sentito prima dire che a Torino distribuiscono le siringhe, si fanno le distribuzioni dei preservativi, di tutte queste cose. Penso sia una cosa realizzabile, una cosa molto utile, per molti giovani, che il sabato sera perdono la vita inutilmente, cioè per aver bevuto un bicchiere in più con gli amici.»

PIPPO:- «Non ho i denti lunghi, ho dieci decimi di udito e non corro in macchina. Però volevo porre alcune riflessioni a tutti voi, soprattutto perché non riesco ancora a darmi una risposta a tutt'oggi, nel duemila. Prima di tutto, visto che vivo di questo lavoro, conosco molto bene la notte, i giovani che frequentano la notte e tutte le problematiche che girano intorno a questa. E ancora oggi non capisco perché, sapendo tutte le problematiche che ci sono, ci si ostina ad avere una polemica sterile tra lo Stato e la discoteca, che non porterà mai a nulla. È una polemica che si limita a combattere o un orario

o l'alcolico, mentre non propone nulla di nuovo, non dà spiegazione. Quest'estate, lavoravo in riviera, in Emilia Romagna, è stato posto il divieto dell'alcool dopo le tre. L'alcool possiamo fermarlo all'una, ma l'orario dei locali non cambia, chiudendo prima si peggiora solo il problema di lasciare deambulare i ragazzi in giro per strada. Si lascia solo la gente in giro alla mattina alle quattro per bere ed è sempre peggio.
Il problema maggiore, secondo me, è proprio la problematica di non avere un confronto con i giovani e lo Stato; vorremmo avere le porte aperte per una maggiore educazione all'esterno delle discoteche su quello che gira e circola all'interno delle discoteche, senza reprimerlo. Perché all'interno delle discoteche le cose girano, ma come fuori, come in ogni posto in Italia. E non si può continuare a far finta di nulla. Il problema c'è, non si può cancellare con una gomma: bisogna affrontarlo, questa è la cosa fondamentale.
Ci sono alcune domande, ormai ovvie e banali e scontate, che mi continuo a porre, alle quali non riesco a darmi una risposta. Mi domando come mai sappiamo tutti benissimo che in Italia ci sono ogni anno migliaia di decessi per enfisema polmonare, per cancro ai polmoni derivato da sigarette che può comprare chiunque dal tabaccaio. Persone che stanno male, che hanno la cirrosi epatica per l'alcool, già a venticinque anni, che vanno dal medico col fegato gonfio e non hanno un aiuto da nessuno e le persone magari che vengono fermate in auto con uno spinello di marijuana o di hashish di un valore di 0,3 grammi di sostanza attiva, vengono fermate, gli viene tolta la patente e gli viene posta la sanzione magari di cinque, seicentomila lire. Queste persone, ovviamente, il giorno dopo, avranno problemi nella loro vita, non potranno più andare a lavorare, peggiorando sempre la loro situazione senza risolvere nulla.
Mi domando come mai ogni domenica vediamo all'interno degli stadi delle situazioni che credo veramente oscene. A me non piace il calcio personalmente, ma proprio perché sono un esterno, pensare che mio padre non può portare mia sorella allo stadio per paura di qualche violenza e che gli stadi continuano a funzionare, mi fa porre delle domande che mi fanno molta paura; penso che sia tutto una questione di business, perché dove girano i soldi le cose vanno tutte bene, gli stadi continuano a rimanere aperti e tutto funziona così. Il sabato sera ci sono più stragi è ovvio. Il lunedì c'è il 10% delle persone che escono, è una cosa scontata, al sabato sera tutti escono e la percentuale aumenta, è una cosa scontata, non bisogna pensare che tutte le colpe siano delle discoteche, perché mi sembra che in questi ultimi due anni, in Italia, abbiano cercato un capro espiatorio per dare la colpa a qualcuno, alle discoteche e alla notte, in maniera tale che si salvaguardasse tutto il resto delle problematiche che sono da evitare, da capire.
Un'altra domanda che mi pongo ancora. In Italia siamo ancora al livello della scoperta del rock and roll degli anni Cinquanta. Chi frequenta la notte, il divertimento, e tutto quello che concerne la notte, mi rattrista molto, ma è visto come il disadattato, quello che esce la notte, torna la mattina, la mattina dorme. Ma non è così, nella notte ci sono tante cose positive, ci sono tante cose belle. Vedo all'esterno dell'Italia che alcuni stati hanno fatto una della loro forza proprio i locali notturni, con sovvenzioni, con arricchimenti, con associazioni culturali che hanno sponsorizzato con mostre o concerti. E questo manca in Italia, veramente c'è un grande distacco, una grande polemica sterile tra l'uno e l'altro. Non c'è un contatto vero e proprio, a causa di una mancanza di comunicazione. Ora siamo qui e chiedo a tutti veramente di riuscire a trovare soluzioni giuste per i giovani della notte, che hanno tanto da dare e da esprimere attraverso la musica, che è una delle cose più belle che c'è stata dall'antichità. Avrei tante cose da dire, ma l'emozione mi gioca un brutto scherzo e preferisco fermarmi qua.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Abbiamo finito il giro degli otto gruppi e a questo punto c'è il momento delle testimonianze dei DJ coordinate dal principe Maurice. Poi apriamo per gli interventi e dopo c'è l'evento, di cui Maurice vi spiegherà meglio, perché

lui è più competente di me su queste cose.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Sarà una cosa soft Onorevole TURCO, non si preoccupi, potrà partecipare anche lei, anzi lo desidereremmo molto.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Desiderava però anche invitarvi, se potevate, a non disperdervi, anche perché alle venti e cinque abbiamo in questa sala una diretta del TG1. Credo che sia importante la comunicazione attraverso i mass media, per non dare l'impressione che l'ascolto giovani avviene in un deserto, cosa che non è vera, perché la sala è piena.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Quello lì è il Principe Maurice, vediamolo un attimo per capire un po' come si può essere schizofrenici lucidi e vivere serenamente. Il Principe Maurice è quello di questo filmato. Volevo presentarvelo perché non ho idea di farlo stasera. Ho già spaventato una volta l'onorevole TURCO, non voglio farlo un'altra volta, però è quello lì. Abbassate pure le luci, così si vede anche un prodotto musicale assolutamente attuale, che sta avendo tra l'altro anche un discreto successo in Italia, Germania e Francia.
Ora direi che possiamo anche sfumarlo e alzare le luci; era tanto per dare un piccolo esempio di un prodotto musicale italiano che stiamo esportando. E questa è una cosa sulla quale vorrei insistere. La capacità dei nostri DJ di creare della musica che faccia divertire i giovani è grande ed è anche esportata. Il mio intervento vorrà essere breve innanzitutto, perché ho già parlato in tante occasioni e preferisco che siano i miei ospiti a parlare di più, però mi sembra che in questa conferenza si sia dimenticato il titolo, che è bellissimo: educare al benessere, prevenire gli abusi, liberare dalle dipendenze. Tutto questo non ha a che fare con la diatriba proibizionismo/antiproibizionismo, dal mio punto di vista. Ha a che fare con qualcosa che va oltre il proibizionismo o l'antiproibizionismo. Problemi che, insomma, verranno gestiti politicamente con molta accortezza, perché non dimentichiamo che la nostra cultura è diversa da quella dei paesi del nord. La preparazione riguardo alle droghe in Italia, è diversa da quella dei giovani inglesi, per esempio, o olandesi o tedeschi. È da poco che si è cominciato. E devo dire sinceramente, non sono un suonatore di violino, suono il pianoforte, ma lo voglio dire ugualmente, grazie alle iniziative del Ministro degli Affari Sociali Livia TURCO. Che ho avuto modo di incontrare specialmente per la prima campagna sulle nuove droghe che fu "Fatti furbo, non farti male", molto fraintesa e, a mio avviso, contrariamente al parere di altri, molto efficace. Io in discoteca ci lavoro, ora, al di là dei video che possono essere più o meno vicini al linguaggio dei giovani, il materiale cartaceo che veniva dato nelle discoteche in grande quantità, era perfettamente accessibile dal punto di vista dell'informazione, era appetibile dal punto di vista dell'immagine, perché sembrava una copertina di un Cd, piuttosto che l'invito di un rave. E questo è il sistema. In discoteca bisogna procedere con l'informazione e con la teoria e la filosofia del minor danno. È inutile andare a fare prevenzione in discoteca perché nessuno ti ascolterebbe. Se si può fare prevenzione la si deve fare a scuola, nei luoghi dove i giovani si incontrano per sport, per diletto. Ma non in discoteca, perché lì chi non si droga aveva già scelto di non farlo e chi lo fa non vuole che gli si rompano le scatole perché lo ha fatto. Ma se gli si infila in tasca una cosa di questo genere, non la butta via e il giorno dopo, oppure se ha delle difficoltà magari gli si dice che cosa aveva in tasca, riesce a far qualcosa di buono, a capire quello che sta facendo. Sostanzialmente il problema è quello.
Il modo mio di pormi nella notte è quello che mi auguro abbiano anche tanti altri operatori della notte: è quello dell'ironia. Ho visto prima che l'arma vincente del nostro amico è stata quella di essere ironico e simpatico. Sono molto drammatico nel mio aspetto e soprattutto nel mio aspetto performativo, però come amante del concetto di famiglia Addams, cerco di far ridere della mia orripilanza. La signora TURCO è riusci-

ta a ridere ogni tanto della mia orripilanza, e questo è giusto. Il primo messaggio che cerco di dare è quello che non bisogna avere paura della notte, del buio. Fin da bambino non ho mai avuto paura del buio, perché i miei genitori mi hanno educato che esiste una magia in ogni momento della giornata. E della nottata. E questo credo che in fondo i giovani l'abbiamo scoperto recentemente con il fenomeno della discoteca. Di notte riescono ad essere più veri. Qualcun'altro ha detto che di notte si mascherano. Io non so se sono più mascherato di giorno o di notte, sta di fatto che di notte posso esprimere una parte della mia personalità. Forse quella che di giorno avrei meno il coraggio di fare. Se mi fossi presentato con quelle lenti sclerali nere durante la conferenza, che cosa avreste fatto? Avreste chiesto subito che tipo di droga avevo preso per avere le pupille così dilatate, cosa che fanno molti ragazzi in discoteca. Mi chiedono: ma che droga hai preso per avere le pupille così dilatate? O viceversa quelle bianche. Insomma non ha senso. Ogni momento della giornata o della notte ha una sua dimensione. La notte è complice di sviluppo di fantasie, la notte è complice di trasgressioni che di giorno non è il caso di fare. Ma questo è bello. Questo è bello perché la notte così diventa un momento liberatorio. Ed è questo che le discoteche vogliono essere, un momento di sfogo dove si sta bene, si deve stare bene. E per stare bene bisogna che il prodotto sia di qualità. Su questo devono puntare le gestioni delle discoteche, perché noi siamo qui e siamo DJ, siamo operatori, siamo animatori, ma devo dire che manca ufficialmente, e questo è molto grave, una rappresentanza dei proprietari, dei gestori delle discoteche. A mio avviso, non ho avuto modo di sentire i rappresentanti del SILB, qualcuno del Sindacato dei Locali da Ballo doveva esserci qua. Perché a Bologna in questi giorni si sta tenendo un corso proprio per dei gestori di discoteca un po' più illuminati, il busillis è proprio quello. Tante volte la direzione artistica di un locale imposta il filone sul commerciale, sulla tendenza, questa parola è abusata. Ma poi chi gestisce in effetti la vita della notte sono i proprietari, i gestori dei locali. Per cui un appello che do è: creiamo degli operatori sociali, che lavorano già in discoteca, che conoscono i ragazzi, che sanno come comunicare con loro. Anche questo, la ministra lo sa, si sta già cominciando a fare, cioè preparare degli operatori da discoteca, chiamiamoli così. Che lavorano in discoteca alla pari con i ragazzi. E prepariamo soprattutto i gestori, che siano capaci di apprezzare e di investire per prodotti di qualità, perché dove la qualità è scadente, è scadente anche la qualità della vita notturna. Quindi un messaggio che mi viene da dare qui è: cerchiamo di educare al benessere rendendo la qualità della vita di giorno, pomeriggio, mattino presto, sera, in qualsiasi momento, soprattutto dei giovani, migliore, qualificandoli, dando loro valori, speranze e opportunità Preveniamo gli abusi con l'informazione a tappeto, radicale, accessibile, vera, non nascosta, non condizionata da proibizionismi o antiproibizionismi esasperati, l'uno o l'altro. E liberiamoli dalle dipendenze, perché dipendere da qualcosa significa non essere liberi. E quelli che cercano nella droga la libertà in effetti sono entrati in una schiavitù ancora più grave e ancora più deleteria di quella che può essere determinata da questa società di consumismo che ci rende schiavi dell'immagine, dell'avere più che dell'essere. Mi spiace molto, mi sono molto commosso, onorevole TURCO per il suo intervento di ieri che è stato un po' un commiato. Devo dire che mi hanno entusiasmato ieri tutti gli interventi, perché è stato veramente estremamente rivoluzionario quello che è stato detto. C'è qualcosa che si sta muovendo, vedremo cosa succederà, io non mi pronuncio, sono assolutamente apolitico, come lo è quasi tutto il mondo della notte, forse è anche una sorta di disimpegno se vogliamo, ma in un certo senso ci dà anche un po' più obiettività di visione riguardo a tante cose che si fanno. Devo dire soprattutto nella signora Livia TURCO ho trovato una persona con la quale dialogavo e dialogherò ancora molto bene. E mi auguro che si prosegua su questo filone del dialogo, perché se non ci si parla, questo è un altro intervento che è stato fatto, molto bello, devo dire che i ragazzi che sono intervenuti oggi sono stati tutti fantastici. Se non si dialoga tra adulti, giovani, non si può concludere nulla. E il dialogo deve essere assolutamente

alla pari. Perché i giovani sono i potenti di domani, non c'è dipendenza dal potere nel giovane oggi, ma domani dovrà gestire la sua vita e la vita della comunità, se ha un ruolo di responsabilità. Quindi riuscire già da adesso ad entrare in una forma mentis di disponibilità, senza dubbio apre degli orizzonti. Allora, spero di non aver detto delle fesserie, sono molto emozionato anch'io, perché, tra l'altro voglio ringraziare il presidente e tutto questo comitato di ascolto. Io, nella mia schizofrenia, ero sia da una parte che dall'altra parte della barricata. Sono stato chiamato a far parte di questo comitato di ascolto dal Dipartimento degli Affari Sociali. E ho trovato delle persone squisite, veramente disponibili e credo che questi interventi ne siano proprio un chiaro effetto. In particolare il presidente del comitato, che è il professor Mario POLLO, e tutti i componenti. Voglio ringraziare anche in particolare Fabrizia BAGOZZI e Pier PIERUCCI, che sono i miei due complici più vicini. Le altre persone le ho conosciute e apprezzate dopo, loro li conoscevo già, e devo dire che questo coinvolgimento mi ha fatto molto piacere, mi sento molto onorato, sono molto felice che si sia aperto questo spiraglio nei confronti del mondo della notte; rappresento, Pippo, anche una sorta di apertura da parte delle istituzioni, almeno per ora, nei nostri confronti, perché nonostante sia già in età abbastanza avanzata, ho trentasette anni, appartengo al vostro mondo e sono tra di voi. Quindi andiamo avanti così, dialogando, parlando. Adesso vorrei presentarvi alcuni DJ e una persona che non è un DJ, ma che ha molto a che fare con i DJ. Li chiamerò uno alla volta, presentandoli. Voglio chiamare adesso Joy CHITICONTI, che è un DJ e produttore che appartiene a un gruppo di produzione piuttosto importante in tutta Europa ed è una persona che si dà da fare, anche lui, per comunicare nel mondo della notte.»

Joy CHITICONTI:- «Ora è difficile dire qualcosa perché è già stato detto tutto. Mi volevo agganciare al discorso che hanno fatto già anche gli altri sul fatto dell'informazione. Sono DJ, appunto, come diceva Maurice, lavoro sia in Italia, sia all'estero, soprattutto all'estero ultimamente, e noto questa differenza che c'è appunto tra l'informazione, gli slogan, chiamateli come volete, che viene fatta in Italia e quella che viene realizzata all'estero. Ora, di tanto in tanto si vedono della autoambulanze e qualche baracchino informativo che dà gli opuscoli, però non in maniera efficiente, secondo il mio punto di vista. Quindi volevo ripetere questo discorso e far presente questa cosa perché credo che sia molto importante. All'estero i giovani usano sostanze stupefacenti come in Italia, però probabilmente lo fanno con più consapevolezza, fino a un certo limite, in quanto hanno più informazione, in quanto la televisione e i mass media fanno più campagne riguardo alle sostanze stupefacenti, con tutte le varie conseguenze che ci possono essere. Poi un ottimo discorso l'hanno fatto i ragazzi del Chianti, anch'io sono del Chianti, sul fatto dell'incontro che ci deve essere tra i giovani e gli adulti. È una cosa molto importante, perché come diceva Mauro, anch'io sono emozionato, lavoro in discoteca da anni, però non parlo mai al microfono, quindi scusatemi, non ci posso far nulla, c'è sempre il vocalist qui.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Questa emozione è indicativa del fatto di come noi non siamo mai stati chiamati, non ci hanno mai fatto partecipare a nessun tipo di convegno di questo genere. Per questo siamo emozionati. Purtroppo non siamo abituati a parlare in questi contesti. Per cui questa emozione è una cosa molto positiva e molto bella. Speriamo una prossima volta di essere meno emozionati e sempre più agguerriti nei confronti di questa battaglia che stiamo facendo per ridare dignità a questo contenitore sociale, il Ministro VERONESI lo ha anche sottolineato, e questo mi ha fatto molto piacere, che è la discoteca. È un contenitore sociale. Vai avanti, ti sei tranquillizzato?»

Joy CHITICONTI:- «Sì, un po'. Grazie al Principe Maurice, come al solito. Ricomincio da capo, imito lui che ha fatto ridere, io faccio ridere per naturalezza. Un'altra cosa molto importante è quella di coinvolgere nelle pubblicità noi del mondo della notte.

Cioè non solo il pubblicitario che può essere una persona di sessant'anni con grandissima esperienza, per amor del cielo, però non va bene. Venite da noi a chiedere come vanno le cose, perché noi le viviamo tutti i fine settimana in discoteca. Io sono di fronte a migliaia di persone tutti i week end, quindi noi possiamo darvi informazione e farvi capire cosa succede, come va veramente la situazione. Mi faceva una domanda?»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Una domanda che mi viene da farti, è se tu noti in Italia una flessione, riguardo al consumo; tu ne vedi abbastanza, hai una visione d'insieme, come ti sembra che stia andando, da una tua sensazione dei locali di tendenza che frequenti, il consumo di sostanze in discoteca?»

Joy CHITICONTI:- «A mio avviso ho riscontrato molte meno persone che fanno uso di sostanze, specialmente nei giovani, che magari fino a uno, due anni fa erano coloro che facevano molto preoccupare. Quest'anno, questa stagione, come è stata iniziata, abbiamo notato, non solo io, ne parlavamo anche con gli altri colleghi, molti meno giovani che, per lo meno all'apparenza, sono diciamo messi...»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Così male.»

Joy CHITICONTI:- «...come vedevamo prima.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Va bene. Vuoi concludere con un qualche slogan?»

Joy CHITICONTI:- «Non voglio fare retorica, ma direi: usiamo la testa, informazione, informazione, informazione.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Vorrei far intervenire un'altra DJ, che è romana, si chiama Simona FARAONE, è conosciuta soprattutto negli ambienti della musica sperimentale elettronica che ha fomentato e frequentato un bel po'. Una ragazza molto intelligente e interessante, sentiamo quello che ha da dirci riguardo a quello che ha sentito anche da parte dei giovani e quello che lei vede, capisce in discoteca quando è a contatto col suo pubblico.»

Simona FARAONE:- «Intanto sono un personaggio un po' atipico in discoteca, perché come tu ben sai, non faccio nulla, nel senso che mi capita di andare al bar a chiedere della camomilla piuttosto che un long drink e rimangono a guardare se questa è matta. Però nonostante tutto ciò ho avuto sempre o partner o amici con problemi di droga anche abbastanza seri, o comunque di droga o di assunzione di stupefacenti, come poi è una consuetudine, è un costume, cioè non bisogna né criminalizzarlo né usare atteggiamenti ipocriti. Come la persona che ha parlato prima, che ha ammesso pubblicamente appunto di usare eroina, di non vergognarsene neanche; forse l'eroina è l'unica droga sicura che gira attualmente, perché bene o male uno che va a comprare eroina, di solito, la compra dal proprio pusher di fiducia, o comunque sa, più o meno, quello che va a comprare. Tranne il caso in cui, si fa la pera, l'overdose, con cui si può morire, quello lo sappiamo. Però è vero che girano tante sostanze così sofisticate, falsificate, nel senso che non sono sostanze che possono far sballare realmente, che è quello che cerca realmente il ragazzo. E se l'obiettivo del governo, dello Stato, delle istituzioni è quello di debellare la malavita organizzata che lucra su questo, è proprio su quelle droghe che bisogna comunque andare no. Si sente parlare sempre di ecstasy.
Vengo da una realtà come quella di Roma, da una grande metropoli, quindi di droga ne è sempre girata, magari più che in provincia; ora insomma è in tutta Italia, però lì, per esempio, c'è un grosso consumo di cocaina, per quello che posso vedere io, piuttosto che di ecstasy. E poi c'è anche lo special key, o chetamina, di cui si è parlato

poco, non l'ho sentito per niente e invece è una droga che ultimamente sta prendendo parecchio piede. Che è altamente dissociativa. Io gli effetti non li conosco, perché non la uso, però riferisco quello che mi dice chi la usa. È una cosa vergognosa. Pericolosa sì, ma a certi livelli anche tanti altri tipi e modi di drogarsi. Non posso dire di adottare sistemi repressivi o di non adottarli. Effettivamente non c'è un sistema valido per questa generazione attuale e per quella di poco precedente, cioè quella che ha lanciato il boom; per buona parte complici sono stati molto i giornalisti, i mass media che hanno enfatizzato la cosa nel momento in cui non era ancora così grave. Più che altro bisogna lavorare sulle generazioni future. A livello di istituzione. Fare il DJ è una bella responsabilità. Infatti non dico che posso aiutare, ma posso intervenire. Nel mio caso specifico sono la persona meno indicata, perché sono poco credibile, dal momento che non uso droghe, ho un comportamento assolutamente normale.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Già col tuo esempio però fai qualcosa.»
Simona FARAONE:- «Sì, però alla fine avviene il preconcetto contrario, per quanto mi riguarda. Nel senso che dicono: tu non fai nulla. Ti guardano come dire: ma come fa questa, non è possibile? Perché poi ti vedono lavorare, a noi capita, come succede spesso, che si esce il venerdì, si ritorna la domenica sera, senza neanche dormire, oppure una o due ore, perché magari si viaggia da una parte all'altra dell'Italia, poi prima c'erano molti after, ora un po' di meno. Lavoravamo a dei ritmi veramente assurdi. Onestamente, non ho mai resistito in qualche modo. Però, insomma, c'è anche chi l'ha fatto. Chi magari è più vicino ai giovani in quel senso si può drogare, ma alla fine non so se possiamo essere di così grande esempio, perché ognuno fa come gli pare, non è neanche giusto che uno vada lì a predicare, secondo me.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Predicare no, però secondo te la presenza di operatori, cioè di gente che lavora nella discoteca, preparata per dare informazioni, può essere utile?»

Simona FARAONE:- «Sì, però il trend dominante è trasgredire, quindi è più bello, è più accattivante, per chi adotta questi comportamenti in maniera superficiale, cioè seguendo le mode, perché la maggior parte delle volte, voi avete fatto anche dei sondaggi, uno si droga perché fa moda, perché lo fanno tutti, cioè è difficile che uno la mattina si alzi e decida: mi distruggo.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Quindi bisogna creare un trend nuovo.»

Simona FARAONE:- «Bisogna lavorare sulle generazioni future, su quelle dai dieci ai dieci e i quindici anni, per come la vedo io, per essere onesti.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Una cosa che volevo chiedere. Ho fatto uso di droghe, ho provato a tirare, ho provato anche a calare mezza pasticca di un tipo, mezza pasticca di un altro, qualche tempo fa. Perché volevo anche capire cosa succedeva. Non mi è successo niente di diverso da quello che mi succedeva quando mi andavo a divertire senza prenderle. Per cui quello che voglio dire ai ragazzi: ma è proprio necessario sballare per divertirsi? Oppure ci si può divertire meglio se si è consapevoli di quel prodotto musicale valido? Perché, ad esempio, anche Simona adesso sta portando la sua esperienza estremamente particolare dal punto di vista umano, ma dal punto di vista professionale anche è fantastica, cioè c'è della bella musica. C'è una situazione estetica, architettonica sempre di qualità in Italia, più che all'estero; i locali della riviera romagnola sono bellissimi in confronto ai locali ad esempio, che si trovano in Germania o in Inghilterra, che alle volte sono propri underground, ma questo è relativo perché poi anche lì vanno le mode, cioè si sente l'esigenza di sballare quando si può sballare comunque senza ingerire droghe o sostanze. Si sta meglio, come giustamente diceva

lui.»

Simona FARAONE:- «Posso dirti una cosa?»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Sì.»

Simona FARAONE:- «Che il 95% delle persone, dei giovani, fa uso di sostanze stupefacenti; come fai a dire che il divertimento che si prova normalmente è uguale allo sballo che si può provare con una pasticca?»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Perché l'ho provato.»

Simona FARAONE:- «Mi sembra che il tuo sia un atteggiamento un po' troppo retorico. Non so, perché non le ho mai provate sinceramente, posso aver provato un altro tipo di sostanze sicuramente molto più leggere. Però penso che quello che tu stai dicendo sia abbastanza retorico.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Non lo so, forse hai anche ragione, io però ti dico, a me non interessa che qualcuno senta di più la musica, veda di più i colori o tutto quanto, drogandosi. Io sento la musica e vedo abbastanza colori anche senza. Con questo io non critico chi le prende, perché io non sono nessuno per criticare, non sono né proibizionista né antiproibizionista, questa è una faccenda che non mi riguarda. Conosco abbastanza il movimento musicale e devo dire che a me piace quella musica, se io la ascolto il battito cardiaco mi si accelera anche senza bisogno di assumere droghe. Sono delle aziende che hanno un ottimo indotto.»

Voce femminile:-«Se vogliamo parlare di mondo del lavoro forse...»

Simona FARAONE:- «Poi andiamo fuori tema, perché il mondo del lavoro ora col discorso droghe non c'entra. Sintetizzando, secondo me, si fa sempre riferimento al discorso stupefacenti e discoteche, però, onestamente, se facciamo un calcolo di tutta la quantità di giovani che esistono in Italia, ma quanti realmente di questi sono frequentatori fissi o abituali di discoteche? Penso una minima parte. Allora, se viene fatto un congresso di questo tipo vuol dire che il problema droga esiste. Non è un discorso soltanto di discoteca, è un discorso generale comportamentale, cioè la discoteca sì, perché è quella più evidente, siamo quelli più a rischio, nel senso che siamo quelli più aperti a tutti, che forse è l'ambiente meno ipocrita che esiste perché è quello più attaccabile degli altri. Però alla fine, parliamoci chiaro, proprio grazie a tutto questa campagna fatta dai mass media, le discoteche ultimamente hanno avuto purtroppo dei grossi problemi. Ci sono state delle discoteche che hanno chiuso, o che dalla techno sono passate al liscio. Addirittura, io facevo musica elettronica, continuo a farla quando mi è possibile, che è quella che è stata sempre condannata, perché è quella musica che manda fuori di testa, non so per quale motivo. In tutto il nord Europa si continua a fare, all'estero dappertutto, mentre qui abbiamo dovuto tirare i remi in barca e tornare a fare magari house, perché è una cosa più tranquilla.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Adesso vorrei chiamare Marta BIGOZZI che è conduttrice televisiva musicale, lo è stata per Matchmusic, che è un'emittente musicale, adesso satellitare, però prima era in chiaro, quindi poteva andare bene, adesso ha lavorato per TMC 2, sempre un canale musicale; anche lei è una DJ, di altro genere, però molto vicina ai giovani, e soprattutto, devo ricordare che, anche anni fa, col professor BRICOLO e SCHIFANO, fece degli interventi proprio su Matchmusic riguardo all'informazione e alla prevenzione delle droghe prima di qualsiasi iniziativa di questo genere.»

Marta BIGOZZI:- «Grazie Maurice, grazie alla ministra, a tutti, cercheremo di non piangerci, né riderci addosso. Voglio parlare di questa esperienza di cui sono stata protagonista, perché ero il moderatore in questo programma assolutamente di avanguardia, perché noi, nel '95, nel '96, ora non saprei dire quando, comunque diciamo nel '96, abbiamo iniziato a fare questa produzione televisiva con un approccio assolutamente diverso da quello che era l'approccio che più o meno si poteva incontrare quando sui mass media, quindi o stampa o televisione, si parlava di sostanze, cioè si faceva proprio informazione. Il professor Renato BRICOLO, che rivedo da quei tempi con affetto, e il professor SCHIFANO erano miei insostituibili compagni di viaggio in questa meravigliosa esperienza.

Noi andavamo nelle scuole, durante l'orario di lezione, questo era un po' il punto fermo del regista, che fu l'ideatore di tutto il programma insieme a Renato; fu una cosa un po' sofferta ai tempi, però c'era una gran voglia di fare. Devo dire che andavamo in onda tutte le domeniche, quindi ne abbiamo fatte un po' di puntate, in ognuna si affrontava una sostanza, quindi appunto BRICOLO e SCHIFANO tranquillamente spiegavano cosa succedeva a livello chimico e fisico, una volta che assumi la sostanza, ma anche a livello psicologico. Questo per aiutare. E questo ha dato i suoi frutti. Perché io stessa ho trentadue anni: uno non dovrebbe essere più giovane a quell'età, però esco da quando ne avevo diciotto, quindi la notte frequento i locali da quando ero diciottenne anni e posso dire di averne viste abbastanza. Non si sta a fare la gara a chi ne ha viste di più o a chi dorme di meno, che è un altro dei miti della notte. Però quello è stato un esperimento che veramente ha funzionato. Ancora oggi nei locali ogni tanto vengo avvicinata da qualcuno che, zitto zitto, con gli occhi grandi, mi fa: mi avete salvato la vita. Poi dico: ma chi? Perché lì per lì non mi ricordo neanche. Però c'è veramente gente che ha cercato risposte per tanti anni, per sé stessi, per i familiari, il fratello più piccolo, la fidanzata. Cioè la gente vuol sapere di più di queste sostanze, i ragazzi per primi, perché se non si dà un informazione seria, schietta, scientifica, senza nessun tipo di pregiudizio, né giudizio morale, alla fine il ragazzo è preda delle leggende metropolitane. Per cui la pasticca non fa male, perché la droga si associa solo all'eroina.

Sono del '68; ero piccolina negli anni Settanta e me li ricordo quelli che si facevano le pere in piazza, ero piccina, ma mi ricordo che si disfacevano nei mesi. E poi via via non c'era più quella bionda, bella che si era sciupata, non c'é più, e poi quell'altro non c'è più. Ripeto: si creano delle leggende che non reggono. Sono qua a dire che poi il progetto è finito. Ho finito la mia collaborazione con Matchmusic, senza per questo "sputare" sul piatto dove anch'io ho mangiato, cioè non sto infamando i proprietari dei locali da ballo, però sicuramente il fatto che non ci sia una rappresentanza ufficiale fa pensare, come fa pensare che, quattro o cinque anni fa, noi avevamo fatto un libretto di informazione sul modello dei libretti inglesi, delle cartoline, delle card che davano appunto Renato BRICOLO e SCHIFANO. Erano molto informati. Vorrei un applauso per questi professori, così ammortizzo anche questa emozione, perché hanno fatto veramente tanto e continuano a far tanto. Noi l'abbiamo fatto a suo tempo questo libretto, questo opuscolo. Un pieghevole, con un linguaggio che era quello appunto di Matchmusic o comunque dei giovani.

Ormai io sono cresciuta, almeno ora mi danno del lei, è finita questa cosa dell'esser giovani. Però nessun locale ha voluto tirar fuori le poche centinaia di migliaia di lire che ci volevano per stamparne qualche migliaio e darlo nei locali. Cioè nessuno alla fine era interessato. Non sono qua a dire che la droga è in discoteca. Perché, come diceva Maurice, sono reduce da due anni di lavoro in una redazione musicale a TMC2 e Videomusic, e ho lavorato ai programmi dei concerti, dei festival. La droga non è solo in discoteca. Non è che ci si schianta solo il sabato sera. Perché sentirlo dire da voi mi fa un po' di rabbia. Perché non è solo lì, non è lì. Cioè è deviare l'attenzione? Non è quello il problema. È uno degli aspetti. Ho sopravvissuto quindici anni, di cui almeno

cinque, sei stagioni in riviera, eppure la statale attraversata a cento all'ora col rosso, è una cosa che fanno ancora, come lo facevano prima, lo faranno sempre. Non solo lì, ovunque, anche in tutto il mondo. Non voglio neanche dire che all'estero è meglio. Uno dei danni e pregi della globalizzazione è che si differenziano anche poco le situazioni. Però allo stesso modo io stessa non voglio essere investita da uno che è ubriaco o cotto o fatto di quello che ha preso il sabato alle quattro la mattina. Ho amici che sono stati tirati sotto dal pensionato che aveva preso uno psicofarmaco a novantacinque anni e guidava la macchina.
Comunque volevo dire che niente e nessuno mi fermerà, sto studiando regia e montaggio digitale, quindi o in televisione o pirata su internet, ma l'informazione la faremo.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Adesso vorrei far intervenire Marco Antonio ANTIGLION, della Costa Rica; direte cosa ci fa un signore della Costa Rica qui, è uno studente universitario che però ha fondato un'associazione che si chiama Planetarian Harmony, che cerca di far capire ai giovani la necessità di cominciare subito ad amare il pianeta, a salvaguardarlo, e promuove questa sua associazione attraverso degli eventi musicali, ai quali ho partecipato alcune volte anch'io, abbiamo forgiato noi questo termine, techno jam, cioè improvvisazione techno, una sorta di jazz tecnologico se vogliamo, con suoni campionati, ma non preparati in studio, proprio assolutamente improvvisati che danno un afflato senza dubbio diverso. Per cui questa è una forma tecnologica più riferita al mondo delle discoteche, dei rave. Esiste anche la grande valenza della musica e degli spettacoli dal vivo, che non sono mai abbastanza valorizzati dai gestori dei locali. Forse ultimamente lo sono di più, perché hanno scoperto che con la SIAE si riesce a risparmiare mettendo una percentuale di spettacoli dal vivo, ma è importante che l'arte abbia modo di esprimersi nella notte, perché l'arte è un modo di raggiungere l'estasi senza bisogno di sostanze. E allora vorrei far intervenire Marco Antonio ANTIGLION, che ha qualcosa di interessante da dire.»

Marco Antonio ANTIGLION:- «Volevo ringraziare tutte le autorità che mi hanno invitato; parlo come presidente dell'associazione Armonia Planetaria, che ha anche una fondazione in Costa Rica.
Dobbiamo analizzare il problema in modo integrale. Sta accadendo che siamo in una società che sta vivendo una severa crisi di valori. Questo è evidente. Vediamo il pianeta morire. Nessuno, avete visto all'Aia, si è interessato del problema. È incredibile questo. È un'attitudine criminale e sono criminali i ragazzi. Sinceramente non ho parole, non so come queste persone, queste presidenti possano andare e camminare guardando verso l'alto. Sono proprio loro, insieme alle lobby transnazionali, i responsabili del fatto di uccidere il nostro pianeta e allo stesso tempo la nostra gioventù. I giovani vedono che a nessuno importa nulla di questo. Vedono che il pianeta sta morendo di fronte ai loro occhi. Ogni giorno scompaiono cento specie animali. Si distruggono più di cento acri al minuto. Questa è la stima della Nasa. Ogni minuto che passa di questo orologio, cento acri di foresta tropicale spariscono dal pianeta.
Siamo in una società che vive una severissima crisi di valori e ai ragazzi cosa gli resta, cosa possono fare? Naturalmente sono i primi interessati, perché è il loro futuro, perché tutte le decisioni che oggi si fanno compromettono e condizionano il futuro di tutte le future generazioni. Allora accade che il ragazzo, ovviamente, cerca l'autodistruzione. Perché dice: a nessuno importa niente, a me non me ne importa niente, ora mi diverto. E concepiscono il divertimento come autodistruzione, purtroppo questo fa parte della cultura che esiste. Il fatto è che in realtà i ragazzi sono ragazzi d'oro, hanno un interno d'oro. Dobbiamo dare loro degli stimoli. Questo è ciò che manca, gli stimoli. Noi proponiamo il seguente. Che differenza, che bellezza sarebbe se noi facessimo degli eventi, dove per ogni cosa che si fa, si raccolgono dei fondi per fare progetti educativi.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Quindi lei propone di responsabilizzare il divertimento.»

Marco Antonio ANTIGLION:- «Esatto. Facciamo un divertimento costruttivo. Non più un divertimento al caso, per il caos, il divertirsi per divertirsi. Divertiamoci, con arte, con cultura, perché i giorni prima delle feste si possono delle conferenze sui problemi ambientali, che avvicinano i ragazzi a capire, perché noi siamo ciò che capiamo, non ciò che ricordiamo.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «Anche questa è una della visioni. Adesso vorrei chiamare Pier Francesco PACOLA, che dovrà essere molto sintetico, ma è bravo a farlo perché è uno dei massimi esperti, giornalista, scrittore di musica, specialmente della nostra musica.»

Pier Francesco PACOLA:- «Mi aggancio in qualche modo alle cose che raccontava Marta e a quell'esperimento televisivo davvero straordinario, che ricordo perché, collaborando anch'io con quella televisione all'epoca, fu una cosa che ho vissuto in prima persona. È un esperimento molto interessante perché Marta non lo ha sottolineato, secondo me per modestia, anche perché a condurlo era, oltre che i professori BRICOLA e SCHIFANO, una DJ. Quel tipo di messaggi, come dicevi tu, sono poi davvero arrivati a chi dovevano arrivare e forse, me lo auguro, hanno davvero salvato la vita a qualcuno.
In questo momento è importante, per un tipo di lavoro legato alla riduzione del danno, la centralità del disc jockey. Oggi, con la crisi della politica, dei valori, le discoteche, probabilmente insieme alle parrocchie, siano gli unici veri importanti centri di aggregazione giovanili; qualcuno prima diceva che anche i circoli del Chianti, per esempio, hanno avuto una flessione incredibile di frequentazione giovanile. Questo ci fa molto piacere. E comunque, se è vero che le discoteche sono ormai diventate un riferimento obbligato per tantissimi ragazzi, per gli adolescenti, se è vero che le discoteche, come tanti altri posti, sono luoghi dove c'è una circuitazione di sostanze, allora la figura del disc jockey, in questo momento, è davvero centrale e, secondo me, il suo ruolo, in veste di role model, di testimonial, di persona in grado davvero di arrivare, di colpire al cuore i ragazzi, è essenziale.
C'è una statistica che non riguarda le tossicodipendenze, ed è arrivata dall'Inghilterra; mi è capitato di leggerla su un giornale che parla appunto di disc jockey, un giornale inglese specializzato. E' una statistica che riguarda l'Inghilterra ma, siccome sappiamo che tutte le forme che riguardano la cosiddetta cultura giovanile hanno comunque nei paesi anglosassoni, nell'Inghilterra in particolare, un loro riferimento obbligato, sicuramente si tratta di un tipo di statistica che un qualche valore può averlo anche per l'Italia. Questa statistica raccontava che in Inghilterra in questo momento si vendono per ogni chitarra elettrica venduta, tre coppie di giradischi. Adesso questa può sembrare una stupidaggine, o comunque una cosa che ha poco a che fare con quello di cui stiamo parlando, ma l'Inghilterra è la patria del rock, della musica elettrica, dei gruppi. La chitarra elettrica è il simbolo della musica rock. Ora il fatto che si vende il triplo di coppie di giradischi, quindi sei giradischi per ogni chitarra, che cosa significa? Sicuramente non che i ragazzi comprano i giradischi per ascoltarsi i dischi a casa, perché voi tutte sapete che i dischi oggi li ascoltiamo tutti sui lettori Cd. E il disco di vinile a molti di noi, a quelli che non frequentano le discoteche, sembra un oggetto di modernariato. Tutto questo significa che all'interno dell'immaginario dei ragazzi, degli adolescenti qualcosa è cambiato. Come prima si diceva: da grande voglio fare il pompiere, il medico, oggi una quantità straordinaria di ragazzi giovanissimi, adolescenti, vogliono fare i DJ. Ma non solo vogliono farlo, e questo è il fatto interessante di questa professione, ed è il motivo per cui prego davvero le istituzioni di focalizzare l'attenzione su questi personaggi che sono importantissimi in questo momento, ma quasi tutti possono farlo. Questa

è la cosa straordinaria ed è la grande differenza rispetto ad altre forme di espressione e di cultura giovanile. Il fatto che la figura del DJ ha completamente azzerato quel gap, quel divario che esisteva, che è sempre esistito fra chi fa la musica e chi consuma la musica. Oggi chi consuma la musica, chi ascolta la musica del DJ, può farsela a casa sua con due piatti, il giradischi e un po' di creatività. Vi racconto tutto questo appunto per sottolineare l'importanza della figura del disc jockey e per ricordarvi con due o tre esempi rapidissimi come quello che vi sto dicendo all'estero, In Inghilterra, per esempio, è realtà. Il fatto cioè che i disc jockey vengano utilizzati, anche se la parola è molto brutta, ma insomma si prestino ad essere utilizzati per delle campagne di comunicazione sociale di straordinaria importanza.
La più importante rivista degli homeless inglesi, che si occupa di senza fissa dimora inglesi, proprio attraverso una compilation, cioè una raccolta con i brani migliori dei più importanti nuovi disc jockey inglesi, è riuscita a raccogliere una quantità straordinaria di soldi che sono andati ad un centro londinese di prima accoglienza per i senza casa. L'altra iniziativa è stata fatta per raccogliere fondi per una tribù in via di estinzione di nativi del Sud Africa.
Esiste in Inghilterra una discoteca, che si chiama Ministry of sound, i disc jockey qui presenti lo sanno, che, per definizione è considerata la più famosa discoteca del mondo. Perché è una discoteca che intorno a sé ha creato uno straordinario sistema imprenditoriale che comprende una rivista, una casa discografica, una linea di abbigliamento, un marchio che viene venduto in giro per il mondo. Quindi degli imprenditori che stanno lì per fare i soldi con la musica. Bene, questi imprenditori puntano al profitto, lo sottolineo. In occasione dell'ultima campagna elettorale che si è tenuta in Inghilterra, quella vinta da Tony BLAIR - ero lì in quel periodo e ho vissuto questa campagna abbastanza in prima persona - ricordo che si paventava in Inghilterra la possibilità che il National Front, il partito nazista, razzista britannico, prendesse dei seggi all'interno del parlamento inglese. Ed è una paura molto sentita tra i ragazzi, tra quelli che vanno in discoteca, tra i ragazzi normali che si incontrano quotidianamente. Ebbene, in quella situazione, il Ministry of sound lanciò una straordinaria campagna di comunicazione sociale, interamente finanziata da loro, la cui immagine più forte che campeggiava sui muri di Londra, su inserzioni acquistate dalle riviste alla moda, tipo l'edizione inglese di Vogue, piuttosto che di Elle, era semplicemente fatta così: c'era un omaccione muscolosissimo, uno skinhead, con una mega svastica tatuata, a braccia conserte, e sotto una piccola frase che diceva: usa in maniera coscienziosa il tuo voto, perché lui sa come deve utilizzarlo. Morale della favola: il National Front non prese nessun seggio in parlamento. Sarà stato grazie ai DJ, sarà stato grazie al Ministry of sound, non lo so. Però questo sicuramente testimonia quanto importante siano il mondo della notte e la figura del DJ, per la comunicazione sociale.»

Dott. Maurizio AGOSTI:- «È vero, il mondo delle discoteche ad alcuni dà fastidio, annoia; non esistono soltanto i centri sociali, non esistono soltanto le miriadi di realtà. Esistiamo anche noi delle discoteche. Collaboro volentieri anche col LINK; può esistere una contaminazione e i giovani non devono sentirsi divisi in sette; siamo tutti giovani, siamo tutti più o meno informati, più o meno avanzati, intelligenti, ricchi, o meno belli. Ma siamo tutti il popolo di domani. Quindi cerchiamo di essere più aggregati, di insegnarci a vicenda come non essere retorici, come essere più costruttivi. La discoteca fa notizia, quasi sempre, soltanto quando muore qualcuno per sovradosaggio, per infarto. Quando nella notte ci sono queste cose. Grazie Pier Francesco di aver sottolineato che la discoteca è un luogo dove si può comunicare molto. Grazie alla ministra Livia TURCO di aver fatto cominciare ufficialmente la distribuzione, già da due campagne, di materiale informativo in discoteca, perché lì va tanta gente, ci vanno tanti giovani ed è giusto che si faccia così.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Inviterei la ministra Livia TURCO a prendere la parola.»

On. Livia TURCO:- «Credo di interpretare il vostro stato d'animo, siete tutti stanchi morti, ma non voglio che voi interrompiate, pensavo di interpretare un sentimento di stanchezza. Se questo non è, per carità, non voglio assolutamente dire che l'incontro è concluso. Ho un problema di organizzazione, vista un'assemblea un po' movimentata anche dal punto di vista politico, quindi mi dovete scusare, ma mi devo assentare. Volevo soltanto raccogliere una proposta. Ne sono state fatte varie e c'è stato un sollecito esplicito al Dipartimento Affari Sociali. Non voglio entrare nel merito giovani, l'attenzione dei giovani, quel che penso l'ho detto ieri; quello che ho detto ieri, è stato per molta parte dovuto al vostro ascolto. Il professor POLLO e il gruppo che ha lavorato con lui, che ringrazio davvero moltissimo, l'ha fatto con molto spirito di ascolto. E ci ha offerto materiali di riflessione. Quindi non voglio riprendere le cose di ieri. Voglio semplicemente dire questo. Che quanto ho ascoltato oggi conferma quanto ci sia bisogno di un ascolto vero, come diceva Maurice, di un dialogo vero. È stato fatto un sollecito al Dipartimento Affari Sociali - e io, pur essendo un ministro che tra un po' di mesi conclude il suo mandato, penso comunque di poterlo assumere - quello di rendere stabile questa struttura di ascolto e di lavoro con i giovani, di collaborazione, che voi ci avete proposto presso il Dipartimento Affari Sociali. È un impegno che mi assumo, perché penso di poterlo onorare, in quanto il Dipartimento Affari Sociali ha avviato da tempo un lavoro di ascolto nei confronti dei giovani, con le due campagne e tutto il lavoro promosso del servizio volontario europeo. Ci sono una serie di attività. Nei prossimi giorni, prima di Natale, ne promuoveremo altre, proprio nella direzione di sostenere l'associazionismo, il volontariato, i gruppi di giovani, il rapporto anche con l'Europa; quindi proseguiremo esperienze innovative che siamo molto contenti di poter non soltanto far conoscere, ma concertare, condividere. Quindi ritenete questo appuntamento non un fatto casuale, ma un'opportunità permanente di lavoro comune, così come voi l'avete qui auspicato. Questa è una cosa che volevo raccogliere esplicitamente.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Grazie. Ci sono dei giovani che hanno chiesto di intervenire, quindi proprio nello spirito dell'ascolto c'è anche quello di fare un po' di fatica, di resistere alla stanchezza.»

Patrizia:- «Sono abbastanza stupefatta, e non è un gioco di parole, e sconcertata, per la demagogia a cui ho dovuto assistere, che è stata agita in questa ultima ora e mezza, dopo la celebrazione del riconoscimento del dare la parola a chi non è che non ce l'ha, ai giovani, testimonial che parlano delle pratiche di cui sono attori e dopo che abbiamo parlato del fatto che la cosa più importante è che i giovani non siano oggetto della ricerca, perché quando si diventa oggetti di una ricerca si diventa dominati e non si ha il diritto di parola, si riduce l'alterità a una differenza, che può non essere vista come risorsa. Fatto questo necessario preambolo devo dire che si può essere soggetti della ricerca, protagonisti della propria storia, di quello di cui si sta parlando oggi. E' sbagliato dargli la parola, ascoltarli con attenzione e dopo ricominciare con le solite pratiche demagogiche, di cui non se può più; non ce la facciamo proprio più a assistere a queste cose. Tra l'altro sono anche inefficaci, perché rendono soltanto nervosismo, mancanza e capacità di dialogo, di possibilità di interlocuzione, per creare un terreno comune su cui poi agire. Se siamo soggetti del nostro vivere, del nostro praticare, dobbiamo rimanere soggetti, perché poi se gli altri parlano su di noi, sulle nostre pratiche, ci spiegano gli stati modificati di coscienza, gli stati alterati di coscienza, gli stati altri, che sono una ricerca che è sempre esistita nel mondo, nell'umanità, e sempre esisterà. Sappiamo che esiste una corrente, della quale faccio parte, come appartenenza anche professionale in quanto sono un'antropologa, che crede che gli stati alterati di coscien-

za siano una risorsa nei contesti specifici d'uso, in quanto ci danno la possibilità di vedere in un altro modo. Ci consentono di poterci spostare un attimo e di poter ritornare in un centro. Ci consentono di sospendere il giudizio, di esplorare. E ci consentono anche di provare desideri. Ho sentito che ad un certo punto il desiderio andava strutturato, che qualcuno ci proponeva un percorso strutturante del desiderio, così come ci hanno praticamente eliminato la possibilità di fare esperienze dirette, perché questa società ci impedisce di farle, perché da quando siamo piccoli sino a quando siamo grandi ci dicono cosa dobbiamo fare, ci imboccano sui nostri comportamenti. Pensavo che almeno un mondo me lo fossi salvato, che era la mia capacità di essere un soggetto desiderante, di continuare a provare piacere, di fare le cose solo per piacere. Questo non significa che sono una qualunquista, che agisce e pratica certe cose solo ed esclusivamente per piacere. Riscoprire il piacere è una cosa fondamentale.

Mi piacerebbe che attraverso questa provocazione, anche un po' emotiva che ho fatto, si cominciasse un dialogo tra tutti quelli che abbiano voglia di rimanere, perché vi voglio informare che questa conferenza, dichiarata aperta a tutti, è stata una conferenza blindata, perché ieri, nonostante avessi un accredito, ma ero vestita evidentemente, secondo le informazioni che hanno le forze dell'ordine, come una "centrosocialina", non sono stata fatta entrare. Quindi se la conferenza si sblinda e si apre, probabilmente finalmente troveremo un terreno comune di incontro, di confronto e, perché no, di scontro.»

Jacopo:- «Spero di onorare il premio alla resistenza che mi concedete. Mi spiace non parlare di fronte al ministro, perché ci tenevo. Anche perché, bisogna dare atto al ministro che ha fatto molto per i giovani in questi anni. E tra l'altro è importante sottolineare la proposta che ha fatto ieri, oggi non era emerso, di dare il diritto al voto a sedici anni per le elezioni amministrative.

Ho diciannove anni, sono di Torino, adesso lavoro a Roma in un'associazione studentesca che si chiama "Unione degli studenti". Avverto un rischio, la ghettizzazione. Questa sessione è interamente dedicata ai giovani. Mi piacerebbe sapere quanti di noi erano, oggi, stamattina, oggi pomeriggio, nei gruppi di lavoro tematici. Quelli dai quali uscirà la sostanza politica della tre giorni di conferenza. Sono stato al gruppo sulle sanzioni amministrative, ho imparato moltissime cose. Adesso tenterò di dire qualcosa a tale proposito. Avverto un po' questo rischio, cioè la ghettizzazione, il darci degli spazi protetti, dove possiamo un po' dire delle cose su noi stessi però poi lasciarci lì e non tenere in considerazione la nostra opinione nei momenti veri dalla decisione. E anche il rischio che vedo è un po' la falsa rappresentazione del mondo giovanile. Penso che ci siano due cose particolarmente importanti, rispetto alla questione delle droghe.

Bisogna, anche ascoltando i dati che dava ieri il Ministro VERONESI, rispettare e accettare un fenomeno di massa, qual è quello del consumo di sostanze stupefacenti da parte dei giovani, in particolare di hascisc e marijuana. È un fenomeno che ha il significato sociale assolutamente identico a quello che ha il consumo di vino, per esempio, perché avviene in momenti aggregativi, di gruppo, di socializzazione e quindi, io continuo a non capire la differenza che c'è tra il vino e la marijuana e l'hashish e quindi non riesco a capire perché queste sostanze siano considerate in modo diverso dalla legge. Se si vuole essere veramente attenti e vicini al mondo giovanile non si può prescindere da questo comportamento in larga parte consapevole, diffusissimo che c'è fra gli studenti, fra i giovani italiani.

Seconda cosa. Comportamento consapevole, uso consapevole, quanto c'è altrettanto un uso inconsapevole, di cui si è parlato molto, un uso sbagliato. Penso che sia importante anche intervenire sui problemi della salute delle persone. Però questa cosa è possibile solo se il fenomeno del consumo in qualche modo emerge. Cioè se il fenomeno viene riconosciuto, accettato, se viene data dignità di persona, di cittadino, di persona con i diritti, con il diritto all'autodeterminazione, ai consumatori. Se invece rimaniamo nella situazione attuale di buio, di stigmatizzazione, difficilmente l'emersione del feno-

meno potrà consentire l'aiuto di quelli che sono in difficoltà. Cioè di quelli che fanno un uso sbagliato delle sostanze, tanto quanto del cibo, per esempio. In un gruppo di lavoro si parlava, secondo me giustamente, in modo analogo di problemi come anoressia, bulimia, alcolismo e dipendenze da hascisc, marijuana, anche se quelle non danno dipendenza fisica, magari psicologica, ma non credo, ecstasy e altro. Quindi queste sono due cose che tengo a dire, perché non sono d'accordo con quelli che dicono droga libera e poi affari tuoi. Penso che il diritto alla salute di ogni individuo, il diritto costituzionale alla salute sia sacrosanto e fondamentale e quando qualcuno la propria salute la vede compromessa, ha il diritto di essere aiutato. Però non punito. Quindi io, in qualche modo denuncio l'attuale sistema di legislazione che c'è sulle droghe, denuncio il fatto che anche la sanzione amministrativa, in realtà è una sanzione che punisce moltissimo, perché i tanti giovani che devono sottoporsi all'umiliazione di andare di fronte al Prefetto per farsi fare la ramanzina, non è una cosa, lieve, è una cosa che ferisce. Anche nel rapporto con le forze dell'ordine, che ti trattano da criminale se ti trovano delle sostanze in tasca.
Penso che la strada che bisognerebbe trovare è quella della legalizzazione delle sostanze, del combattere seriamente il narcotraffico, ed è un tema che secondo me in questa conferenza è stato molto sottovalutato. Quindi per fare tutto questo i giovani devono anche assumersi una responsabilità, che è questa: denunciare questo sistema, questa cultura proibizionista, che è la stessa da cui nascono aberrazioni come il divieto, anzi la condanna di quel medico che ha consentito la trasfusione di sangue di un omosessuale ad una persona. La cultura è la stessa, quella del proibizionismo sulle droghe è la stessa cultura che dice: gli omosessuali non possono donare il sangue. Noi dobbiamo denunciare questo. In che modo? Io ho diciannove anni, sono studente di filosofia, ho preso novantanove centesimi perché ho sbagliato la prova di fisica alla maturità classica, quindi questa cosa mi lascerà per tutta la vita un po' di risentimento, e dico tranquillamente di essere un consumatore di hascisc e di marijuana, un consumatore saltuario, ma lo sono. Tanto quanto bevo il caffè, bevo il vino, di vino ne bevo di più, e trovo che sia un modo con il quale sto con gli altri. Molto poco, durante il giorno, anzi, lo faccio una volta alla settimana, di solito il sabato sera. Quindi dico che bisogna fare questo, in sala tra le persone che ce l'hanno fatta a resistere, c'é un ragazzo che ha preso novantacinque centesimi alla maturità dello scientifico, Marco, che adesso studia economia. Sono persone normalissime, rappresentanti di istituto votati, che hanno come valori la solidarietà, l'amicizia e l'impegno politico, come altri che sono intervenuti. Per cui solo questa testimonianza, questa assunzione di responsabilità da parte di tutti noi può inserire un meccanismo che riesca a invertire il proibizionismo - mi associo a quelli del gruppo Abele di Torino, del drop in, che hanno parlato per secondi - che produce solo morte. Quindi invito al protagonismo e con questa testimonianza spero di essere servito a qualcosa.»

Voce maschile:- «Non sono Pietro del Grande Fratello, non sono neanche più giovane. Spero mi perdonerete. Volevo ringraziare questi giovani. Sarei stato ancora più contento se insieme a loro ci fossero stati anche quelli di ieri, lo dico sinceramente, fuori dai denti. Sono un operatore del SERT, rappresento anche un'associazione di operatori e sono stato contento che siano stati invitati i giovani. Siano stati invitati perché ancora parte degli operatori, che io rappresento, lavorano molto più, con la scusa del controllo della patologia, sul controllo delle autonomie dei giovani e fanno poco per creare delle reti di sostegno e di sviluppo, non dico della vita dei giovani, ma della vita degli esseri umani, perché prima dicevamo che ci sono delle situazioni di crisi nel pianeta. L'emozione gioca un ruolo anche per me, e anche la stanchezza. Non crediate che gli operatori lavorino sempre e solo sulla patologia e sul controllo. Lavoro sempre e solo nel rispetto della persona e nello sviluppo delle risorse dei giovani, sia quelli del tipo di ieri, sia quelli come voi. Lavoriamo, come operatori, non chiusi nelle stanze, non solo

nelle strade, nelle situazioni a rischio, non solo nei drop in o nelle carceri, ma nelle scuole, nelle discoteche, nelle famiglie. Incontriamo i ragazzi nei centri di ascolto, nelle loro problematiche, ma soprattutto ammiriamo le loro risorse e vorremmo lavorare molto di più con loro. Vorrei che il ministro, quest'altra volta, desse in una situazione come questa, non cinque minuti di diretta al TG1, che poi mi ha impedito di capire, proprio perché ero qui, come l'avranno trattata. Prima ero di sotto a immalinconirmi, ad appesantire la mia giornata, guardando un dibattito a "Porta a porta" preconfezionato, con da un parte PANNELLA, con dall'altra parte GASPARRI, due poli opposti fatti apposta per non ragionare, per non sviluppare autonomie nella gente, per costringerli a cambiare canale. Ormai ci siamo abituati a questa storia, c'era un ragazzo che diceva quanto può essere dannosa la televisione. E vorrei che lasciasse più spazio a queste cose, se non altro per simboleggiare questa forza che i giovani hanno, non solo di creatività, ma di spinta per ritrovare l'autonomia. C'è bisogno di un mondo che abbia autonomia e di contrastare le politiche e le dinamiche di dipendenza che sono trasversali e dannose a tutti i livelli in questa società, non solo per chi poi impatta nel mondo delle sostanze stupefacenti, incrociandolo con problematiche sue particolari.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Volevo tra parentesi dire, perché mi sono dimenticato di farlo prima, che, tra i gruppi di questa sera, doveva esserci anche il Leoncavallo di Milano che, all'ultimo momento, questa mattina, ha fatto la scelta di non esserci. Però in un primo momento avevano dato l'adesione, quindi erano invitati e solo stamattina ci hanno comunicato che avevano fatto questa scelta.»

Voce maschile:- «Sono un medico, lavoro in un SERT, anch'io sono un'espressione di una società scientifica. Volevo dire che mi è piaciuto incontrarvi e ascoltarvi, perché tutti noi lavoriamo molto su questi messaggi. Cercare di capire come entrare in una dimensione sulla percezione del rischio, che qualcuno in qualche modo ha tirato fuori. Ma voglio tirare fuori anche la nostra ambiguità di popolo di "adulti", come qualcuno ci ha definito. Noi siamo quelle persone che cercano dei messaggi da inculcarvi, ma che al tempo stesso vi fa passare degli spot in televisione dove trovate una ragazza che sta sostenendo un esame all'università, e che non ricorda nulla. Improvvisamente vedete il nome di un farmaco sotto e questa ragazza supera l'esame e ha successo. Noi siamo quelli che permettono che esistano delle pubblicità in cui una ragazza sceglie come partner di una sera, tra quattro ragazzi, quello che ha bevuto una crema di whisky. Noi vi diamo pubblicità sulla performance, sul successo, utilizzando delle sostanze, farmaci o legali che siano, e poi siamo qui a discutere su come entrare nelle vostre dinamiche e nei vostri meccanismi. Noi questa autocritica abbiamo il dovere di farla. E abbiamo anche però un diritto dovere. Ho sentito delle cose bellissime. Come medico sostengo di avere il diritto di assistere anche chi dice di voler continuare ad usare eroina. Ho il dovere di assistere questa persona. Questo lo affermo da medico. Ho il dovere di farlo. E so anche cosa vuol dire che le sostanze danno piacere. Perché quando una persona si avvicina a me, nel mio servizio, la mia preoccupazione non è soltanto e tanto quella che smetta di "farsi". Ma quando sono accanto a lei il mio dolore o sofferenza o preoccupazione può essere quella che continui a prostituirsi per vivere, oppure a dormire sotto un ponte. Perché posso avere degli strumenti per aiutarla su altri fronti. Ma su alcuni fronti i miei strumenti sono molto stretti. Però da medico e da uomo devo anche dire che faccio fatica a pensare che per provare piacere o raggiungere una meta si debba per forza ricorrere a qualcosa.»

Malvina:- «Anch'io sono dell'Unione degli studenti, farò un discorso un po' più terra terra rispetto a quello di Jacopo. La nostra posizione parte da un presupposto. Cioè che sia fallimentare l'obiettivo di un mondo senza droghe. E questo ce lo insegna la storia. Il problema è l'approccio con cui ci poniamo nei confronti di questo fenomeno.

Compresa questa stessa conferenza. Come ha detto il Ministro VERONESI ieri, il 33% degli studenti e dei professori fa uso di droghe leggere, di marijuana, e non possono certamente essere considerati tutti dei criminali o dei tossicodipendenti. Chi fa uso di sostanze stupefacenti non è una parte deviata della società o qualcosa da considerarsi come malata. O da trattare con atteggiamento paternalistico. O addirittura, peggio ancora, colpevolizzarla e terrorizzarla con spot pubblicitari assolutamente demonizzanti e perfettamente utili. Cioè chi va in discoteca, il famoso 10% dei giovani che va in discoteca, chi fuma la marijuana, chi va nei centri sociali, e che quindi è facilmente a contatto con questo tipo di cose; non sono marziani, è la gente. Sono gli studenti, sono i miei compagni di corso, i commessi dei negozi, i nostri colleghi, i nostri parenti. Sono le persone. Soggetti dotati di libero arbitrio che gestiscono la propria vita, normalmente.
Ho vent'anni, studio scienza della comunicazione all'università, mi chiamo Malvina, ho una vita assolutamente soddisfacente, non ho bisogno di travestirmi o di mettermi maschere. Quando ho finito di fare il mio lavoro con l'associazione, con i bambini, e di studiare per gli esami, la sera me ne vado in discoteca, mi piace, ballo fino alle cinque della mattina, se ne ho voglia, vado ai rave party, sono anch'io una consumatrice di droghe leggere con i miei amici, eppure sono una ragazza assolutamente normale, a me pare, un soggetto sociale assolutamente normale. Questo per dirvi che siamo stanchi di questo moralismo e di tanta ipocrisia che c'è nei confronti del problema. Noi abbiamo firmato una piattaforma alternativa: i punti fondamentali che noi rivendichiamo, che secondo noi sono giusti, sono la riduzione del danno, che noi intendiamo come diminuzione della criminalità, come decarcerizzazione, come analisi delle sostanze, che, come abbiamo visto prima, è una cosa assolutamente fattibile, molto semplice e che riduce il rischio di danni fisici provocati non dall'ecstasy, ma dalle schifezze con cui viene tagliata. Inoltre siamo ovviamente per la legalizzazione, che per noi significa lotta al narcotraffico e salvaguardia delle scelte personali. E siamo per la prevenzione. Per la prevenzione come pura e semplice informazione pratica, scientifica, sulle sostanze, sui loro effetti, sulla loro cultura, sulla loro storia. Tutto questo noi lo diciamo nelle scuole, questa istituzione che pare non sia poi molto importante, visto che non è stata quasi mai nominata in questa conferenza, in questi tre giorni. Insomma la riduzione del danno, la legalizzazione, la prevenzione come informazione, sono i mezzi, gli unici mezzi, secondo noi, con cui si può arrivare ad un vero consumo consapevole e responsabile delle sostanze. Di soggetti liberi, che sono alla base della nostra società, basata su valori civili, democratici.»

Voce maschile:- «Sono uno studente di Genova e riferendomi a ciò che qualcuno ha detto prima, vorrei sollevare una piccola polemica, nel senso che credo che i giovani che realmente cercano l'autodistruzione siano veramente pochi e comunque quello che i giovani cercano più che altro sono la vita, un aiuto e uno scopo sociale.»

Voce maschile:- «Buonasera a tutti, non sono abituato a parlare a un pubblico così ampio. In questo momento mi tremano le gambe, anche perché questo pomeriggio ho giocato a pallone. Premetto che mi distinguo da molti dei miei coetanei, perché non sono per la legalizzazione della droga e di questo non mi vergogno. Io ho molti amici, molti conoscenti che fanno uso di droghe, anche leggere, non ho niente contro di loro, andiamo benissimo d'accordo, non mi stancherò mai di dirgli però dei rischi a cui vanno incontro. Oggi lo faccio per gioco, domani diventa un vizio, dopodomani rischio di morire. Mi è piaciuto molto, devo dire, l'intervento del signore che, con molta onestà ha detto che non riesce a smettere di fare uso di eroina e non vuole smettere in quanto gli provoca piacere; capisco perfettamente che gli provoca piacere in quanto una droga provoca piacere e ne provoca dipendenza, ma poi non ne posso parlare più di tanto ovviamente perché io non ne faccio uso. Allo stesso tempo però, vediamo quello

che portano le droghe, rendiamoci conto e non ricadiamo negli stessi errori. Per questo dico "no" alla legalizzazione della droga, anche se qualcuno ha detto che il tema principale qui non è la legalizzazione, l'antiproibizionismo.
Mi hanno fatto rimanere un po' male talune affermazioni di chi giudica la moralità, il moralismo qualcosa di quasi ignobile, oserei dire. Ripeto, non sono molto diverso da voi, sono contro il capitalismo esasperato, contro qualsiasi forma di globalizzazione che ti porta a mangiare questo, perché te lo dice il potente perché a lui fa comodo, anche se è un alimento geneticamente modificato. Ma la stessa moralità mi impone di dire che io non voglio andare incontro a queste cose. Voglio dire, io a quaranta, cinquant'anni voglio arrivarci, quando vivrò non voglio essere uno zombie.»

Manuela: -«Sono Manuela, sono un'operatrice nella bassa soglia. Voglio solo mettere l'accento su una cosa che è stata detta per fortuna, da oggi pomeriggio fino adesso, che è l'importanza dell'informazione. E aggiungo una parola, che è la prima che è scritta là: l'educazione. Tutte le cose complesse hanno bisogno di essere insegnate: come essere una coppia, come essere genitori, come andare a lavorare. E anche le droghe sono un discorso complesso, anche il piacere è un discorso complesso. Il fatto di chiudere la porta a questo discorso, demonizzare, relegare nella illegalità, fa sì che poi le persone, invece che essere accompagnate, vengano lasciate da sole. E questo produce tanto danno. Anche la dipendenza è un problema sempre, da qualsiasi cosa. Anche due persone che si fanno del male, ma non riescono a lasciarsi, è un grosso danno, è una dipendenza. Come è una grossa dipendenza, è già stato detto varie volte, ad esempio quella dall'alcool. Tutti noi sappiamo la differenza tra uso e abuso. E ci insegnano quando siamo piccoli, fin da bambini, che sei hai bevuto tanto è meglio che non guidi. Ma ce lo insegnano. Ci insegnano che, se arrivi al lavoro col fiato pesante, dopo un po' magari il datore di lavoro ti dice qualcosa. Poi se una persona diventa dipendente da qualche cosa, e lo si può diventare da tante cose, è un altro problema, ed è un grosso problema per molti. Ma separato.»

Voce maschile:- «Dulcis in fundo, per i pochi superstiti rimasti ad ascoltare, volevo commentare quello che abbiamo sentito. Ho apprezzato moltissimi interventi, come quello dell'antropologa, che non conosco personalmente, come quello di quel ragazzo che diceva di essere un non consumatore e di apprezzare e di essere contro la legalizzazione. Abbiamo sentito due che si sono dichiarati consumatori di sostanze leggere, e uno consumatore di sostanze pesanti su 2460 persone. Abbiamo fatto dei passi avanti. Il tuo coetaneo che va tanto bene a scuola, con due canne può passare delle grane, può avere la patente sospesa. Con un pezzettino di hashish può rischiare addirittura il carcere. Lui non può scegliere, questo mi fa un po' rabbia.
Ho sentito anche una persona che ha detto che di hascisc si può anche morire.»

Voce femminile:- «Purtroppo ieri non ho potuto partecipare alla conferenza, anche perché giustamente, come ha detto la ragazza, era vergognosamente, passatemi il termine, a porte chiuse. Quindi non so quanto si sia concretizzato da quello che è successo in questi giorni. Mi sarebbe piaciuto vedere oggi dei progetti, da poter ritrovare fra un anno, per dirci che si è concluso questo e quest'altro dopo questi tre giorni trascorsi insieme, che, dopo la giornata di oggi, ho trovato molto produttivi. Volevo dire una cosa ai ragazzi che prima applaudivano. So che è molto facile applaudire quando una persona ammette di fare uso di droghe. Ma non dimentichiamoci che non bisogna essere sicuri di poter abitare la droga, perché non siamo noi che abitiamo la droga, non siamo noi che possiamo decidere quando farne uso e quando non farne, perché è la droga che ci abita. E questo lo ha detto una persona che secondo me ha una grande esperienza in materia, anzi siamo probabilmente narconauti e non siamo veramente liberi di decidere quando usarla e quando non usarla.»

Chairman Prof. Mario POLLO:- «Volevo solo ribadire quanto detto all'inizio. Non esiste condizione giovanile, esistono molti vissuti soggettivi giovanili. E questo tengo a dirlo perché noi, per esempio, oggi abbiamo avuto una prevalenza di chi manifesta una sua normalità nell'uso delle droghe leggere. Ma c'è una quota di giovani, ugualmente numerosa, se non più numerosa, che non ne fa uso, e che ha al centro altri modelli. Quindi il mondo giovanile non può essere unificato, perché altrimenti cadremmo nell'errore. L'ascolto significa capacità di discriminare, di capire che ci sono molte soggettività giovanili. Credo che questo sia un elemento che va tenuto presente, perché altrimenti si rischia sempre da una parte di dare un'immagine del tutto che non rende giustizia, perché con molti dei giovani con cui lavoro si opera per la sobrietà. E per trovare all'interno di te, nella tua interiorità quel senso più profondo. È un'altra via. È una via che esiste nella complessità sociale e non è che il giovane è obbligato e oggi, se vuole cercare certi stati di coscienza, deve passare necessariamente di qui. Ci sono giovani che perseguono altre strade. Volevo solo dire questo, per evitare che alla fine la rappresentazione risultasse in qualche modo sbilanciata. Adesso c'è l'evento.»

RAPPORTO SULLE PROPOSTE EMERSE NELLE SESSIONI DI LAVORO

Relatore Dott. Giancarlo SCATASSA, Dirigente Generale del Dipartimento per gli affari sociali:- «Nella prima giornata, la Conferenza ha prodotto un evento molto interessante, cioè qualificati livelli istituzionali, centrali la mattina e periferici il pomeriggio, hanno proposto idee, programmi e politiche. Nella seconda giornata, la parola è tornata ai protagonisti del mondo della droga, agli operatori, agli esperti, a quanti hanno un interesse professionale per questo grave fenomeno. Undici sessioni di lavoro inerenti i giovani hanno animato la seconda giornata.
Un dato mi sembra estremamente interessante: oltre trecento interventi nelle undici sessioni di lavoro, poco meno di mille ragazzi hanno animato l'evento "Incontro con i giovani".
Nella terza giornata c'è un effetto di ritorno, cioè il mondo della droga, forse è una frase infelice ma rende l'idea, gli stessi operatori fanno delle proposte alla politica, si chiude un cerchio che è virtuoso e che a noi interessa moltissimo. Credo che questa Conferenza abbia dimostrato alcune cose. Naturalmente, io faccio il funzionario, non spetta a me trarre conclusioni di altro genere. E' una conferenza che ha consentito a tutti di partecipare, di esprimersi liberamente. Questo dato dei trecento interventi dimostra quanto sia vera questa cosa che sto dicendo. Un'altra cosa, abbiamo tentato un esperimento coinvolgendo direttamente i giovani. Credo che voi tutti o molti di voi ieri sera hanno potuto avere questa visione, plastica certamente ma in qualche caso, lasciatemi dire, commovente di questi ragazzi che hanno "occupato" questa stupenda sala e hanno potuto tranquillamente esporre le loro idee.
Questa mattina, dobbiamo adempiere a un qualche cosa che non è formale, cioè illustrare i documenti che sono usciti dalle sessioni di lavoro.
Si poteva fare in mille modi, si poteva sistematizzare questo materiale, renderlo migliore, ma noi abbiamo pensato che offrirlo alla Conferenza oggi stesso, in tempo reale vorrei dire, fosse un segno di grande rispetto per i partecipanti a questa Conferenza e quindi vogliamo fare così. Naturalmente, sarà un'esposizione che avrà alcune lacune linguistiche e formali, stilistiche, ma cercate di cogliere questo significato: oggi in tempo reale vi diamo gli aspetti più salienti delle proposte che undici sessioni di lavoro offrono alla politica. Seguirà una tavola rotonda coordinata dalla dottoressa Lucia ANNUNZIATA, che è un altro contributo per i politici, si intitola "Proposte alla politica": dieci persone rappresentative, anche in questo caso, del mondo della droga faranno le rispettive proposte. Seguiranno le conclusioni del Ministro Livia TURCO.
Questa Conferenza, abbiamo fatto una rilevazione questa mattina, ha interessato accre-

diti per 3.292, questo è il totale delle presenze, tenendo conto di alcuni evidenti fenomeni; il 28 ci sono state 2.250 presenze effettive e il 29 cioè ieri altre 500, un successo sotto questo aspetto.
Io devo dare adesso lettura di questi documenti, tenendo conto appunto delle singole sessioni. Anche qui credo di dover ribadire che si tratta di materiale elaborato fino a stanotte, molte luci sono rimaste accese questa notte a Genova per mettere in condizioni i partecipanti di venire a conoscenza dei principali risultati di questo evento.
Vorrei iniziare con la sessione della Prevenzione. Sapete che è una sessione clou, nel senso che parlare di prevenzione e dinamica della complessità sociale, bilancio e sfide è estremamente impegnativo trattandosi di droga.
Cosa è emerso? Questa sessione ha innanzitutto assunto come base di discussione, le conclusioni che il gruppo di lavoro, costituito in seno alla Consulta degli operatori presso il Dipartimento, aveva prodotto. Sono stati individuati cinque ambiti di interventi prioritari: supporto delle motivazioni personali delle nuove generazioni, riqualificazione dei tessuti sociali, recupero delle difficoltà personali e di gruppo, induzione di stili di vita diversi per i consumatori di alcool e sostanze varie, proposta di modelli di vita che rifiutano il ricorso a sostanze.
Nel dibattito è emersa chiaramente la necessità di aiutare i giovani a sviluppare una consapevolezza di appartenenza positiva all'ambiente in cui vivono, al territorio, a relazioni dalle quali siano bandite conflittualità e prevaricazione.
Poiché ciò possa accadere, occorre che gli interventi non siano episodici, ma continui e che si realizzi una vera integrazione dei servizi sul territorio con pari dignità di tutti i protagonisti. In un discorso di prevenzione non poteva mancare un riferimento, e puntualmente c'è stato, ai lavori della Commissione istruttoria che, come sapete, presso il Dipartimento, valuta i progetti presentati da amministrazioni statali. Qui c'è un monito, voglio ricordare molto chiaramente un appello che la Commissione istruttoria rivolge, e che è questo: i progetti siano sempre più volti alla ricerca, all'innovazione e allo sviluppo di modelli da proporre alle autonomie locali, le amministrazioni centrali accettino di operare in rete con le realtà del territorio. Fondamentale in questo senso è la formazione degli operatori del sociale, che non sono solo coloro che istituzionalmente sono addetti ai Servizi sociali, ma sono tutti coloro che entrano in contatto con la comunità giovanile. Occorre infine potenziare la valutazione per dare validazione scientifica alle azioni in corso. Per quanto riguarda il tema dell'Integrazione dei Servizi, fondamentale anche questo, è stata sottolineata la necessità che l'integrazione sia intesa come collaborazione fra soggetti aventi pari dignità, ciò che vuol dire coinvolgimento del Terzo settore fin dalla fase della programmazione, rispetto delle metodologie elaborate dai singoli Enti, affidamento di responsabilità chiare che affranchino dalla necessità di continui controlli, individuazione di figure professionali che abbiano pari dignità di quelle inserite nel sistema pubblico, remunerazione adeguata dei servizi e delle prestazioni rese, riconoscimento dei risultati e garanzia di stabilità. Gran parte del tempo è stata dedicata anche all'illustrazione di progetti di buone pratiche, cioè di progetti e di iniziative che hanno dato risultati positivi. Per esempio, è stata citata e mi piace ripeterlo, l'esperienza di Como, "Giovani anno zero, ricominciare dalle risorse invisibili". Questa è un'esperienza che punta a scoprire nei ragazzi le luci prima che le ombre, le risorse prima che la paura, la creatività anziché il disimpegno, capovolgendo i più diffusi luoghi comuni sull'adolescenza. Poi c'è l'esperienza della Regione Umbria, che ha costruito un sistema di sicurezza, solidarietà sociale e riduzione del danno imperniato sul ruolo dell'Ente locale che si fa coordinatore di pratiche democratiche e partecipative. C'è l'esperienza di Ferrara nella quale la prevenzione è un concetto a tutto campo, attraverso un forte lavoro di rete, lo sviluppo delle comunicazioni e l'attivazione di gruppi di lavoro. Forte è l'impegno per la valutazione, questo è un dato molto importante, che va dalla valutazione delle capacità professionali a quella della validità del progetto, della qualità della sua applicazione e dei suoi esiti. C'è un'esperienza della Regione Veneto, molto complessa

e articolata, che ha visto sorgere nel tempo un sistema integrato di competenze, conoscenze e risorse, che può contare su 319 snodi sul territorio. Di questi, 35 sono referenti istituzionali, 116 agenzie territoriali e 160 agenzie che collaborano per l'attuazione di progetti di prevenzione. Sono stati istituiti un gruppo tecnico consultivo sulla prevenzione e una commissione scuola - Regione che ha prodotto un Protocollo di intesa per le azioni da realizzare nella scuola veneta. A questo punto, la sessione naturalmente io sintetizzo ha avanzato perplessità sull'identificazione fra tossicodipendenza e malattia, è stata evidenziata la necessità che la prevenzione sia tesa a creare condizioni di vita personale e sociale che aiutino le persone a sviluppare i loro lati positivi, occorre ridare alle nuove generazioni l'idea del futuro liberandole dal presente che le imprigiona.
C'è un'altra annotazione interessante: l'intervento sul disagio sociale non è solo di natura assistenziale, ma ha forti connotazioni socio politiche. Occorre andare verso un superamento dei conflitti che oppongono pubblico e privato, occorre vedere la tossicodipendenza per quello che è, una reazione a situazioni che isolano e danno disagio, occorre intervenire nel momento della crisi di crescita, per evitare che essa sfoci nel disagio piuttosto che nella maturazione.
La prevenzione deve accompagnarsi alla promozione di una nuova cultura che incida su un ordinamento sociale e su forme istituzionali più mirate a una società in evoluzione.
Credo sia giusto che citi anche una riga che c'è nel documento, che non è attinente strettamente al tema della prevenzione, ma è importante anche per l'autorevolezza di chi l'ha esposta, si tratta del "famoso" tema della somministrazione controllata di eroina. E' stato affermato nella Sessione che affianco di taluni esiti apparentemente positivi registrati in Svizzera, a livello delle Nazioni Unite, è stato fatto rilevare che la somministrazione controllata è il primo passo verso la legalizzazione della droga e un incentivo al traffico. Tra l'altro, la somministrazione controllata costituisce per gli assuntori una definitiva chiusura della possibilità di uscire dal problema, mentre le comunità terapeutiche offrono una via di uscita e indicano soluzioni reali. I temi fondamentali affrontati dalla sessione sono due: sono state chiaramente individuate le azioni che concretamente possono animare la prevenzione e poi c'è un accento sulla necessità di una vera, di una concreta, di una fattiva integrazione dei Servizi e sulla crescita di una nuova cultura di collaborazione fra pubblico e privato. Infine, grande rilievo è stato dato al problema della valutazione delle azioni di prevenzione, da tutti viste come l'unico metodo per indirizzare le scelte future.
Il secondo documento è importante, si trattava della sessione "I nuovi fenomeni di abuso: nuovi soggetti per altri oggetti".
E' un documento più corto. Io dico per la mia voce. Sono in corso profonde trasformazioni sociali che incidono in modo determinante sulla continua trasformazione nel contesto dell'uso di sostanze, sull'agire dei comportamenti dell'eccesso.
Ci stiamo trasformando, dicono nella sessione, da produttori di beni in consumatori di merci e di emozioni, vivendo il piacere senza desiderio. Il rischio è diventato una componente strutturale della nostra esistenza, a prescindere dall'età. Dobbiamo esplorare gli usi, perché dalla loro comprensione si possano intravedere le matrici da cui partono gli abusi. Dobbiamo agire sugli usi per prevenire gli abusi. Gli interventi in tutti i settori debbono tendere a creare una rete di opportunità.
Particolare cura va posta alla realizzazione degli interventi periferici che sono a contatto con l'utenza, con i suoi problemi, con lo strutturarsi delle sue scelte sempre mutevoli.
Il sistema di sorveglianza - questa è un'annotazione interessantissima - si impone come strumento in grado di percepire e di documentare i singoli fenomeni che si realizzano cogliendoli nel loro divenire e favorendo in tal modo la continua ritaratura e rivalutazione dei servizi proposti. Il sistema di sorveglianza deve estendersi all'analisi delle sostanze in circolazione, che non possono continuare ad essere eseguite solo su richiesta del Magistrato e a fini repressivi, imponendosi invece la conoscenza in tempo reale delle caratteristiche farmacologiche e tossicologiche, per dotare gli operatori di riferimento di strumenti operativi ormai necessari, per la loro attività. Si allude al Pronto soccorso, ai

SERT, alla Psichiatria, al Sistema di allerta rapido, agli Operatori di strada, alla Magistratura.
Queste caratteristiche tossicologiche e farmacologiche debbono essere integrate da opportune indicazioni di carattere diagnostico, clinico e terapeutico, poiché la mutevolezza delle sostanze in circolazione richiede una conoscenza tempestiva e altamente specialistica.
Si impone quindi la strutturazione dei Servizi in dipartimenti che devono prevedere anche collegamenti inter dipartimentali ed essere dotati di figure professionali idonee alle nuove e mutevoli esigenze di intervento e delle relative risorse. Le recenti acquisizioni sull'attività cerebrale delle sostanze psicoattive, impongono di proseguire sul piano della ricerca anche biologica e clinica per meglio documentare le conoscenze in nostro possesso e verificarne le relative ipotesi. E' quindi necessario prevedere adeguati investimenti nella ricerca biomedica che permettano lo studio del coinvolgimento cerebrale nell'organizzazione e nel mantenimento delle condotte di abuso e di dipendenza, grazie anche alle possibilità consentite dall'attuale sviluppo tecnologico.
Analogamente, queste metodologie permetterebbero di studiare altre situazioni di comportamenti patologici, ad esempio disturbi dei comportamenti alimentari, gioco d'azzardo, condotte a rischio, non mediate da sostanze esogene. Si è ben lontani, dice la sessione, dal far coincidere il comportamento con la componente biologica oggi conosciuta, essendo consapevoli del ruoli della plasticità neuronale, della adattività e dei risultati sia di conoscenza, sia di terapia sino ad ora ottenuti con tecniche psicologiche. A rendere ancora più complesso il quadro, è stato ricordato che le osservazioni recenti impongono anche di correlare la comparsa di nuovi stili di vita allo strutturarsi di nuovi modelli di sottocultura. E' necessario dare attuazione al protocollo di Governo/SILB, fra il governo ed il Sindacato Italiano dei Locali da Ballo, come strumento di collaborazione, programmando e concertando analogamente gli opportuni collegamenti anche con gli eventi alternativi, fuori dagli schemi convenzionali. Si deve anche tenere conto delle profonde differenze esistenti sulla scena dell'OISI nel territorio nazionale. Gli aspetti apparentemente contraddittori fino ad ora affrontati, evidenziano quanto sia complesso oggi scegliere i propri comportamenti e quanto sia indispensabile poter valutare la portata delle singole scelte e quindi di fatto porsi il problema di una gerarchia di valori da attribuire alle scelte medesime. Qui, si trattava di sintetizzare oltre cinquanta interventi che, ovviamente, saranno ripresi, adattati e sistematizzati e pubblicati.
La terza Sessione è molto interessante, parlava delle "Nuove esigenze e delle reti dei servizi fra ASL, Enti locali e Privato sociale accreditato".
C'è un primo punto dedicato all'analisi. Sono state analizzate le principali criticità esistenti nel rapporto tra bisogni e il complesso delle istituzioni e dei servizi, che operano in modo diretto o che sono comunque coinvolti nello sviluppo degli interventi.
Sono stati presi in considerazione sia i bisogni già conosciuti, la cui mancata soddisfazione genera una quota di cronicità evitabile, sia i nuovi bisogni, le nuove povertà e i nuovi consumi che chiedono a tutti uno sforzo di innovazione e di ridefinizione del proprio ruolo. Rispetto a questi, è stata segnalata la persistente difficoltà nelle politiche di inclusione sociale e nel raccordo tra le diverse istanze. Troppo spesso l'utente non trova nel territorio una rete di offerte coordinate e complementari in una dimensione progettuale che risponda ai propri bisogni complessivi. A livello centrale si osserva l'assenza di un progetto obiettivo nazionale per il settore, che orienti rispetto a una serie di norme che definiscono un sistema di elevata complessità, in cui coesistono potenzialità di convergenze e di sinergie, ma anche possibilità di dispersione di risorse e di confusione negli orientamenti complessivi. A livello regionale, dice, o, se volete, denuncia la sessione, sono ancora quasi del tutto disapplicate le normative sul nuovo Atto di intesa, che è necessario per la ridefinizione anche di un piano programmatico culturale e operativo.
In alcuni casi si osserva non solo la mancanza di provvedimenti di competenza regionale, ma anche la carenza di uffici, funzionari e organici di personale adeguati a strut-

turare un coerente svolgimento dei compiti dell'Ente Regione. Ciò rende, afferma la Sessione, particolarmente difficile la realizzazione di piani di lavoro a livello di singole realtà territoriali. Allo stesso modo, poche Asl a livello nazionale hanno istituito i Dipartimenti delle dipendenze e in questo caso quasi mai hanno previsto i Comitati di partecipazione che sono la garanzia di un processo democratico e di rete. A livello sia centrale, sia della realtà delle Asl e di molti enti locali, una logica basata prevalentemente sul controllo della spesa rischia di determinare prestazioni parziali e frammentarie, a scapito della realizzazione di offerte compiute che puntino alla qualità complessiva degli interventi a favore della persona.
A livello delle autonomie locali sono presenti esperienze di collegamento inter istituzionale finalizzate al coordinamento delle risorse. Tali esperienze si riferiscono o al settore specifico delle dipendenze o all'ambito più generale dell'integrazione socio - sanitaria all'interno della quale è contemplata anche la problematica delle dipendenze. Tali sforzi di integrazione spesso si scontrano con conoscenze o interpretazioni non omogenee o condivise della realtà territoriale, non sempre vi è la necessaria condivisione nell'analisi di caratteristiche e criticità dell'intera realtà sociale del territorio.
Questa è l'analisi. La sessione si occupa delle prospettive. Dall'analisi generale delle criticità emerge la necessità di definire un progetto obiettivo nazionale sulle tossicodipendenze che, in una concezione della salute come risultato di componenti soggettive e sociali, consenta di attivare la definizione di obiettivi minimi, omogenei fra le diverse Regioni e determini un orientamento complessivo nell'attuazione delle molteplici innovazioni legislative determinatesi in questi anni.
Rispetto alla normativa della gestione dei fondi regionalizzati triennali, si ritiene necessario attuare modalità per la stabilizzazione dei progetti consolidati, che abbiano già evidenziato efficacia, adeguamento gestionale e metodologia organizzativa. Rispetto all'applicazione dell'Atto di intesa, è necessario, da parte del governo, determinare un ulteriore orientamento. In particolare, individuare le figure professionali e tariffe minime, affinché le Regioni possano, in modo più veloce e chiaro, determinare ruoli, processi, tempi, luoghi e strumenti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nell'individuazione delle autorizzazioni al funzionamento, si deve tenere conto non solo degli aspetti e degli adempimenti burocratici, ma anche dell'effettiva realizzazione degli interventi dichiarati e del loro svolgimento in un clima di reale rispetto e tutela delle persone in carico.
E' altresì necessario individuare modelli di concertazione e contrattazione partecipata così come un supporto normativo e programmatico per le Asl, rispetto alle modalità di acquisizione delle offerte presenti sul mercato, che definiscano e valorizzino la qualità dei servizi. L'ipotesi di decarcerazione deve tenere conto che le offerte di intervento non possono ridursi all'invio in comunità, ma devono comprendere anche percorsi alternativi di inclusione nella rete territoriale. Per l'ente locale regionale è necessaria una piena assunzione dei compiti di analisi, programmazione e verifica di proprie competenze con progetti obiettivo regionali, che colleghino l'individuazione degli obiettivi e del contesto locale con quelli del progetto - obiettivo nazionale. A livello dei territori e delle realtà locali, è necessario che i Comuni, le Asl, le Prefetture, gli Enti ausiliari, le Cooperative sociali, il Volontariato riconosciuto, le Istituzioni scolastiche ed educative possano trovare forme stabili di collaborazione. Questa necessità di coordinamento deve tenere conto della diversità di compiti istituzionali e dell'identità di ogni attore, per evitare sovrapposizioni o appiattimenti delle funzioni e delle responsabilità. A partire da un'analisi condivisa, congiunta e dinamica del territorio, potrà essere possibile individuare, in un piano strategico locale di intervento, le priorità e concertare gli apporti che le singole realtà potranno fornire anche in una prospettiva di continuità degli interventi stessi.
In particolare, si potrà definire il piano di consolidamento o potenziamento delle attività attuali ed elaborare progetti innovativi finanziabili con il Fondo regionale, ex legge 45 del '99. E' necessario, anche attraverso la messa in atto di poteri sostitutivi, determinare

la realizzazione nelle Asl dei Dipartimenti delle dipendenze nella forma più adeguata per le singole realtà regionali, affinché a livello locale sia possibile operare concretamente sul piano della programmazione e su quello della definizione delle sinergie tra i diversi enti chiamati alla produzione e all'erogazione delle offerte di servizi.
Ulteriore sessione è l'Inclusione sociale possibile, una sessione molto importante, devo dire molto affollata, che ha coinvolto i partecipanti fino alle a oltre le 19. La sessione di lavoro ha condiviso e ha fatto proprie le indicazioni che emergono da tre documenti: primo, il capitolo "I soggetti marginali", le marginalità più dure, le strategie di riduzione del danno del documento preparatorio della Consulta, che era la base della sessione di lavoro; secondo, le linee guida della riduzione del danno, che sono state predisposte dal Ministero della Sanità di concerto con il nostro Dipartimento, che recepiscono i risultati di anni di esperienza degli operatori in tale ambito; terzo, la Carta di Bagnolo che individua le priorità e le modalità di intervento rispetto alla problematica specifica immigrazione e tossicodipendenza. La sessione individua nella riduzione del danno uno dei quattro pilastri su cui si reggono le politiche europee sulle droghe. Primo, lotta al traffico; secondo, prevenzione; terzo, terapia; quarto, riduzione del danno. Si ritiene che debba essere superata la precarietà a cui fino a oggi è stata soggetta la funzione di riduzione del danno, che rimane finanziata dalla regionalizzazione del Fondo del DPR 309 e che invece, afferma la Sessione con forza, deve essere inserita fra gli interventi strutturali e obbligatori dei SERT. A tale scopo, si richiede che essa venga contemplata a pieno titolo nell'articolo 2, comma 1, del nuovo 444; gli addetti ai lavori sanno di che cosa si tratta. Rispetto alle misure alternative alla detenzione, si rileva, ormai dal 1997, una diminuzione degli affidamenti ex articolo '94, misura specifica creata per un più efficace recupero per le persone tossicodipendenti. Si constata, parallelamente, un aumento delle detenzioni domiciliari pur nel tratto già rilevato della diminuzione complessiva delle misure alternative.
In questa situazione, appare illusorio un eventuale ampliamento dei parametri delle misure alternative, se prima non si traggano le conseguenze delle ragioni dell'attuale sottoutilizzo.
L'esame delle statistiche del DAP, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sull'applicazione delle misure alternative al carcere, induce ad una conclusione: il sistema di intreccio pena/terapia rischia di ricondurre sempre di più alla detenzione domiciliare in comunità, anche a causa della rigidità con cui vengono interpretati i programmi di inserimento al SERT, unicamente orientati al conseguimento di uno stato drug - free che tende ad escludere l'ipotesi di trattamenti metadonici a mantenimento, con controlli urinari bisettimanali che rischiano di diventare l'unico e indiscutibile indicatore di successo o fallimento.
L'enfasi eccessiva sull'inserimento in comunità, quasi rappresentasse l'unica alternativa possibile allo stato di detenzione, si rileva controproducente per due motivi: molti detenuti scelgono, considerata anche la relativa brevità della pena, una inutile carcerazione, svuotando in partenza l'utilizzo della misura; le comunità rischiano inoltre di non poter svolgere adeguatamente il loro lavoro per l'eccesso di vincoli subentranti a uno stato di detenzione in comunità, l'innestarsi di una invisa funzione di custodia, l'ampliarsi del numero di utenti a motivazione fragile e ambigua.
Sotto questo profilo, desta preoccupazione il pronunciamento in questa Conferenza del Ministro di Grazia e Giustizia, che ha indicato nelle comunità l'alternativa alla carcerazione qualora si configurasse come l'unica scelta possibile. La sessione ritiene che solo un'ampia sperimentazione di un sistema articolato di misure di probation, in grado di individualizzare i provvedimenti alternativi e il relativo trattamento, senza escludere aprioristicamente alcuna possibilità, possa fornire una risposta efficace e idonea nel ridurre il sovraffollamento delle carceri e nel rendere più produttivo per il soggetto e per la società l'impatto con il penale. Le statistiche parlano chiaro, i reati commessi dalle persone che beneficiano di una misura alternativa sono, sia in termini percentuali, quindi

relativi, che assoluti, molto pochi. Le persone che invece recidivano nel penale, a fine pena trascorsa in carcere, sono il 78 per cento, secondo una ricerca che la sessione individua come ricerca PAVARINI. Rispetto alla sotto utilizzazione delle misure alternative, si sottolinea da una parte la necessità di un ruolo più attivo del SERT sull'intero territorio nazionale. Il diritto a fruire della libertà e il diritto alla cura, non possono dipendere da convenzioni inattuate, da organici sotto dimensionati o da difficoltà degli operatori nel cercare risoluzioni più idonee e dall'altra parte si rende necessario un cambiamento di orientamento da parte della Magistratura di sorveglianza, con una riflessione comune tra operatori della Giustizia e della Sanità, per riuscire a sperimentare interventi in cui nessuna delle due funzioni, quella terapeutica e quella giudiziaria, sia asservente l'altra, ma si potenzino reciprocamente nell'autonomia di ciascuna.
La sessione ritiene che il decreto legge n. 341 del 4 novembre 2000, è forte, abbia conseguenze nefaste se applicato alle persone tossicodipendenti detenute. Bisogna escludere in particolare l'ipotesi di applicazione dell'articolo 10 nella parte che modifica la legge SIMEONE rispetto alla sorveglianza elettronica e l'articolo 16, comma 5 bis, che preclude le misure alternative rispetto a specifiche fattispecie. La sessione ribadisce inoltre la necessità di ridare propulsione all'istituto di custodia attenuata, sia rinvigorendo la regionalizzazione dell'istituto che sviluppandone le potenzialità. Rispetto alla sanità in carcere, è necessario che vengano risolte alcune stridenti e paradossali contraddizioni nell'applicazione della legge 231, incompatibilità tra AIDS e detenzione.
Esse riguardano l'utilizzo dei centri clinici che peraltro sono quattro soltanto in tutta Italia che ospitano detenuti già dichiarati incompatibili e che in tali centri non possono essere curati a pieno titolo per una serie di problemi irrisolti, burocratici e amministrativi, vanificando così sia il diritto alla scarcerazione che il diritto alla cura. Il trattamento metadonico, e quello a mantenimento in particolare, è tuttora un'opportunità terapeutica minoritaria all'interno degli istituti di pena. La presenza del personale del Servizio sanitario deve poter riuscire a coprire in breve tempo tale carenza.
Oltre agli interventi inerenti la detenzione, la sessione segnala brevemente due ulteriori questioni. Prima, un'attenzione ai programmi per minori stranieri detenuti, spesso ancora solo tossicofili, che hanno diritto al permesso di soggiorno in quanto minorenni.
Il Comitato minori stranieri ha stabilito che il rimpatrio si pone come un provvedimento eccezionale, per cui risulta fondamentale l'investimento in opportunità di integrazione e risorse riabilitative. L'auspicio che, a seguito di una congrua valutazione dell'efficacia degli interventi metadonici a mantenimento già in atto, vengano individuate fasce di utenza non responders, in base alle quali possa cominciare a definirsi uno studio di fattibilità per quanto riguarda l'ipotesi di somministrazione controllata di eroina. Tale intervento può intendersi comunque come un intervento di nicchia, rivolto a gruppi molto particolari e sofferenti di tossicomani, che pure hanno diritto alla speranza di un trattamento per loro più efficace.
La Sessione "Inserimento lavorativo e sociale". Qui è originale perché c'è, molto breve peraltro ma molto efficace, un duetto fra gli operatori partecipanti alla sessione, che hanno evidenziato alcune richieste da porre all'attenzione del governo e poi che cosa pensa di fare il governo, rappresentato in questo contesto dal Ministero del Lavoro.
Gli operatori all'attenzione del Governo questo: predisporre linee guida per stimolare le Regioni, le Asl e gli enti locali nel recepimento e nell'applicazione dell'Atto di intesa Stato - Regioni, con particolare riferimento all'articolo 16, comma 5, che prevede programmi di formazione e di avviamento al lavoro, tramite l'inserimento in attività interne alla comunità o in realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti. Secondo, prevedere un sistema di servizi per l'inserimento lavorativo diversificato in percorsi personalizzati, formulati in base ai differenti gradi dello svantaggio, dall'attività lavorativa dei programmi di riabilitazione, all'accompagnamento, all'inserimento nel mondo del lavoro. Terzo, precisare, riformulare ed estendere a livello nazionale, le norme regolanti gli strumenti che governano i percorsi iniziali del reinserimento, borse lavoro, salario minimo, tirocinii, indenni-

tà e i relativi regimi fiscali, incrementare le partecipazioni delle cooperative sociali e delle imprese, che impiegano persone svantaggiate nella fornitura di beni e servizi agli enti locali, individuare iniziative di tipo legislativo per includere gli ex tossicodipendenti fra le categorie svantaggiate ai sensi dell'articolo 4 della legge 381 del '91, definire i termini gestionali e gli usi dei beni, delle attrezzature e degli strumenti acquistati nell'ambito dei progetti di reinserimento al lavoro al loro termine, creare strumenti relativi alla problematica della residenza dei tossicodipendenti senza fissa dimora e immigrati.
Che farà il Ministero del Lavoro? Dice che questi punti saranno realizzati. Per prima cosa i progetti per l'inserimento lavorativo di persone con problemi di tossicodipendenza; poi l'istituzione a livello centrale e nazionale di un organo di promozione, coordinamento e valutazione delle attività progettuali. Secondo, lo svolgimento a livello regionale delle attività di programmazione, definizione degli strumenti e delle misure di politica attiva del lavoro per i percorsi di inserimento lavorativo, in sintonia con quanto concordato nel master plan dei servizi per l'impiego.
Sempre a livello regionale sarà svolta un'attività di consulenza e di supporto agli enti proponenti nella definizione di progetti.
Punto terzo: collaborazione dei Centri per l'impiego alla realizzazione di progetti, in una logica di lavoro in rete con gli enti territoriali, cioè i SERT, il Privato sociale, le Cooperative.
Secondo impegno del Ministero del Lavoro: l'emanazione di un atto di indirizzo promosso appunto dal Ministero del Lavoro e adottato dalla Conferenza Stato - città sull'attività dei Centri per l'impiego per le persone con problemi di tossicodipendenza, come già realizzato con l'accordo Stato - Regioni, adottando standard dei Servizi per l'impiego e nelle linee guida successive.
Terzo impegno: cofinanziamento di azioni di sistema a valere sul Fondo sociale europeo, sia per le regioni del Nord, credo sia l'obiettivo 3, e del Sud, l'obiettivo 1, per l'implementazione di una banca dati sulle attività progettuali e la diffusione di buone prassi.
Quarto: realizzazione sollecita degli adempimenti per l'attività di raccordo degli interventi normativi per le persone con problemi di tossicodipendenza, con l'evoluzione della normativa che modificherà le regole del collocamento ordinario e sollecita attivazione delle procedure per l'utilizzo a livello regionale dei fondi destinati allo scopo; attivazione celere dei progetti a valere sul Fondo nazionale della droga assegnati al Ministero del Lavoro e messa a regime del sistema di tutoraggio e di valutazione.
C'è un documento che su "Etica dei trattamenti e delle prevenzioni". E' un argomento recente nel complesso mondo delle tossicodipendenze, tanto importante quanto frequentemente relegato ai margini di una discussione sulle politiche, che rende difficile lo sviluppo di confronti scientifici e professionali, sempre più indispensabili man mano che il campo di lavoro diviene più evoluto e articolato.
La materia stessa si presta a letture moralistiche nell'ottica di una etica dogmatica. I termini trattamento e prevenzione presuppongono una condizione di malattia che occorre prevenire, ridurre e debellare. Di qui l'utilizzo del termine paziente per riferirsi ai destinatari degli interventi.
Diverse sono però le visioni del problema e non esiste un'interpretazione unitaria. Per quanto riguarda i trattamenti, dice la sessione, dovrebbe esservi un consenso su circa quattro punti. Primo, l'imperatività del concetto "primo non nuocere"; secondo, la capacità di una visione del paziente ampia, completa e mai riduttiva; terzo, il riferimento a principi epistemologici chiari ed evidenti; quarto, separazione tra lo strumento terapeutico, il suo uso e gli obiettivi che si vogliono perseguire con tale strumento.
Alcuni principi non discutibili di una concezione bioetica dei trattamenti sono invece il riconoscimento dell'individuo come agente morale, libero di scegliere, il riconoscimento della neutralità dello Stato e degli altri enti pubblici nei confronti delle concezioni di vita cui ogni individuo deve decidere. Gli operatori, dice la sessione, non devono e non possono sentirsi investiti della missione di cambiare la vita, le convinzioni, le abitudini, le

scelte dei loro pazienti. Ciò significa, mettere al centro del trattamento una relazione terapeutica biunivoca in quanto relazione fra soggetti eticamente corretta.
Peraltro non va trascurata la dimensione di équipe del lavoro dei Servizi nella sua problematicità etica. Anche la pratica delle prevenzioni non è immune da considerazioni etiche. Due aspetti sono stati posti in evidenza e quindi sono stati definiti dalla Sessione rilevanti. Il primo è relativo alla necessità di un profondo rispetto dei soggetti destinatari. E' indispensabile conoscere e accettare, non sfidare le convinzioni dei gruppi target, sia che si tratti di azioni informative che di azioni dirette agli stili di vita o alla rimozione di alcune concause. Occorre sempre partire dal presupposto che l'azione preventiva vuole influenzare scelte, comportamenti individuali e comportamenti collettivi.
Questo presupposto determina la necessità di tenere nel dovuto conto le opinioni dei soggetti destinatari, le loro richieste esplicite, la molteplicità di sensibilità, di convinzioni del gruppo target. C'è l'evidenziazione di un aspetto metodologico che è così definito dalla sessione, in tre passaggi, che sono, l'esplicitazione degli obiettivi specifici fin dai momenti preliminari, la dichiarazione dei metodi e delle teorie su cui si basa la scelta degli individui, degli obiettivi e dei metodi, la chiarezza circa gli indicatori di esito e di processo, correlati agli obiettivi generali e specifici, e inoltre confrontarsi con la valutazione. In conclusione, dice la sessione, è indispensabile trovare occasioni di incontro e di riflessione per l'individuazione di linee guida etiche condivise. Occorre individuare il confine fra il confronto politico e sociale sulle droghe e le conseguenze etiche dell'operato quotidiano degli operatori, separando le responsabilità politiche ed amministrative da quelle professionali, evitando ad esempio che la legge stabilisca opzioni specifiche sulle scelte terapeutiche.
Occorre, dice e così conclude la sessione, cogliere saldamente il nesso fra etica dei trattamenti e delle prevenzioni e la giustizia e l'amministrazione di essa, anche in questo caso individuando i confini e le correlazioni nel rispetto, anche per motivi etici, delle leggi e dei percorsi per modificarle nei casi ove la legge confligge con le misure indispensabili alla cura dei pazienti.
I suggerimenti di questa sessione: i punti di partenza dovrebbero essere le pratiche basate sull'evidenza, cioè un approccio ai trattamenti e alle prevenzioni basato su dati scientifici e sui risultati di studi, libertà terapeutica intesa come scelta consapevole di ogni operatore delle soluzioni nell'esclusivo interesse del paziente, presa in carico di tutti i pazienti senza preclusioni, nel rispetto dell'altro, del suo mondo e nella costruzione di una relazione di aiuto, rispetto dei criteri di equità distributiva.
Una nota gentile riguarda la "Tossicodipendenza femminile e la genitorialità". La Sessione intanto ha registrato, mi piace sottolinearlo, oltre cento operatori. Sono state affrontate tematiche relative alla specificità di genere nella tossicodipendenza, nella genitorialità, nella presa in carico e nel trattamento della donna tossicodipendente in gravidanza, alla necessità di mantenere il legame madre - figlio durante il percorso.
Questa analisi, che ha compreso peraltro anche un tema drammatico, il rapporto fra prostituzione e il suo legame con la dipendenza, ha consentito alla sessione di evidenziare molto brevemente cinque punti che sono questi: attuare una rete integrata dei servizi capillare sul territorio nazionale, in grado di dare risposte efficaci e complete al problema della maternità in condizione di tossicodipendenza e alla tutela dei minori.
Secondo, prendere in considerazione, nelle politiche territoriali, la necessità di strutture residenziali destinate ad accogliere questa tipologia di utenza.
Terzo, prevedere, nell'ambito dell'assistenza residenziale a donne con figli, anche la copertura economico assistenziale nei confronti di questi ultimi e poi modificare la scheda tecnica del metadone, specificando anche la possibilità del suo uso durante la gravidanza, essendo ormai scientificamente documentata la sua validità clinica. Evidenziare, nella raccolta dei dati epidemiologici, le notizie riguardanti la prole degli utenti per facilitare il monitoraggio del fenomeno.
La sessione sulla "Comorbilità". Qui non ci si attendeva un interesse così rilevante, tanto

che c'è stata la necessità di cambiare aula. Il problema è stato sviscerato in quattro punti: il problema, lo stato dell'arte, le prospettive e le proposte.
Non trascuro di definire il problema, lo stato dell'arte, sono documenti che da domani sono accessibili in vario modo e invece credo che sia importante, molto brevemente, parlare delle prospettive. Dal dibattito sono emerse numerose esperienze e, di conseguenza, le seguenti linee programmatiche. Primo, ripensare e ridefinire la nozione di tossicodipendenza e le implicazioni psicopatologiche ad essa correlate, ripensare e ridefinire il significato della presa in carico e dell'intervento terapeutico nell'ambito della doppia diagnosi a tutti i livelli della vita dei servizi, rileggere in maniera autocritica e peraltro anche rimodulare la politica di riduzione del danno nei SERT e nell'approccio oblativo delle comunità terapeutiche, rimodellare i programmi di trattamento e la relativa organizzazione dei servizi, mettere a regime una rete di servizi e di interventi terapeutici flessibile e centrata sui bisogni delle realtà locali, ridefinire percorsi formativi delle professionalità impegnate sia nel servizio pubblico che nel privato sociale, rivalutare le risorse esistenti ed eventualmente la loro ridistribuzione, valorizzare la valutazione degli interventi, dei loro esiti nel rapporto costi - benefici, implementare la formazione integrata e comune tra l'area delle Dipendenze, della Salute mentale e del Privato sociale, sviluppare attività di ricerca non solo in campo epidemiologico clinico, ma anche in relazione all'individuazione del miglior trattamento possibile per specifici bisogni e tipologie.
Proposte: istituzione di workshop regionali per il confronto delle esperienze, progettare incontri di verifica, studio e scambio a livello nazionale, realizzare una rete informatica di coordinamento e disseminazione delle esperienze sotto l'egida di un ente coordinatore, allocare risorse per progetti finalizzati nelle aree epidemiologica, clinica e di accompagnamento, a carattere regionale e nazionale e possibilmente coordinati con analoghi progetti europei.
La sessione sulle "Sanzioni amministrative previste dall'articolo 75 del DPR 209". Qui si trattava di fare un bilancio e delle proposte di modifica. E' stato proposto questo: la revisione del termine previsto dal comma 6° dell'articolo 75, per l'effettuazione dei colloqui che deve essere praticabile e tassativo con la previsione, ove necessario, di un adeguamento dell'organico dei NOT. Secondo, l'accentuazione degli aspetti di prevenzione e di trattamento dei soggetti coinvolti, ampliando la gamma dei provvedimenti adottabili dal Prefetto, anche sulla base della diversa tipologia dei consumatori, per la prosecuzione o la conclusione del procedimento, utilizzando intese programmatiche e specifiche con i SERT.
Ancora, la definizione degli ambiti di responsabilità amministrativa del procedimento e di responsabilità di servizio sociale espletato dagli assistenti sociali, l'invio anche a strutture sociali alternative ai SERT, per lo svolgimento, per la frequenza di corsi di informazione sui danni derivanti dall'uso delle sostanze. Poi l'introduzione del divieto di frequentare locali pubblici e la previsione di opportune modalità di controllo, il raccordo della sanzione della sospensione della patente con analoga misura prevista dal Codice della strada, il raccordo della sanzione della sospensione della licenza del porto d'armi con il Testo Unico delle leggi di pubblica sicurezza e con la legge 89 del 1987, sulla perdita dei requisiti di idoneità, il raccordo della sanzione della sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo con le disposizioni normative in materia di immigrazione. Ci sono poi due raccomandazioni. Prima: l'invito a razionalizzare e utilizzare i risultati degli progetti riguardanti l'articolo 75, progetti finanziati dal Fondo droga, ai fini di una programmazione integrata e mirata sul territorio fra Regioni e Amministrazioni centrali. Secondo, previsione di un periodico piano strategico nazionale in materia di droghe, concertato con i competenti livelli istituzionali in ottemperanza di direttive europee già applicate in altri Paesi europei.
La Sessione su "Alcool e giovani, una nuova sfida per un antico comportamento".
C'è stata anche qui una amplissima partecipazione e devo cercare di evidenziare che cosa ha chiesto la sessione al governo.

In considerazione di quanto descritto, si richiedono al governo queste iniziative: primo, si sollecita la puntuale attuazione della normativa delineata dall'articolo 37 del decreto legge o decreto legislativo 229 del '99, dell'accordo Stato - Regioni del gennaio '99 e dell'Atto di intesa Stato - Regioni dell'agosto '99. In particolare, si chiede che nel previsto Atto di indirizzo e coordinamento Sanità - Affari sociali, di cui all'articolo 3 già citato, venga attuato l'inserimento delle prestazioni socio - sanitarie ad alta integrazione sanitaria, relative alle dipendenze da alcool e farmaci, nell'ambito dei livelli di assistenza erogati dalle Asl.
Secondo: devono essere previste adeguate risorse nel Fondo sanitario nazionale per il finanziamento degli interventi relativi all'alcool. Deve essere prevista l'individuazione di percorsi specifici per soggetti con problematiche particolari, minori, soggetti con patologie mentali, disabili, soggetti con grave disagio sociale, immigrati, popolazione carceraria.
Quarto, si richiede una politica chiara e mirata alla riduzione del consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale, una decisa strategia di contrasto alle lobby che ne controllano il mercato e una rapida approvazione della Legge quadro che è ritenuta indispensabile soprattutto per la regolamentazione della pubblicità, dell'informazione, della distribuzione e della vendita, dei controlli della guida e negli ambiti di lavoro.
Si chiede al governo di riconoscere, potenziare e sostenere i processi che aumentano i livelli di conoscenza e competenza dei cittadini nelle azioni di tutela e di promozione della salute in campo alcologico. Si chiede che possano essere finanziati, ai sensi del Fondo nazionale antidroga, i progetti relativi a problematiche alcologiche, indipendentemente dalla loro "correlazione" con problemi correlati alla droga.
Si chiede che venga organizzata la Conferenza nazionale sull'alcool in attuazione dell'impegno preso a Napoli nel '97. Si chiede che le conclusioni di questa Sessione relativamente all'alcol, rappresentino un punto di riferimento per la stesura del documento della delegazione italiana alla Conferenza ministeriale europea su alcool e giovani che si terrà a Stoccolma dal 19 al 21 febbraio 2001.
Ci sono anche due righe che riguardano il tabacco, c'è un richiamo ai dati ISTAT secondo cui fumano più i maschi, 33 per cento, meno le donne, 17,3 per cento. In considerazione di questo, si dice, lei non fuma ma glielo chiedono ugualmente, che la proposta di legge VERONESI, attualmente in discussione, è un elemento di estrema rilevanza per il controllo dei danni da tabacco. Essa andrebbe integrata con chiare indicazioni relative agli interventi per la prevenzione e la cura del tabagismo. Secondo, il Sistema Sanitario Nazionale deve farsi carico della prevenzione e della cura del tabagismo, valorizzando le esperienze già in atto e promuovendo ulteriori forme di intervento, anche con unità dedicate che agiscono in un'ottica di collaborazione e di lavoro in rete. Terzo, si richiede, di conseguenza, che adeguate e specifiche risorse vengano previste nel Fondo sanitario nazionale per il finanziamento.
In conclusione, dice la Sessione, le sostanze legali, alcool, tabacco e farmaci, hanno una loro specificità rispetto alle sostanze illegali e pertanto si richiede al governo la creazione di un tavolo formale di dibattito e di coordinamento specificamente dedicato alla valutazione dei bisogni e delle priorità emerse a livello nazionale, regionale e locale, finalizzato a identificare e sostenere i relativi programmi terapeutici.
Tale coordinamento, analogamente alle esperienze relative alle tossicodipendenze, dovrà essere formato da enti locali, Regioni, Ministero della Sanità, Dipartimento Affari Sociali e da rappresentanti di altre organizzazioni, quali società scientifiche e associazioni di cittadini.
Si chiede inoltre che venga inserita nei percorsi curriculari di tutte le figure professionali, sociali e sanitarie, una formazione adeguata e specifica su alcool e tabacco.
L'ultima Sessione, devo chiedere scusa all'amico POLLO, ormai è quasi impossibile trarre le conclusioni del gruppo Giovani, che sarebbero interessantissime, avremo altra opportunità, era dedicata alla "Valutazione dei trattamenti".

Questa è una considerazione tecnica che penso sia opportuno sintetizzare, perché abbiamo rubato tutto il tempo della mattinata. La sessione dice che l'offerta di trattamento per le tossicodipendenze è assai diversificata, non solo tra regioni, ma anche all'interno di una stessa regione; questa eterogeneità non è spiegabile da differenze sostanziali nella tipologia dell'utenza, ma più probabilmente da diversi orientamenti metodologici e concettuali.

Che cosa fare? Questa sessione propone che, per conseguire gli obiettivi identificati sia necessario, per prima cosa, un impegno da parte delle regioni affinché le aziende pubbliche investano in formazione, aggiornamento permanente e incentivi degli operatori finalizzati all'acquisizione e al mantenimento del miglior livello professionale possibile. Poi di individuare un organismo nazionale capace di svolgere azioni di promozione, stimolo, coordinamento ed eventualmente finanziamento dell'attività di ricerca; di coinvolgere in maniera capillare una rete dei servizi già esistenti in Italia per progetti di ricerca e di revisione. Inoltre di inserire il criterio di efficacia nell'accreditamento di eccellenza dei servizi; di sviluppare un progetto obiettivo specifico nell'ambito del Piano Sanitario Nazionale e un progetto nazionale di linee guida di trattamento.

Adesso il Ministro TURCO ed io ci ritiriamo in buon ordine, mentre diamo spazio ai dieci partecipanti alla Tavola Rotonda Proposte alla politica, coordinata dalla dottoressa Lucia Annunziata.»

PROPOSTE ALLA POLITICA

Chairman Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Mi pare che è l'ultimo giorno qui e mi capita di fare poco più, secondo me, che il vigile urbano o un direttore del traffico di una strada che è stata piuttosto impegnata e occupata, sia in termini di posizioni che in termini di numeri di intervento.
Abbiamo dodici persone che devono parlare. Non ho niente da dire, salvo tentare di seguire un filo logico nel dare la parola. Abbiamo in contatto con noi anche da Genova degli studenti, Tarcisio MATTEI è il giornalista della RAI che si sta collegando. Ci siete?.»

Tarcisio MATTEI:- «Salutiamo chi è presente ai Magazzini del Cotone; qui ci sono i ragazzi delle scuole, c'è anche qualche ragazzo di comunità, c'è stato adesso un intervento, non so se posso approfittare. Dimmi sì o no.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Direi di sentire gli studenti dopo, Tarcisio. Cominciamo con gli interventi da questa parte, va bene?»

Tarcisio MATTEI:- «D'accordo. A dopo.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Forse vale la pena di cominciare da quelle che sono le testimonianze e le posizioni più lontane da questa iniziativa del Governo.
Il tema della Tavola rotonda è "Proposte alla politica", quindi è un tentativo di chiudere questa tre giorni con proposte concrete. Sentirei appunto questa lettera alla politica partendo da Alessandro DIOTTASI, che è venuto qui delegato a nome di alcune comunità, molto critiche in questa esperienza, ha da leggere qualcosa a nome di queste comunità.»

Alessandro DIOTTASI:- «Vi ringrazio di questa possibilità che ci avete dato per poterci esprimere, un saluto al Ministro e a tutti i parlamentari e a tutta la platea e a coloro che ci ascoltano anche da altre parti. Sono semplicemente un delegato della comunità INCONTRO, della comunità PAPA GIOVANNI XXIII, di Fondazione EXODUS, della Piccola comunità CASA DEL GIOVANE, di SAN PATRIGNANO, di MONDO X, di MONDO NUOVO, di PROMOZIONE UMANA e di MONTE PROGIANA, e dovrò leggere questo documento in seno a questa Terza Conferenza.
Questo documento nasce da una comune sensibilità, dallo spirito e soprattutto dalle azioni che hanno caratterizzato in questi anni l'operato delle nostre comunità, pur nelle dif-

ferenti metodologie ed impostazioni, la difesa della vita degli emarginati e dei tossicodipendenti, con il solo obiettivo che una società civile e solidale ci deve porre il pieno e integrale recupero della persona e il suo reinserimento attraverso programmi educativi e formativi nel tessuto della società.

Ci accomuna soprattutto la consapevolezza, nata dall'esperienza di questi anni, che la tossicodipendenza non è, come molti vorrebbero, per sua natura una malattia e che quindi nessun farmaco o droga, legale o illegale che sia, può rappresentare una risposta al vuoto interiore che, quasi sempre, sta alla base dell'uso delle sostanze.

La droga non si cura con la droga, né con soluzioni tecniche, ma con itinerari di rinascita umana e spirituale, ha detto recentemente GIOVANNI PAOLO II, con programmi educativi e formativi orientati alla crescita individuale e sociale della persona, alla formazione di una sua identità e personalità, alla sua realizzazione attraverso una vita fatta di valori, responsabilità, relazioni significative con il prossimo. Questo è quanto le comunità che rappresentiamo fanno da oltre vent'anni. La nostra è l'esperienza di chi accoglie nelle proprie strutture oltre 7.000 giovani con storia di dipendenza da più droghe, più della metà di coloro che oggi svolgono un programma riabilitativo residenziale, ragazzi per i quali l'uso di cannabis e droghe sintetiche, ha rappresentato un momento determinante nello sviluppo della tossicodipendenza e che hanno trovato nelle comunità l'unica proposta credibile di cambiamento.

La nostra è l'esperienza di realtà che, nei loro limiti e imperfezioni, hanno offerto negli ultimi vent'anni a decine di migliaia di persone l'opportunità concreta di ricostruirsi una vita finalmente libera dalle droghe.

L'esperienza di strutture che hanno reso possibile le misure alternative al carcere, assumendosi la responsabilità di aprire le porte della propria casa nel solo 2000 a più di mille persone agli arresti domiciliari, in affidamento in prova ai Servizi sociali. Questa esperienza la portiamo qui, di fronte alle istituzioni, come sempre con spirito costruttivo e chiarezza, convinti che una volta sgombrato il campo dalle assurde proposte di depenalizzazione, legalizzazione o di altre sperimentazioni fallimentari, sia arrivato il momento di costruire politiche sociali orientate realmente alla riduzione della domanda di droghe e a dare luogo alla costruzione di programmi riabilitativi seri, efficaci e solidali.

Il consumo di massa delle droghe nel nostro Paese è un fenomeno gravissimo, affrontato con strumenti in alcuni casi insufficienti e in molti casi profondamente sbagliati.

Vogliamo leggervi questa testimonianza, una delle tante che abbiamo raccolto nelle nostre comunità, organizzata in un dossier che presto consegneremo alle istituzioni competenti. Dal '93 alla primavera del '98, sono stato sottoposto ad un programma di mantenimento con forti dosi di metadone. Nei primi mesi del '98, mio figlio di sedici anni ha iniziato anche lui a drogarsi. Immediatamente sono andato al SERT, accompagnato da mia madre per chiedere di entrare in comunità insieme a mio figlio. La risposta che ho ricevuto è stata: sei troppo vecchia per la comunità, nessuno accetterà mai te e tuo figlio. Insomma, sei irrecuperabile. Detto questo, l'assistente sociale ci ha allontanato con modi seccati dall'ambulatorio, non mi sono più recata al SERT e, grazie a un'associazione di volontariato, ho abbandonato il metadone e sono entrata con mio figlio in comunità. Nonostante questo, il SERT ha preteso che mi recassi, per colloqui di controllo, da loro a 500 chilometri di distanza. La comunità si è rifiutata. Questo è quanto accade ogni giorno in molti Servizi pubblici per le tossicodipendenze. Non in tutti, per fortuna.

Perché avviene questo? Perché il SERT, secondo l'attuale legge, è il titolare della diagnosi di tossicodipendenza, con il compito di valutare l'idoneità nei programmi riabilitativi svolti dalle strutture private cui eventualmente invia i propri pazienti. Ciò significa che esso si trova ad esercitare un potere assoluto, rivestendo un doppio ruolo di prestatore di servizi e di controllore dei servizi svolti da altri, una situazione in evidente contrasto con il principio ribadito anche nella passata conferenza di Napoli, della pari dignità fra servizio pubblico e privato sociale, una situazione che porta alla violazione della libertà dei

cittadini di scegliere la struttura dove curarsi. Ci troviamo oggi di fronte alla medicalizzazione della tossicodipendenza, un problema che generalmente solo per alcuni aspetti legati alle crisi di astinenza e alle malattie correlate richiede interventi di tipo sanitario. La sua gestione in questo ambito improprio, non può produrre riabilitazione perché nessun farmaco può colmare un vuoto interiore, ma solo condizioni di convivenza accettabile con le sostanze, di salvaguardia dell'ordine pubblico, danneggiato dalla pericolosità sociale dei tossicodipendenti, e di contenimento della diffusione delle malattie correlate.
Le più autorevoli ricerche, svolte in particolare dal National Institute of Drug Abuse statunitense, evidenziano invece come i trattamenti di tipo psico - sociale riabilitativo a lungo termine ottengano non solo ottimi risultati nel pieno recupero della persona ma anche vantaggi concreti per la collettività, che può contare sull'effettivo reinserimento sociale di persone finalmente libere dalle sostanze.
Negli Stati Uniti puntano quindi su questo tipo di trattamenti mentre nel nostro Paese, nonostante la presenza di strutture di recupero collaudate e all'avanguardia, si è voluto far prevalere la cosiddetta riduzione del danno e la cronicizzazione del disagio che inevitabilmente provoca.»
Voce persistente di protesta.

Alessandro DIOTTASI:- «Signori, i dati del Ministero lo confermano. I programmi basati sul metadone in mantenimento sono in forte aumento e riguardano ormai la stragrande maggioranza delle persone assistite dai SERT.
Diminuiscono invece gli interventi psico - sociali e riabilitativi che sono scesi al 25 per cento del totale e l'invio nelle strutture socio - riabilitative, meno 5,9 per cento fra il '98 e il '99. Molte comunità, sempre in nome della riduzione del danno, sono state costrette negli ultimi anni, con il ricatto della cessazione degli invii di ragazzi da parte dei SERT, a riconvertire le proprie metodologie, fino a trasformarsi in succursali dei Servizi pubblici, dove vengono effettuate le stesse terapie farmacologiche sotto il diretto controllo dei SERT. Questo è oggi, nella maggior parte dei casi, il cosiddetto sistema integrato dei Servizi, un sistema nel quale aiutare un tossicodipendente non significa più motivarlo ad abbandonare la droga e sostenerlo in questa scelta, ma ingabbiarlo farmacologicamente per evitare che la sua presenza dia fastidio alla società, un sistema in cui gli interventi socio - educativi sono ancora pesantemente discriminati, nonostante gli impegni assunti a Napoli dai Ministri della Sanità e degli Affari Sociali.
Non ci siamo mai sottratti né intendiamo sottrarci alla possibilità di lavorare insieme ai Servizi pubblici e in questi anni abbiamo instaurato rapporti di proficua collaborazione con quei SERT che condividono con noi l'impegno nel motivare i ragazzi alla decisione di chiudere con la droga; molti operatori degli stessi Servizi pubblici manifestano forti perplessità sulla positività di rapporti costi/benefici nella cosiddetta riduzione del danno, evidenziando come la somministrazione prolungata di metadone inserisca decine di migliaia di giovani in una sorta di cronicità istituzionale. Ai servizi pubblici chiediamo quindi estrema chiarezza e rispetto della nostra identità e delle nostre metodologie e soprattutto chiediamo rispetto e supporto al diritto dei cittadini di scegliere, esercitando la propria libertà di giudizio, la struttura che ritengono garantisca loro un trattamento più efficace. E' indegno che strutture riconosciute a livello internazionale per la loro efficacia e per gli indiscutibili risultati che ottengono debbano subire passivamente il ricatto da parte di Servizi, il cui interesse in molti casi è quello di trattenere i loro pazienti nella gabbia del metadone, con la scusa di risparmiare soldi di eventuali rette e per giustificare la loro presenza e il loro potere sul territorio.
E' assurdo ed ingiusto che realtà come le nostre, dopo essere state obbligate a sostenere costi ingenti per vedere riconosciute le proprie strutture e per far frequentare corsi di formazione professionale ad operatori che già da vent'anni svolgevano egregiamente il loro lavoro, non possano stilare direttamente il certificato di tossicodipendenza e di ido-

neità ai programmi terapeutici esattamente come fanno i Servizi pubblici. Solo partendo da questo presupposto potrà esistere una pari dignità tra servizi pubblici e privati, di pubblico interesse, e potrà crescere questa collaborazione che noi tutti auspichiamo.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Sentite, ho pieno diritto di chiudere questo dibattito se si svolge in questa situazione. Niente applausi, niente cori da stadio perché, altrimenti io me ne vado, nel senso che se date a me il compito di seguire questo dibattito e di essere garante dei tempi, sono qui, altrimenti lo fate voi.»

Alessandro DIOTTASI:- «Per quanto riguarda l'aumento evidenziato da molti dati nelle cosiddette doppie diagnosi, siamo convinti che questo fenomeno sia in parte dovuto a un approccio che tende ad etichettare il disagio psicologico collegato alla tossicodipendenza come malattia psichiatrica e per questo sono necessari rigorosi accertamenti.
Nelle nostre comunità ci avvaliamo da anni della collaborazione di specialisti che ci aiutano a una valutazione attenta e oggettiva di questo tipo di manifestazioni, spesso provocate da un uso contemporaneo di droghe e di farmaci.»
Lucia Annunziata:- «Bene, do la parola alla persona forse più lontana dalla posizione di Alessandro DIOTTASI, Ignazio MARCOZZI ROZZI, del CORA.»

Dott. Ignazio MARCOZZI ROZZI:- «Il CORA è il Coordinamento Radicale Antiproibizionista, la prima organizzazione antiproibizionista italiana che da anni traduce in pratica l'ipotesi antiproibizionista nelle forme e nei modi che il nostro sistema ci consente. Il referendum proposto e vinto nel 1993 contro il carcere per il consumatore, che ha riaperto in Italia seppur minimi spazi di libertà terapeutica dei medici riguardo l'utilizzo di farmaci sostitutivi, metadone innanzitutto; le battaglie per la garanzia della libertà di scienza e coscienza dei medici e la possibilità e le ipotesi terapeutiche e le sperimentazioni; l'applicazione rigorosa della normativa sull'apertura dei Servizi pubblici; l'introduzione in Italia della cultura della riduzione del danno. Noi antiproibizionisti del CORA abbiamo scelto anche la via della disobbedienza civile, quella vera, come sono le vere denunce e i processi a cui molti di noi sono tuttora sottoposti, per non lasciare nulla di intentato, per non arrendersi di fronte a una realtà che sembrava inamovibile. Le nostre domande alla politica sono queste: è giuridicamente accettabile che la tossicodipendenza sia l'unica patologia che comporti per se stessa una sanzione? E' deontologicamente accettabile che la tossicodipendenza sia l'unica patologia per cui la legge disponga le forme di cura autorizzate, prescindendo dalla loro efficacia e sospendendo la libertà di scienza e coscienza dei medici? E' politicamente accettabile che il proibizionismo diventi una delle più violente e pericolose politiche di discriminazione in era contemporanea, di violazione dei diritti umani, imponendo, insieme alla proibizione sulle droghe, la proibizione sulle cure e l'esclusione dei tossicodipendenti da trattamenti di comprovata validità? Fino a quando il mondo politico permetterà l'ingerenza su trattamenti sanitari da parte di operatori che nulla sanno delle scienze mediche e che a tal proposito non hanno alcun titolo di intervento sugli aspetti clinico farmacologici? Dappertutto, sui mass media, politici, religiosi, operatori sociali discettano di trattamenti medici e psicologici, mai o quasi mai purtroppo si dà un'opportunità a coloro che, medici e psicologi, lavorano nei servizi pubblici e in quei servizi privati che si avvalgono di alta professionalità. Che gli altri facciano il loro mestiere di educatori ed operatori del sociale e comunitari, che nella maggior parte dei casi peraltro è da loro svolto in maniera egregia, con competenza ed efficacia. Fino a quando però costoro potranno continuare a negare le evidenze scientifiche e i risultati delle valutazioni sulle nuove terapie, sui nuovi percorsi di recupero, sui programmi che altri sistemi sanitari, pubblici e non, in Europa e non, hanno adottato?
Perché non è ancora possibile, nel nostro paese, sottoporre tutti i servizi, quelli pubblici, i privati, le attività di strada e le comunità più tradizionali, su una seria e generalizzata

valutazione di efficacia? Questo, nell'interesse di tutti, soprattutto di coloro che sono oggetto della valutazione e che bene agiscono.
Fino a quando, come riportato nella relazione del governo al Parlamento del 1998, l'80 per cento della spesa sostenuta dalle amministrazioni pubbliche per la lotta alle tossicodipendenze sarà impegnata per la repressione e solo il restante 20 per cento per la prevenzione e il trattamento?
E' evidente che per cambiare questi numeri è necessario cambiare e riformare questa politica. Alla politica inoltre chiediamo una cosa: è giusto esigere da chiunque e a maggior ragione da chi rappresenta i cittadini di non dire il falso. Il proibizionismo sulle droghe e più ancora il proibizionismo sulle cure non è fatto solo di illusioni e di omissioni, ma di veri e propri falsi. In questa Conferenza, si è finito per concedere valore di verità a interpretazioni smaccatamente false delle stesse leggi proibizioniste che la politica ha scelto di approvare in questo Paese e proprio il falso più grave voglio denunciare. Non è vero che la legislazione italiana non consente di avviare sperimentazioni di somministrazione controllata di eroina e imporrebbe di usare il metadone solo a scalare. L'onorevole GASPARRI ed altri dicono che questo sarebbe impedito dalla legge 45/99. Non ve la recito per brevità, ma il tenore di questa norma che molti di voi sanno e conoscono e che fa riferimento ai progetti della lettera A e C del comma 7, secondo l'interpretazione dell'onorevole e di altri, sarebbe quello di limitare al metadone la terapia sostitutiva farmacologica, di consentire solo trattamenti a scalare e non a mantenimento, di consentire l'utilizzo del metadone solo nei SERT. Ma questo è vero solo nei programmi terapeutici che sono finanziati dal Fondo nazionale di intervento alla droga, quindi non vale in assoluto, non estende il campo della propria applicazione a tutta la sperimentazione scientifica. La dimostrazione che questa disciplina non valga in assoluto è data da alcuni fatti accertati e incontestabili. Alcuni medici privati, io per primo, continuano ad usare metadone in modo assolutamente legale. Servizi pubblici e medici privati continuano ad usare metadone a mantenimento. I Servizi pubblici utilizzano almeno un altro farmaco sostitutivo oltre al metadone, la Buprenorfina. Allo stesso modo, nulla osta che in Italia si utilizzino gli stessi protocolli di sperimentazione svizzera o olandese, cioè l'uso di una sostanza, l'eroina, che è nella tabella prima della legge 309/90, secondo le modalità previste per farmaci e terapie che necessitano solo dell'autorizzazione del Ministero della Sanità.
Il Ministro VERONESI ha detto che è allo studio l'adattamento dei modelli olandesi e svizzeri alle esigenze italiane.
Un'ultima cosa chiediamo alla politica: di riconoscere che gli effetti delle sostanze sono per gli stessi consumatori di droga infinitamente meno gravi degli effetti della proibizione e che non può esistere una reale riduzione dei danni sociali, sanitari e criminali se non si riducono i margini e le sfere di influenza.
Chiediamo il riconoscimento per le straordinarie dimostrazioni di abnegazione e coraggio che contraddistinguono le esperienze del recupero. Esse sono limitate, ma sarebbero rafforzate se non fossero costrette a marciare in questa trincea di guerra sporca, inutile e perduta. Mi sia infine consentito un ringraziamento con cui penso di interpretare i sentimenti di moltissimi operatori presenti in questa sala.
Come medico, come militante politico, come cittadino esprimo la mia gratitudine alla onestà intellettuale, alla serietà scientifica e alla libertà politica del Ministro Umberto VERONESI.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «A questo punto, mi sembra che i chiamati in causa siano un po' le esperienze fatte anche nelle strutture ufficiali. Abbiamo avuto due punti di vista distanti da queste esperienze, critiche, più critiche, meno critiche: abbiamo qui un po' di queste esperienze rappresentate, comincerei con il dottor Riccardo GATTI, che è del Servizio dipendenze della Asl di Milano. Poi facciamo un po' di pagine più ufficiali e ritorniamo anche a posizioni un po' più differenziate.»

Dott. Riccardo GATTI:- «Anch'io ho preparato un intervento ma non lo leggerò, voglio dire solo una cosa dall'inizio, cioè mi spiace molto aver sentito quello che ho sentito da Alessandro DIOTTASI e mi spiace perché, delle persone che hanno firmato, sono anche miei amici e soprattutto sono persone con cui poi alla fine quotidianamente lavoriamo e con cui non riscontro, onestamente, questo tipo di situazione che al di là dell'opinione che loro hanno espresso e che io rispetto comunque, è in realtà la negazione del lavoro che noi facciamo. Non capisco come poi riusciamo a lavorare assieme, ad occuparci degli stessi pazienti, a volte a cenare assieme, a scherzare quando poi esiste questa negazione di quello che noi siamo e del nostro lavoro, che ritengo sia importante.
Queste comunità assieme hanno in cura circa 6.000 persone, solo il nostro Servizio a Milano ne ha in cura 3.000, non so se si possono fare pesi di questo genere e non li voglio fare però il Servizio pubblico in questi anni forse ha avuto la colpa di esserci.
C'è in tutte le città, si occupa, con il privato sociale, di persone che hanno bisogno di aiuti diversi e cerca di portare, di elaborare un metodo clinico che, in quanto clinico, non deve essere disprezzato, ma valorizzato perché, forse, il fatto di non considerare la tossicodipendenza una malattia ci può riportare ad antichi concetti che a me fanno molto paura e che vorrei che non venissero ripercorsi, perché se allora il tossicodipendente, ma proprio anche per un argomento che loro portavano, cioè se il tossicodipendente non è malato, forse non è neanche curabile e allora non vorrei poi proseguire su questo discorso. Ma proprio perché noi crediamo nella cura, vorrei portare un argomento che deriva anche dal documento approvato dalla Commissione Sanità del Senato il 20 settembre del 2000. Cito solo alcune frasi, è chiaro che il discorso sarebbe molto più lungo ma io lo introduco semplicemente. Per esempio, a proposito di Genova e del SERT, i principali problemi nella gestione della struttura, la persistente carenza e precarietà del personale, l'inadeguatezza delle sedi e la loro insufficiente distribuzione sul territorio. A Savona c'è una situazione analoga. A Reggio Calabria, sovraccarico e stress per il personale, e, anche per queste difficoltà, comportamenti aggressivi nei confronti degli operatori e atti di violenza. Esiste una nota favorevole rispetto al SERT di Rimini. Qual è il discorso che voglio fare? Ci sono troppi servizi per le tossicodipendenze che lavorano in condizioni precarie e di personale e di strutture.
Questo, guardate bene, non è un problema, dal mio punto di vista, sindacale, tutti noi siamo dei professionisti, lavoriamo, a un certo punto si può anche fare il discorso che, se a uno non gli va, può andare a lavorare da un'altra parte; parlo dal punto di vista di persone che sono poco rappresentate, anche per un certo tipo di condizione in cui sono i nostri pazienti. Cioè non è rispetto per delle persone costruire alcuni servizi così come sono.
Capisco che ci sono dei problemi di ogni tipo però i Servizi per le tossicodipendenze esistono da più di vent'anni; dieci anni fa sono stati riconfermati dalla legge 309, non è possibile che continuiamo in questa situazione, che non è un problema amministrativo, ma è un problema politico ed è un problema politico perché a livello amministrativo ciascuno rimanda ad un'altra amministrazione e in realtà siamo in una posizione che, di fronte all'affermazione di una priorità problematica affermata dallo Stato, qualsiasi capo servizio o direttore generale, la situazione locale può fermare un processo che è di rispetto per i nostri pazienti.
Qualsiasi cosa che noi possiamo fare, di qualunque genere, necessita di un rispetto della dignità delle persone che vengono da noi. Molto spesso questo rispetto non è garantito non da chi ci lavora, che purtroppo è portato nella condizione di stress indefinita perché così deve essere, ma non è garantito dalla situazione in cui noi siamo messi a lavorare.
Ho una proposta politica che è un po' scherzosa, ma non è poi tanto scherzosa.
Chiedo ai parlamentari e agli uomini politici: adottate il SERT di dove abitate, andate nella vostra Asl, verificate se questo Servizio andrebbe bene nel caso, per problemi che avete voi, possono avere i vostri figli o i vostri amici. Se va bene, allora questo è un

Servizio che va bene, se va male, allora c'è qualche cosa che non va, datevi da fare per questo. Venite, io vi aspetto. L'altra proposta, in breve, è questa: bisogna, a mio parere, costruire, e qui abbiamo maggioranza e opposizione, anche persone autorevoli che soprattutto sono state qui con noi e che rispetto molto per questo, costruire una commissione mista, maggioranza ed opposizione e tecnici, per la revisione della legge 309. Ci sono molti punti, al di là dei grossi dibattiti proibizionismo e antiproibizionismo, molto più semplici che andrebbero trattati e corretti tecnicamente per garantire meglio il nostro lavoro. Ne cito soltanto uno, il medico che, all'interno di un Servizio tossicodipendenze, sbaglia nella gestione degli stupefacenti viene automaticamente considerato come uno spacciatore. Questo fatto accade perché si applicano dei decreti di legge che, se il suo trattamento terapeutico non è considerato da un magistrato, improvvisamente diventa cessione di stupefacenti, questo è un grossissimo problema perché chiaramente noi pensiamo di essere molto diversi da coloro che fanno traffico di droga e pensiamo di essere su un fronte assolutamente opposto. Di conseguenza, credo che una commissione tecnica, maggioranza e opposizione e tecnici del settore, debba lavorare sulla legge, per riformarla.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Mi scuso per questa bruschezza che ho espresso all'inizio di questo dibattito, ma davvero era solo per regolamentare i tempi e un po' i modi. D'altra parte, io cito su questo, sulla brevità, un mio grande maestro, Luigi PINTOR, il quale diceva, quando cominciavo a fare la giornalista, che le idee più chiare sono quelle che si esprimono con soggetto, predicato e complemento. La mia bruschezza non è soltanto un fatto da maestrina, è l'idea che alla fine di un convegno uno dovrebbe poter avere l'idea chiara, per esprimere se non un concetto, due. Ora la parola a Edoardo POLIDORI, del SERT di Faenza. Poi darei la parola a Giovanni SERPELLONI del Dipartimento dipendenze di Verona e poi sentirei, fra due interventi, che impressione hanno gli studenti genovesi che ci stanno ad ascoltare da fuori.»

Dott. Edoardo POLIDORI:- «Mi scuso quasi per la mia presenza, nel senso che qui ci sono tutte persone molto famose e penso di essere un illustre sconosciuto. Detto questo, prendo la parola anche per rappresentare le riflessioni che il Coordinamento delle Società scientifiche e professionali nella tossicodipendenza porta avanti. Questo riguarda quindi ITFED, SERT, ITACA, la SICAD e la SITIDI e ringraziamo per questa occasione che ci è data. Riprendo molte delle cose dette dal dottor GATTI. La cosa che chiediamo è di garantire l'esistenza in vita dei SERT attraverso l'attuazione in tutta Italia dei provvedimenti previsti dalla legge 45, compresa la sanatoria del personale, che in molti posti è tuttora inapplicata e la sollecita approvazione del nuovo decreto 444 con indicati i parametri del personale, le dimensioni delle sedi, nel senso che i SERT possano funzionare, e i SERT funzionano dove sono strutturati bene, ma la premessa perché i SERT possano funzionare è che li si metta in condizione di farlo; questo a tutt'oggi non accade in molti posti soprattutto rispetto anche alle nuove competenze che i SERT vanno assumendo di giorno in giorno, che sempre più vedono SERT organizzarsi sul trattamento dell'alcool dipendenza. Penso all'enorme esperienza della Regione Veneto, e anche all'enorme ruolo che all'interno del SERT stanno prendendo i trattamenti per il tabagismo. Su questo chiediamo che la politica ci metta nelle condizioni di lavorare. I SERT forniscono servizi a tutto campo, ma c'è chi continua ad accusarli di essere degli spacciatori di droga di Stato. Non è così, all'interno dei SERT si fanno un sacco di cose. L'altra cosa in cui crediamo fortemente è che, nel trattamento della dipendenza da oppiacei, il metadone sia il trattamento farmacologico di elezione, nel senso che il metadone è il farmaco che funziona, secondo la letteratura scientifica internazionale, dal punto di vista della stabilizzazione del paziente che presenta problemi di dipendenza da oppiacei. Il metadone ha altri vantaggi, cioè incide sulla mortalità con una dimensione della mortalità dei pazienti in trattamento, incide sulla diminuzione delle patologie sessualmente trasmesse o tra-

smesse per via iniettiva, incide sulla diminuzione della criminalità.
Questi sono effetti a cascata, nel senso che quello che produce fondamentalmente è la stabilizzazione del paziente e questo per noi è un obiettivo prioritario. Chiediamo alla politica di prendere atto con serietà di questo punto e al governo di esprimersi con chiarezza su questi temi. Le altre cose, appunto le ha dette bene il dottor GATTI, riguardano il fatto che alcuni continuano a considerare non terapeutica la prescrizione per cui si può essere accusati, per un errore, di essere spacciatori e alcuni Magistrati considerano non terapeutico il trattamento del mantenimento con metadone, per cui non è possibile, in alcune zone, accedere a programmi alternativi al carcere, se questi programmi prevedono il trattamento di mantenimento con metadone. Questo non ci pare giusto.
L'altra cosa che chiedo alla politica è che si faccia un po' di distinzione tra le persone che usano sostanze - l'uso di sostanze attiene decisamente alla sfera della ricerca del piacere - e persone che presentano problemi di dipendenza da sostanze e questo attiene alla patologia. L'uso di sostanze è diverso dalla dipendenza da sostanze. L'uso di sostanze può dare, in alcuni casi, problemi: ci sono persone che hanno problemi connessi all'uso di sostanze e che necessitano di interventi che attengono più alle agenzie educative, ci sono persone che hanno problemi legati alla patologia da uso di sostanze, la dipendenza, che richiedono cure. Confondere gli interventi che competono ad agenzie educative con interventi di cura, penso sia un errore drammatico, che ci ostina a curare persone che non hanno bisogno di cure e a cercare di educare persone che hanno invece bisogno di essere curate. E infine, penso che ci sono molte posizioni diverse. Siamo tremila, tremila e cinque? Penso che ognuno di noi abbia opinioni diversificate sulla dipendenza, sugli argomenti di cui abbiamo discusso in questi giorni. La cosa che trovo drammatica è che abbiano sempre più spazio le questioni che ci dividono, rispetto ai due o tre punti che potremmo trovare come base su cui partire per lavorare insieme. Non c'è assolutamente nessuna concordanza tra il livello di dibattito che c'è stato all'interno di queste sessioni e l'immagine che di questa conferenza è emersa sui media. Penso che, se la smettiamo di discutere dei massimi sistemi e ci occupiamo della cura delle persone che richiedono attenzione, in quanto patiscono un livello di sofferenza, che sono loro quelli che veramente combattono tutti i giorni la guerra contro la droga, sono le persone che la usano e ne sono dipendenti, se ci occupiamo del patire e della sofferenza di queste persone riusciamo a collaborare molto meglio. Ho inserito persone in trattamento con metadone alla GIOVANNI XXIII, ho inserito persone in trattamento con metadone a SAN PATRIGNANO e anche queste cose vanno dette; al di là delle dichiarazioni dei leader, c'è molto spesso un livello di collaborazione tra persone, tra operatori, che si occupano delle storie personali di pazienti che incrociano questi servizi, che sono molto più ricche di quello che si vuol far credere. Concludo dicendo che c'è chi ha detto che dal rapporto con i tossicodipendenti ha imparato la pazienza. Io non ho imparato la pazienza, sinceramente, io ho imparato la puntualità e penso che pubblico e privato si debbano ricordare soprattutto di essere entrambi servizio e che rispetto a questo debbano essere puntuali rispetto all'intervenire sulla sofferenza della gente.»

Dott. Giovanni SERPELLONI:- «Mi complimento con il collega POLIDORI per aver riportato, secondo me, il problema all'interno di un contesto di civile dibattito e discussione. Noi dovevamo chiedere qualcosa ai politici e mi chiedo dove sono i politici. Se ne vedono alcuni, ma se ne vedono pochi, secondo me e questo la dice lunga. La dice lunga perché comunque un impegno che è richiesto loro è quello di essere presenti, attenti, per poi poter trasformare delle indicazioni tecniche di cui noi siamo i competenti; dico noi, poi spiegherò meglio che cosa vuol dire questo termine, inteso in atti amministrativi, in atti di regolamentazione che permettano comunque di dare delle risposte ai clienti, o chiamateli pazienti, assistiti, persone, che si rivolgono al vario sistema delle tossicodipendenze. Credo che le dichiarazioni di guerra non aiutino nessuno, né da parte dei servizi pubblici, né da parte dei servizi del privato sociale accreditato e quindi inviterei tutti, io per

primo, a non farne, perché creano solo un malanimo che poi si rivolta contro chi lo fa e tutti noi, perché comunque siamo parte di un sistema. Il concetto che vorrei stressare, su cui vorrei poi fare delle richieste ai politici è questo: non si può più lavorare come isole felici o infelici, diversificate, pubblico, privato sociale accreditato, volontariato, ma c'è un sistema che deve dare delle risposte a una persona che ha un problema, alla quale non interessano i dibattiti fra i SERT e le comunità terapeutiche, gli interessa avere un sistema che gli dia una risposta. Ormai chiedo che sia chiaro per tutti che la risposta la possiamo dare insieme perché il percorso di queste persone lo conosciamo, non si esaurisce né solo all'interno di un servizio, né solo all'interno di una comunità, ma è un'alternanza e quindi credo che sia estremamente utile ragionare in questi termini qui e abbiamo spazio per fare questo, perché la normativa e tutte le cose che abbiamo inventato in questi anni, creano questi benedetti, o maledetti, se preferite, dipartimenti che sono degli strumenti organizzativi forti, dove possiamo ricondurre ad un Tavolo tecnico anche la discussione fra quello che possono essere le comunità terapeutiche e i servizi delle tossicodipendenze o chicchessia.

Guardate che i politici non sono solo quelli del governo, ma sono soprattutto anche quelli delle regioni che devono dare applicazione a una serie di cose che vengono estremamente discusse, ve ne faccio poi qualche esempio; il documento del Dipartimento, l'Atto di intesa Stato - Regione, su cui ho seguito molto i lavori avendo anche dei compiti come coordinamento delle Regioni, vengono discussi su tavoli che durano anche un anno e poi restano disattesi. Ora, la prima richiesta, soprattutto al governo, ma anche alle Regioni, è quella di applicare queste cose che sono state pensate e scritte in maniera molto seria.

La seconda richiesta, più al Governo, è che faccio presente, ma ne abbiamo già parlato col Ministro, che esiste un nuovo decreto 444 che ha un iter lunghissimo e che è inceppato da qualche parte fra il Ministero della Sanità, non per togliere nulla al Ministero della Sanità, o in Commissione Affari Sociali e che fissa i requisiti minimi di funzionamento per i Servizi, il che vuol dire dare qualità al sistema pubblico, fissa questi requisiti al pari e in pari dignità, con le comunità, con cui sono stati dati e pretesi dei requisiti nell'Atto di intesa Stato - Regioni.

Quindi è giusto e doveroso che anche i Servizi si adeguino a queste cose qui. Questo vuol dire sbloccare questa situazione e rendere, pubblicare qui in termini molto concreti questo tipo di decreto.

L'altra cosa è che inviterei tutti quanti "i tecnici" a fare una scissione dei tavoli di discussione tecnica e di discussione politica, perché la parte tecnica deve produrre documenti ed elementi tecnici basati sull'evidenza, adesso va di moda l'inglese, Evidence based, e meno basati sull'opinione, anche se l'opinione è importante, da poter fornire ai politici che hanno poi tutto un altro tipo di situazione da dover affrontare.

Se noi ci confondiamo con queste cose qui, non facciamo più il nostro lavoro perché il compito dei Servizi, come quello delle comunità, è quello di fare prevenzione, una buona diagnosi, cura e riabilitazione e questo deve essere molto chiaro nella testa di tutti noi. Lo è soprattutto nelle società scientifiche che sono state nominate prima dal collega POLIDORI. non mi permetto di rappresentare i Servizi, anche se faccio parte dei Servizi, forse lo farebbe meglio Carlo VALENZI del SERT che è qui davanti e che mi incute anche un certo timore visto la sua mole. C'è una cosa che ci pone tutti sullo stesso piano. Ho partecipato alla Sessione della Valutazione, ho dato anche alcune indicazioni, spero che poi nel documento siano riportate, non le ho sentite mentre le diceva il dottor SCATASSA ma probabilmente sono state sintetizzate per una serie di motivi di tempo; le indicazioni sono sul fatto che c'è appunto questa situazione per cui vogliamo valutare gli esiti di tutti i trattamenti che mettiamo in campo e vogliamo anche creare dei sistemi che vadano molto semplicemente su quattro obiettivi. Il primo è che queste persone tentino in qualche maniera di ridurre l'uso di sostanze, se non addirittura sospenderlo, che sarebbe credo l'auspicio di tutti. Il secondo obiettivo è quello di reinserirli socialmente e a livello lavorativo. Il terzo obiettivo è quello di prevenire, in priorità tra l'altro, le patologie correla-

te, chi lo chiama riduzione del danno, chi le chiama prevenzione delle patologie correlate, comunque la sostanza è di non farle morire di AIDS o di epatiti o di overdose prima che si possano curare.
Il quarto obiettivo è quello di dare qualità di vita a queste persone. Ora, su questi quattro obiettivi, credo che siamo d'accordo più o meno tutti, no?
Vogliamo fissare quattro indicatori semplici per non fare troppo l'approccio tecnico e andare a vedere nel tempo come qualsiasi tipo di situazione va ad impattare con queste cose qui. Quindi, li vogliamo mettere all'interno dei criteri di accreditamento? Cioè, questi trattamenti, al pari di qualsiasi altro trattamento, chiamatelo medico, medico sanitario, socio - sanitario, come volete, comunque trattamento, intervento sulla persona, devono essere accreditati in termini che deve essere dimostrata una efficacia?
Altrimenti, e questa è la mia richiesta ai politici, non finanziate più interventi che non abbiano un controllo dell'efficacia, sia in termini di prevenzione primaria, secondaria, che di terapia.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Avevamo detto, a questo punto, di sentire gli studenti che ci stanno ascoltando fuori. Questi argomenti sono sempre un po' così, non è che diano veramente la sensazione di cosa succede fuori, però è sempre bene uscire anche dal clima delle sale chiuse dei convegni. Tarcisio MATTEI, giornalista RAI, ci sei adesso?»

Tarcisio MATTEI:- «Sì, ci siamo. Vi abbiamo seguiti, vi stiamo vedendo. Siamo qua nella chiesa di San Salvatore, è una ex chiesa, naturalmente, adesso è un Auditorium, un posto molto bello, i ragazzi hanno seguito, qualcuno diceva: noi dobbiamo fare le domande alla politica, magari se i politici domandassero a noi un po' più spesso non sarebbe male. E' una cosa che mettiamo lì così. Ecco, i ragazzi, che cosa dicono? Si sta parlando abbastanza delle persone?»

Voce femminile:- «A mio parere no. Ho partecipato alla Conferenza, ieri sera, che è stata definita a porte aperte; l'ho trovata a porte aperte soltanto per chi possedeva un pass e quindi credo che non si sia giunti abbastanza alle persone e lo dimostra la quantità di sedie vuote che ho visto ieri sera in sala.»

Tarcisio MATTEI:- «Comunque, la tua domanda alla politica qual è?»

Voce femminile:- «La mia domanda alla politica è più informazione, ma più informazione dove non se l'aspettano, arrivare alla gente per strada, dove i ragazzi non si aspettano un intervento da parte degli operatori, nelle sale giochi, nelle discoteche. Ad esempio perché non far scivolare negli indumenti che lasciano i ragazzi al guardaroba dei dépliant, che poi si trovano a casa senza neanche spiegarsene il motivo, ma che possono leggere in tutta tranquillità?
Arrivare alla gente per strada, agganciare la gente per strada. Non mi interessa se sia giovane, se sia adulto, non mi interessa se faccia già uso di stupefacenti o meno, per me è una persona da informare.»

Tarcisio MATTEI:- «Voglio dire che mi hanno raccontato ieri della Asl chiavarese che sta facendo qualcosa del genere, e cioè c'è un pulmino di una comunità, LA FATTORIA, che gira per Chiavari e cerca i ragazzi nei loro luoghi di aggregazione; anche i disc jockey sono direttamente coinvolti in questa esperienza. Sentiamo Simone.»

Simone:- «Sono studente al terzo anno di liceo, mi rivolgo al consiglio dei Ministri, mi rivolgo al governo di questo Paese, a tutte le forze politiche di governo e di tutte le opposizioni e mi rivolgo specialmente a lei, Ministro Livia TURCO. Ieri sera sono state bellissime le sue parole di affetto nei nostri confronti, che in qualche modo richiedevano una

nostra partecipazione a questo problema enorme e di attualità e lei ce l'ha concessa. Mi è dispiaciuto solo, Ministro Livia TURCO, che al momento in cui il dibattito si è esteso a tutta la sala, lei se ne è andata e purtroppo non abbiamo potuto discutere tutta la conferenza con lei di queste cose. Mi rivolgo poi a chi dei miei coetanei e dico un no alla legalizzazione della droga. Guardiamo gli effetti che produce, guardiamo gli effetti che produce e potrebbe il Ministero della Pubblica Istruzione portare nelle scuole il messaggio dei tossicodipendenti e degli ex tossicodipendenti che comunque vogliono uscire e stanno per uscire da questa situazione? Lo Stato penso che non debba plagiare il tossicodipendente, lo debba aiutare. Lo Stato che legalizza la droga, penso si renda complice di un genocidio.»

Tarcisio MATTEI:- «La domanda alla politica qual è?»

Simone:- «Chiedo al mondo politico e in particolare al Ministro FASSINO, per cortesia, di promuovere in tutte le carceri, in tutti gli istituti penitenziari d'Italia, quelle sezioni che aiutano i tossicodipendenti; sono sezioni specifiche che mirano a prepararli per il reinserimento sociale e quindi non ha senso che il tossicodipendente all'interno del carcere venga catapultato all'interno proprio di realtà ancora più problematiche della sua, che spesso portano a una difficoltà ulteriore.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Tarcisio, il collegamento, purtroppo, non funziona. Per cui chiamiamo Lucio GAMBERINI, del Centro sociale LIVELLO 57, di Bologna, sigla molto qualificata per l'intervento nel campo delle cose di cui stiamo discutendo. Lucio ha sentito anche le parole di questi studenti, a lui la parola.»

Prof. Lucio GAMBERINI:- «Anch'io volevo scusarmi con tutti se, malgrado quello che tu dici, il mio livello di conoscenza e di esperienza non è sicuramente all'altezza delle persone che mi hanno preceduto nella discussione. Credo che in questi giorni abbiamo assistito, per certi versi, a un evento nuovo, forse inaspettato, che ha saputo trasformare quella che era forse una Conferenza un po' indesiderata, che voleva passare sotto tono, quasi inosservata, per i motivi politici che conosciamo quasi tutti, in un momento di dialogo, in un momento di proposta di alternative, in una fase di progettazione futura in cui si sono sentiti diversi pareri, in cui si sono incontrate diverse realtà.
Questo, da una parte, grazie sicuramente all'eccellenza di alcuni dei relatori, sicuramente anche grazie alle capacità di dialogo che il Ministero e il suo staff ha saputo offrire a tutte le diverse realtà che si sono proposte all'interno di questo contenitore, grazie penso, soprattutto, alla massiccia affluenza di operatori, pubblici e privati, che malgrado il clima così di disinteresse un po' totale verso questa Conferenza, hanno saputo confluire all'interno di questo contenitore dandogli un senso.
Credo che però l'ingrediente nuovo che ha saputo diversificare questa situazione da un po' tutte quelle che l'hanno preceduta, sia stato anche la presenza di una sorta di network, di cartello, di insiemi di realtà che nei mesi precedenti questo appuntamento hanno saputo dare vita a un movimento nuovo, forse un movimento antiproibizionista, sicuramente a un antiproibizionismo nuovo e differenziato da quelli che finora sono stati espressione più che altro ideologiche su queste posizioni.
E' così che è nato questo cartello che ha dato vita ad alcune delle iniziative di cui tutti voi avete saputo dai media, questo cartello che nella sua eterogeneità è risultato quasi un miracolo politico, sapendo unire realtà completamente eterogenee, dalla CGIL ai Centri sociali, dal GRUPPO ABELE alla LILA, dalla Comunità di SAN BENEDETTO; insomma un insieme di realtà che forse in precedenza difficilmente riuscivano a dialogare tra loro, difficilmente riuscivano a trovare quei tanti punti condivisi che poi in realtà esistono tra tutte queste realtà.
Alcuni giornali ieri titolavano con questa uscita del Ministro VERONESI che un po' ha

anticipato quelli che erano buona parte dei punti della piattaforma.
La piattaforma che noi volevamo presentare, che pensiamo di essere riusciti in un certo modo a rendere evidente, infatti include alcune delle considerazioni che non solo dal Ministro, ma da moltissimi degli operatori, degli scienziati, dei medici, degli psicologi che si sono confrontati qua, sono uscite come probabilmente oramai le uniche proposte realmente alternative alla forma proibizionista che fino a qua ha guidato le politiche sociali sulle sostanze.
Sull'eroina, i nuovi metodi di riduzione del danno, la somministrazione controllata, una più completa distribuzione sul territorio delle forme già legalizzate, già in uso, come il metadone, che però in alcuni territori, vuoi per differenze politiche vuoi per carenza dei Servizi, non sono ancora così distribuite. Molte volte anche queste forme già accettate e condivise appaiono essere un po' trasportate dalla corrente politica che governa certi territori, che governa certe Regioni. Sulla canapa, ovviamente, l'immediata possibilità di utilizzare la canapa per uso medico, per motivi terapeutici e anche per tutte le altre sostanze, quello che chiediamo è una completa depenalizzazione del consumo.
Sulle nuove sostanze ci siamo espressi in più sedi, abbiamo dato dimostrazione di quello che è uno dei metodi ormai utilizzati in tutta Europa, che è quello della analisi delle sostanze. Voi sapete che in tutti i Paesi d'Europa l'analisi delle sostanze è ormai non solo consentita ma anche, diciamo così, invitata, mentre in Italia noi non siamo stati ancora in grado di usufruire di questa strategia, anche come operatori. Pensate che noi, come centro sociale LIVELLO 57, stiamo per partecipare a questo network europeo in cui vengono finanziate appunto delle operazioni, delle strategie di riduzione del danno, in cui però viene chiesto di utilizzare questa forma, per cui noi, come associazione, come gruppo che si occupa di sostanze, soprattutto di nuove sostanze, siamo impossibilitati a partecipare a queste forme di finanziamento europeo, in quanto la legge nazionale italiana ancora non permette di sviluppare certe forme di riduzione del danno.
Concludo dicendo che credo che questo network, questo cartello eterogeneo abbia saputo portare qualcosa di nuovo, se non altro un messaggio antiproibizionista, che riesce però a dialogare con tutte quelle persone che operano nei Servizi, nel pubblico, nel privato e riesca a dargli quel sostegno, che diviene necessario sul piano legislativo e politico per poter portare avanti il lavoro che gli operatori ogni giorno conducono nelle loro realtà.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Sentirei Grazia GRAZIOSO, del Carcere di SOLLICCIANO DUE e poi abbiamo ancora tre interventi che credo abbiano un approccio un po' più generale.»

Dott.ssa M. Grazia GRAZIOSO:- «Da undici anni, dirigo questa struttura penitenziaria, che ha la caratteristica di essere una custodia attenuata. E' stata la prima in Italia e quindi si occupa essenzialmente di detenuti con il problema dell'uso e dell'abuso di sostanze. Il mio intervento però non vuole essere soltanto limitato a questa esperienza perché, visto il contesto, credo che sarebbe riduttivo.
Sono molto grata al Ministro TURCO per aver dato voce al carcere, soprattutto per avere anche sottolineato, nella sua introduzione, l'importanza di questo settore in un fenomeno come quello della droga. Il carcere è stato evocato molto spesso in questi tre giorni e quindi molti sono stati gli stimoli di riflessione poi per un approfondimento operativo che però, per esigenze di tempo, certo non è possibile effettuare. Una prima considerazione che vorrei fare in maniera forte, è far comprendere quanta complessità oggi ci sia all'interno del carcere e quindi quanto sia difficile per gli operatori penitenziari gestire questa complessità.
Sappiamo tutti i problemi che affliggono il carcere, il sovraffollamento, la carenza di strutture adeguate, la compresenza di tipologie di utenze spesso molto differenti e che quindi chiedono metodiche, approcci, interventi sicuramente diversificati. Pensate alla coesi-

stenza, spesso nella stessa struttura, di detenuti appartenenti alla criminalità organizzata, di detenuti stranieri, di detenuti che hanno problemi psichiatrici e ovviamente di detenuti tossicodipendenti. Noi dobbiamo gestire, contenere e trattare questa complessità. Per inciso, voglio ricordare che, per mandato istituzionale, noi dobbiamo offrire opportunità trattamentali, opportunità di recupero a tutti i detenuti delle nostre galere e quindi, in particolare modo, ai detenuti tossicodipendenti.

Un primo spunto di critica, che comunque vuole essere costruttiva: non ho visto presenti a questa Conferenza, così come non sono stati a quella di Napoli, gli operatori penitenziari, le varie professionalità degli operatori penitenziari che certamente sono coinvolti e interessati in questo fenomeno, non sono stati presenti così come vedo presenti appunto gli operatori dei SERT e gli operatori del privato sociale. Questo un po' mi preoccupa e certamente mi induce a chiedere per il futuro forse una maggiore considerazione, una maggiore attenzione per questa categoria che comunque lavora nel settore, che comunque mette tanto impegno. Sinteticamente, qual è la situazione attuale? Abbiamo sentito le cifre relative agli utenti in carcere, tossicodipendenti in carcere, oltre 15.000 soggetti su una popolazione di circa 54.000 soggetti.

Abbiamo sentito i rimedi che sono stati proposti per ridurre il numero di queste presenze nel carcere.

Molte delle cose che abbiamo sentito dire qui a Genova le avevamo già sentite dire a Napoli, mi riferisco alla depenalizzazione delle condotte minori relative al 73 del Testo Unico, mi riferisco alla decarcerizzazione, all'ampliamento delle misure alternative, alla prevenzione e a tanti altri problemi. Devo purtroppo constatare che la situazione, almeno per quanto riguarda il carcere, non è cambiata molto da Napoli a Genova. Noi ci troviamo sempre a dover comunque lavorare su numeri che sono certamente cospicui, con soggetti che hanno problemi molto più acutizzati rispetto a quelli che manifestano sull'esterno.

Il carcere, di per sé, provoca disagio, provoca malessere e, di conseguenza, i soggetti già fragili hanno necessità di maggiori attenzioni. La considerazione è che, anche attuando questi rimedi, queste proposte che abbiamo sentito dire, non riusciamo ad eliminare il fenomeno della presenza di questi soggetti all'interno del carcere. Che cosa quindi poter fare, quali sono ancora gli aspetti e i problemi aperti? In primo luogo, ciò che riguarda la presenza del SERT all'interno del carcere. Abbiamo sentito il Ministro VERONESI che ha ribadito quanto questa presenza sia limitata, solo nel 40 per cento degli istituti penitenziari sono presenti gli operatori del SERT, il che significa che c'è un 60 per cento delle strutture penitenziarie che ancora oggi, a dieci anni dal Testo Unico '90, non fruiscono degli interventi specialistici e specializzati degli operatori del SERT. Quindi mi domando, almeno per il carcere, che cosa voglia dire integrazione, che cosa voglia dire lavoro di rete. Mi dovrebbero spiegare con chi ci dobbiamo integrare e con chi dobbiamo lavorare in rete. Cosa fare? Senza, ovviamente, pensare a cose astronomiche o a procedure complicatissime, quali modifiche di legge, aumentare il circuito specialistico nell'ambito penitenziario per la tossicodipendenza. Mi riferisco alle strutture a custodia attenuata e comunque a strutture che si occupino specificatamente dell'intervento nei confronti dei soggetti. Certamente, utilizzare di più e al meglio le attuali misure presenti, mi riferisco alle misure di esecuzione penale esterna, alle misure alternative. Ci sono, facciamole funzionare e soprattutto facciamole funzionare per tutti, anche per quella utenza, come gli extracomunitari, che di fatto, pur non avendo una negazione giuridica, però concretamente non riescono ad utilizzare le misure stesse.

Cosa chiediamo alla politica come operatori penitenziari? Maggiore stabilità di indirizzo, non possiamo continuare a oscillare tra stimoli di chiusura e stimoli di apertura, questo pendolarismo continuo non è certamente utile, né a noi operatori né ai detenuti. Bisogna affermare con forza la funzione che il carcere deve svolgere, che è una funzione certamente di contenimento, che è una funzione certamente di custodia, ma deve essere anche di trattamento. Chiediamo di far svolgere al carcere la funzione che gli com-

pete, di poter lavorare anche affrontando una scommessa, certamente stimolante, quella che vede la trasformazione del carcere da istituzione totale, emarginata e emarginante, a realtà aperta, proiettata nel territorio, capace di proporre con i fatti e non solo con le intenzioni, inclusione sociale. Chiediamo di poter giocare questa scommessa e di poterlo fare non sentendoci sconfitti già in partenza. »

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Ora la parola a Don Egidio SMACCHIA, della FEDERAZIONE ITALIANA COMUNITA' TERAPEUTICHE.»

Don Egidio SMACCHIA:- «Come presidente della FICT, ho seguito con molta attenzione fin dal primo giorno le relazioni e il dibattito che ne è seguito.
In questa Tavola rotonda, a nome della Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche, che rappresento, mi viene chiesto di esprimere con franchezza cosa chiediamo alla politica e queste sono le nostre richieste.
Al Ministrc della Sanità, molto preoccupato del malato tossicodipendente, faccio presente che questo malato è innanzitutto una persona portatrice di bisogni, di vissuti, di interrogativi e di propri saperi, un soggetto attivo, capace di vivere una relazione, di stare nella relazione, una persona che ha bisogno di incontrare persone che lo accolgano e che siano disponibili a progettare con lui. Ogni sperimentazione deve tenere presente questo principio.
Per questo siamo contrari al ricorso di farmaci sostitutivi, a meno che questo, come prevede la legge, non sia inserito in un preciso progetto, che va scrupolosamente osservato e puntualmente verificato. Purtroppo, l'esperienza ci dice che abitualmente si fanno i progetti, raramente si osservano e quasi mai vengono verificati. In questo senso, sosteniamo e in parte applichiamo e siamo disponibili a svilupparne altre, tutte quelle strategie di riduzione del danno che si collocano in una circolarità di interventi, non necessariamente pensati sequenzialmente, ma correlati, almeno come possibilità, in un sistema dei Servizi che opera secondo modalità coordinate. Ricordo al Ministro che le nuove droghe, e l'ecstasy in particolare, sono dannose alla salute almeno quanto le sigarette. Purtroppo, questi nuovi consumi, alcool e nuove droghe, doping e gioco d'azzardo, spesso sottovalutati, sono strettamente correlati agli stili di vita caratteristici di questa società. La nostra è una proposta di accompagnare per prevenire. Al Ministro di Giustizia plaudo per aver finalmente evidenziato la drammaticità del problema dei tossicodipendenti ristretti negli istituti di pena. In Italia, il pianeta carcere ha tre principali problematiche che riguardano gli adulti tossicodipendenti, i minori, gli immigrati.
Su duemila minori sottoposti annualmente a provvedimenti giudiziari, sono sempre meno gli italiani e sempre più gli stranieri. Di questi duemila, solo uno su quattro entra in carcere. Questo dato positivo dovrebbe portare a riconsiderare la presenza in carcere dei tossicodipendenti adulti e ad usare anche per loro forme di deistituzionalizzazione e di presa in carico educativa.
Il problema del sovraffollamento delle carceri, come ha opportunamente sottolineato il Ministro, può in larga misura essere superato applicando le leggi esistenti. Voglio però sottolineare che il ricorso alla misura dell'affidamento in prova ai Servizi sociali attraverso l'inserimento in comunità terapeutica è fortemente sotto applicato.
La situazione di conflittualità che contrappone il Ministero di Giustizia e le comunità terapeutiche, dovuto anche a lentezze inaccettabili nel pagamento delle rette, assolutamente inadeguate, comporta l'ingresso in carcere di soggetti che avrebbero potuto seguire percorsi alternativi, un alto costo per il loro mantenimento, il sovraffollamento delle carceri. Pertanto, propongo di utilizzare maggiormente la PONTIFICIA SALESIANA, per fare corsi universitari per educatori professionali provenienti dalle Asl e dalle organizzazione no profit, concorrendo in tal modo a professionalizzare e regolarizzare l'attività di un settore che impegna migliaia di persone.
Da oltre un anno è uscita la normativa contenuta nell'Atto di intesa Stato - Regioni per

l'accreditamento delle strutture del privato sociale ma ancora, da parte di molte Regioni, non vediamo azioni concrete miranti a mandare a regime quanto stabilito. I rapporti del privato sociale con le Regioni camminano a doppia velocità; alcune Regioni si stanno muovendo nella direzione attuativa, altre devono ancora porsi il problema di come fare. La FICT si è impegnata e si impegna ad operare affinché l'integrazione tra pubblico e privato sociale non rimanga lettera morta, ma si traduca in prassi operativa quotidiana. La costituzione di un sistema integrato di Servizi, pubblico e privato sociale, a cui si colleghi in rete anche l'associazionismo e il volontariato presente nel territorio è condizione indispensabile per operare con efficienza ed efficacia. Al Ministro della Pubblica Istruzione, stranamente assente a questa Conferenza, chiedo se considera la scuola un'agenzia educativa coinvolta in un'attiva azione di prevenzione o pensa che sia semplicemente una agenzia di distribuzione di saperi. A mio avviso, è quanto mai urgente investire energie nella prevenzione. Se prevenzione è promozione della salute intesa in senso globale, chi deve provvedere alla promozione della salute se non le agenzie educative, tra le quali la scuola occupa un ruolo di primo piano? Non si può lasciare solo ad alcuni questo gravoso compito, occorre che tutti si impegnino ad accompagnare i giovani nella loro crescita, con proposte educative e non discordanti, orientate a educare i giovani e non ad accrescere la confusione. E' urgente, secondo noi, passare da una comunità che guarda dalla finestra la crescita dei giovani a una comunità educante che cammina accanto ai giovani.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Darei la parola a Grazia ZUFFA, del FORUM DROGHE.»

Dott.ssa Grazia ZUFFA:- «Quando mi è stato chiesto di intervenire a questa Tavola rotonda, ho detto subito che non mi andava di fare domande alla politica, genericamente, e che quindi avrei fatto delle domande al Presidente AMATO, che non c'è, tuttavia io, le stesse domande, le rivolgo alla Ministra TURCO, se non altro per darle atto della responsabilità politica che si è assunta concludendo questa Conferenza. La prima domanda che voglio fare è generale, ma è molto importante nel nostro settore, è quella che riguarda il rapporto fra le evidenze scientifiche e la politica.
Lo dico perché sono rimasta molto perplessa rispetto alle dichiarazioni del Ministro AMATO, il quale ha detto che Umberto VERONESI ha parlato come un tecnico. Allora io mi chiedo, se la politica non tiene conto, cioè non ha un rapporto con i dati, con la ricerca, con le evidenze, con il merito delle questioni, di che cosa tiene conto?
Invece ho apprezzato in qualche modo che il Ministro ci abbia mostrato, dati alla mano, per esempio come funziona la riduzione del danno. Ho apprezzato, per esempio, che ci abbia riportato dei dati non nuovi, però importanti proprio perché detti in una sede politica, quello per esempio sulla scala di pericolosità delle sostanze legali e illegali, in qualche modo spingendo anche a prendere una decisione verso una modifica legislativa.
Dico questo perché, se la politica non ne tiene conto, allora rischia di ridursi da un lato a cassa di risonanza delle ideologie, della retorica, della guerra alla droga oppure dall'altro, diventa un po' quello che si chiama il politicismo, un po' il piccolo cabotaggio e credo anche, e chiedo in qualche modo una conferma, che, come a noi tecnici è chiesto grande rigore nella valutazione di efficacia e nell'analisi dei costi/benefici, perché così poi misuriamo i nostri interventi, credo che anche alla politica debba essere chiesto altrettanto rigore, rispetto alla valutazione delle politiche che mette in campo, comprese le politiche della proibizione.
Devo dire, per finire rapidamente questo primo punto, che credo che una seria valutazione delle politiche di proibizione si imponga. Mi sono andata a rivedere quello che AMATO disse nel '93, alla Conferenza di Palermo, e lo cito brevemente. Disse: "Non è un caso che in tutta Europa le discipline prevalentemente inspirate al principio proibizionista, siano andate, nella, prassi all'applicazione del principio della riduzione del

danno. Fondamentalmente, si continua ad avere, nella Gazzetta Ufficiale, la sanzione penale ma in realtà si fa in modo che il giudice non la applichi e che possa contare sul medico, al quale risulta prevalentemente affidato il compito di somministrare anche droga". Evidentemente, il riferimento era alle esperienze, che in quel momento erano solo a Zurigo, poi si sono estese in tutta la Svizzera. Cito ancora "...al giovane che ne è assuntore in misura controllata, per portarlo via via verso il minor consumo e per ridurre i danni che lui farebbe in condizione diversa a se stesso e agli altri".
Questo è stato praticato in Olanda, questo in una celebre regione inglese, si tratta del Mercy, in una serie di città europee, di cui le prime firmatarie di una dichiarazione di Francoforte. La prima domanda che devo fare è di chiedere in qualche modo al Governo attuale e soprattutto al Presidente del Consiglio dei Ministri una coerenza rispetto a quello che diceva nel '93.
La seconda questione riguarda la proposta avanzata dal Ministro FASSINO, che lui stesso ha sintetizzato nello slogan Decarcerazione e non depenalizzazione. Allora, voglio osservare in primo luogo che depenalizzazione era un impegno scaturito alla Conferenza di Napoli. Livia TURCO ha detto che su questo non tutti erano d'accordo: non è vero, basta riguardare gli atti e tanto è vero che il governo, per ben due volte, in sede di discussione della legge sulla depenalizzazione dei reati minori, venne dicendo non discutete di questo, perché vogliamo fare un disegno di legge complessivo.
Voglio rimanere aderente a quello che ho detto prima, come dire, al rigore della valutazione delle politiche. L'affidamento in prova, in alternativa al carcere, non è una novità, è stato introdotto nel '90 e successivamente è stato aumentato il tetto da tre a quattro anni. Se si vanno a vedere i dati, noi vediamo che è vero che sono aumentate, almeno fino a un certo anno, le persone in trattamento alternativo, ma questo non ha diminuito il numero dei tossicodipendenti in carcere, che sono sempre rimasti all'altissima soglia di circa 15.000. Quindi, decarcerizzare e basta è una parola che tradisce se stessa, perché non raggiunge l'obiettivo che si deve avere. Occorre anche depenalizzare. L'ultima cosa riguarda il fatto che il Ministro ha aggiunto: ampliare l'affidamento in prova alle comunità terapeutiche.
Che senso ha questa reiterata citazione delle comunità terapeutiche e non dei servizi pubblici?
Attualmente ci sono, non molti, però significativi - ma se non sono molti questo casomai è un problema, della cultura della Magistratura di sorveglianza - programmi di inserimento di detenuti in alternativa presso i servizi pubblici. Citare solo le comunità terapeutiche fa un cattivo servizio anche alle comunità terapeutiche, perché dà proprio l'impressione che si voglia accentuare il carattere custodialistico, cioè l'affidamento in comunità terapeutica, perché lì la persona può essere meglio controllata, non perché lì può essere meglio curata.
Chiedo, su questo, una chiarezza e appunto una valutazione nel merito anche di quello che è stato fatto, nel momento in cui si propone una nuova linea politica.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Don Vinicio ALBANESI, gli ultimi sette minuti sono suoi. Nel frattempo, inviterei il Ministro TURCO a prendere il mio posto.»

Don Vinicio ALBANESI:- «Io vi chiedo scusa per il tono della voce, perché ho una specie di cimurro, di raffreddore forte e vi chiedo scusa per l'uso delle parole che farò in termini un po' espliciti, anche se discutere in questo ambito è abbastanza difficile. Noi siamo nati sia come comunità che come servizi; siamo nati per l'emergenza cioè per dare risposta a quando il guasto era stato prodotto, quindi siamo stati pensati a valle. Il consumo e l'uso delle sostanze sta cambiando, che ci piaccia o no, sono milioni i ragazzi che fanno uso di sostanze. Ciascuno di noi, personalmente, conosce cinquanta, cento ragazzi e non ne ha mai denunciato nemmeno uno. Se noi non introduciamo il concetto della distinzione tra uso, abuso e dipendenza, noi saremo sempre una specie di confraternita

della buona morte, sia SERT che comunità. Per far questo però occorre una grande capacità, bisogna despecializzarsi, non specializzarsi, perché altrimenti noi avremo una generazione di ragazzi che diventeranno tossici essendo normali, di famiglie normali, di ambienti normali e non sapremo mai perché, dall'uso sono passati all'abuso e quindi alla dipendenza.

C'è un un grossissimo rischio, che stiamo correndo tutti, anche perché l'attenzione sulle dipendenze sta scemando, sta scomparendo, perché l'allarme sociale si è abbassato. Essendo il consumo più soft, l'allarme della stessa opinione pubblica non esiste più e allora noi ci ritroveremo in quegli ambiti già esistenti nei Servizi, la Psichiatria, la Disabilità, abbandonati a noi stessi e a quelli che chiamano i nostri utenti. Noi chiediamo esplicitamente di risalire questa valle e di occuparci dei ragazzi nei loro consumi, essendo attenti a che dall'uso non passino al consumo o all'abuso.

Da questo punto di vista, non ho timore di dire pubblicamente, a queste condizioni, che nessun uso va punito, nessun uso perché altrimenti dovremo mettere in galera milioni di persone. Occorre però molta attenzione, perché questo accompagno non diventi abbandono, perché il rischio opposto è quello che i ragazzi giovani non siano accompagnati.

Al Presidente del Consiglio dico che doveva stare qui e quindi ha commesso un peccato di omissione, secondo la morale cattolica. Non è applicabile a lui però non si sa, a volte sì, a volte no.

Però l'omissione la conosciamo tutti, al di là del senso del peccato. Alle Regioni dico che oramai basta chiedere competenze, ne hanno in abbondanza, è ora che incomincino a fare e a realizzare i piani socio - sanitari, a organizzare il territorio, a organizzare la rete, a dirci che cosa possiamo o non possiamo fare, a quali condizioni, se è possibile o no intervenire su un territorio e con quali strumenti.

Al Ministro FASSINO dico, non è che ci ha preso per agenti penitenziari? Perché insomma, con tutto il rispetto, ma non è che si possa cambiare mestiere. Noi diciamo che siamo disponibili, purché ci sia un progetto, ci sia una terapia, ci siano le sembianze di questo svuotamento delle carceri dove, signore e signori miei, siamo ai livelli turchi o dell'America latina e su questa popolazione nessuno protesta più. Muoiono in carcere, li ammazzano; c'è un caso che ho citato e che cito qui, di un ragazzo, con undici visite, che è morto di setticemia e gli hanno fatto un clistere.

Siamo in un Paese civile e i ragazzi tossici là dentro che fanno? A che serve?

Al Ministro della Sanità, se fosse un po' meno snob, forse sarebbe un po' meglio. D'accordo, ognuno ha il suo stile però... Lui ha ragione quando dice ci sono meno morti, questo è il primo obiettivo di un medico, però l'Organizzazione Mondiale della Sanità dice anche che la qualità della vita deve essere la migliore possibile, fino ad allontanare la morte. Allora, lui non può dimenticare pezzi di tutta questa storia e dire i morti sono di meno e viva Dio. Se ancora sono novecento, li abbasseremo a ottocento. Questo, ci ha dato la sensazione netta che abbia fatto il Ministro; non c'entra poi, secondo me, proibizionismo o non proibizionismo.

Da ultimo, in questa Conferenza ci sono state una specie di ombre cinesi: chi c'è, chi non c'è, chi c'è, ma non c'è, ma c'è, forse ci sarà. Molti sono miei confratelli e chiedo perdono per loro, perché non è dignitoso, siamo tutti sotto il peccato originale; credo che qualcuno aspetti il cambio della navetta.

con le istituzioni a volte il confronto è doloroso e anche drammatico, però bisogna farlo perché le persone cambiano, i Ministri cambiano però noi siamo portatori di fatiche e di interventi e quindi di grande, a volte, dolore. Un consiglio per chi farà la Quarta Conferenza, è che si faccia a porte chiuse, così avremo meno problemi di dichiarazioni, contro dichiarazioni: chi dice, chi fa, chi va a Porta a Porta, perché non è possibile.

Termino con un ringraziamento esplicito e senza vergognarmi alla Ministra TURCO, perché è una donna, non è una santa, diceva la canzone, però almeno si è sporcata le mani, molto spesso lasciata sola, anche in questa circostanza.»

Applausi fragorosi

«Molto spesso è stata lasciata sola, nella forbice di interessi che poco hanno avuto a che fare con la politica sociale. Ricordiamoci sempre che siamo l'ultimo livello degli interessi generali del Paese, siamo sempre i parenti poveri. Spero di esserci alla Quarta Conferenza, per questo incontro proficuo tra operatori pubblici e privati, con l'attenzione a ciò che i problemi e la realtà ci pone, con l'intelligenza e l'onestà delle nostre intenzioni e professionalità.»

Dott.ssa Lucia ANNUNZIATA:- «Il Ministro ora verrà qua; io non ho da aggiungere niente, dopo questa introduzione già fatta dall'Assemblea al Ministro.»

INTERVENTO DI CHIUSURA DELL'ON. LIVIA TURCO MINISTRO PER LA SOLIDARIETÀ SOCIALE

Ministro Livia TURCO:- «Vi ringrazio molto. Dirò poche cose. Usando il linguaggio mass mediatico, possiamo dire che l'evento c'è stato e che, a chi pensava che la Conferenza di Genova sarebbe stata una piccola cittadella assediata dalla contestazione di destra e di sinistra, abbiamo risposto tutti insieme che la Conferenza è stata, come doveva essere, un luogo vero di incontro tra istituzioni e operatori, operatori del pubblico e del privato sociale, un incontro tra culture e opzioni politiche diverse dove il governo, che doveva essere più presente, con grande onestà però ha dato conto di ciò che ha fatto, di quello che non ha portato a termine, senza rinunciare a indicare un percorso, sia per il futuro immediato, che in una prospettiva di medio termine. Secondo una vecchia politica, avremmo potuto venire qui con l'occhio e l'orecchio teso solo alla prossima campagna elettorale. A GAMBERINI, con affetto, voglio dire che non abbiamo preparato con questo spirito la Conferenza. Oppure avremmo potuto ritenere così scomodo questo appuntamento, da decidere di passare la palla al Governo che verrà. Avremmo potuto fare grandi proclami e grandi promesse. Invece abbiamo scelto un metodo di verità e di concretezza. Farei partire il discorso, come ha fatto il dottor SCATASSA, da alcuni dati di questa Conferenza: le persone che vi hanno partecipato, i gruppi di lavori e la bella discussione che qui abbiamo sentito, ringrazio Lucia ANNUNZIATA, la presenza e gli interventi costruttivi e pacati dei componenti dell'opposizione.

Onorevole CARLESI, la ringrazio per la franchezza, il rigore e la pacatezza e, se mi consente, anche la passione con cui ha parlato; interloquisco con un parlamentare con cui abbiamo molto litigato.

Penso che sia stata importante la presenza delle Regioni, il dialogo con le Regioni, ho apprezzato molto l'intervento del presidente GHIGO; penso che sia stato importante il dialogo avviato ieri con i giovani, con la città, così come penso sia stato importante il dialogo costruito con chi ha voluto esprimere un punto di vista diverso e io, pur chiedendo scusa all'onorevole GASPARRI per l'episodio che c'è stato qui, voglio dirgli, anche lei apprezzerà il fatto che questi giovani hanno contestato proponendo, presentandosi in modo pacifico e chiedendo di discutere; credo che questo sia un fatto importante.

Per chi intende la politica come scambio, come confronto, moderazione, dialogo, passione, assunzione di responsabilità, ebbene, è il caso di dire che grazie a voi, veramente grazie a voi, questo è stato un luogo di eccellente politica. Condivido il rigore del Presidente del Consiglio quando afferma che, essendo a conclusione della legislatura, non può prendersi impegni per modifiche legislative su una materia così rilevante e delicata. A questa regola si sono attenuti anche i suoi ministri, ma mi dispiace che non sia

qui, avrebbe avuto molto da rivendicare dell'azione dei governi di centrosinistra e, conoscendo la sua sensibilità e la profondità della sua cultura, so che avrebbe avuto cose significative da dire, ma avrebbe avuto tanto di prezioso da ascoltare e la politica è ascolto.

In questi giorni, ancora una volta, si è rivelata feconda la struttura delle sessioni di lavoro, dove si è svolta una discussione puntuale e vera, che ha prodotto, come abbiamo potuto ascoltare, sintesi e proposte, e anche proposte importanti sono emerse qui, in questo dibattito.

Sarà mia cura riconvocare i relatori e i coordinatori delle sessioni per avere una valutazione più approfondita dei punti emersi e mettere a punto una sintesi, la più precisa possibile, da trasmettere ai componenti del governo, alle Commissioni parlamentari competenti, ai segretari di tutti i partiti, di maggioranza e opposizione, alle Regioni e agli enti locali, perché i materiali delle sessioni di lavoro e di questa Conferenza sono davvero straordinariamente utili, per aggiornare e arricchire in modo concreto le politiche contro le droghe.

A conclusione di questi giorni, vorrei fare solo alcune considerazioni. Le faccio, partendo dal mio essere parte di un governo di centrosinistra. Mi sarebbe più facile parlare a titolo individuale, ma sarebbe insensato. Io qui sono un Ministro che rappresenta un governo e quindi parlo facendomi carico della complessità di questo governo. La prima cosa che voglio dire e la dico, questa è un'opinione che sento molto, riguarda il dibattito che c'è in Italia e soprattutto, scusatemi, nel circuito politico mediatico, su proibizionismo e antiproibizionismo, in cui tante volte il nome è talmente slegato dalle cose, al punto che anch'io faccio fatica a capire di cosa stiamo parlando. Se per proibizionismo si intende una strategia che punta sulla sola proibizione e repressione penale del consumo di droghe, ebbene, è il caso di dire che sicuramente il proibizionismo ha dimostrato di non essere efficace, come tanti, da tanto tempo, stiamo dicendo e, sulla base di questa definizione, certamente non è stata e non è proibizionista la politica del governo e anche la legge 309, che pure io penso, come ho detto nella relazione, che debba essere modificata e auspico che nel prossimo dibattito e nella prossima legislatura possa essere modificata, anche su punti importanti come gli articoli 73 e 75; non penso che possa essere definita una legge di sola proibizione, ma è una legge che, da una parte punta sulla repressione dello spaccio, anche il piccolo, finalizzato al consumo, ma dall'altra è una legge che ha un grande respiro sociale e credo che sia un peccato che, soprattutto la parte relativa alla dimensione sociale di questa legge, come avete detto, non è stata pienamente applicata. Consentitemi, se vogliamo proprio definire la politica del centrosinistra contro le droghe, credo che possiamo dire che si tratta di una politica che punta essenzialmente su una forte strategia sociale, che ha nella prevenzione, nell'educazione e nel recupero di tutte le persone il suo punto fondamentale. Prevenire, educare, non punire, prendere in carico. Non a caso, nella mia relazione, ho insistito tanto sul concetto della rete dei Servizi, sulle politiche di riduzione del danno e sull'attenzione ai giovani ma vorrei, onestamente, riconoscere che questa strategia sociale di lotta alle droghe, non l'abbiamo inventata noi politici, ma noi l'abbiamo imparata da voi perché siete voi, operatori dei SERT e delle comunità, voi, con le vostre differenze, i vostri talenti inventivi, la vostra fatica, le vostre asprezze, ma anche le vostre capacità di costruire alleanze e sinergie, ad avere dotato l'Italia di una politica, su questo punto, avanzata nella lotta alle droghe. Questa strategia sociale, secondo me, non può essere compressa dentro lo schema e la contrapposizione tra proibizionisti e antiproibizionisti. E' eccentrica rispetto ad essa e va nominata attraverso le politiche concrete che sono appunto quelle che voi avete nominato, la rete dei servizi, i SERT, le comunità, le unità di strada, le campagne di informazione e prevenzione, la decarcerizzazione. Questa strategia sta producendo dei risultati, come è stato detto: diminuiscono i morti per droga, aumentano le opportunità terapeutiche, cresce l'informazione sulle sostanze, è più efficace il messaggio di dissuasione. Ed è per questo che al signor ARLACCHI che, in un articolo sul CORRIERE DELLA

SERA, chiede al Governo italiano chiarezza sulle politiche sulle droghe, voglio ricordare i successi dell'Italia nella lotta al traffico, l'impegno finanziario del nostro Paese in sede ONU, per sostenere i Paesi più poveri nella conversione delle coltivazioni e gli voglio ricordare che, nella Conferenza Mondiale dell'ONU del '98 contro le droghe, il Governo del centrosinistra, con Romano PRODI, Rosy BINDI, Franco CORLEONE e la sottoscritta, poté parlare un'unica lingua e vantare la posizione originale dell'Italia, che è quella appunto di coniugare la lotta al traffico con una grande politica sociale. Credo che questo sia un punto prezioso e vi chiedo, seppur dentro le differenze, che questo non debba essere qualcosa che tutti insieme dobbiamo preservare. Penso che questa strategia sociale esca da questa Conferenza arricchita dai vostri contributi e dovrà misurarsi con problemi irrisolti e con emergenze. Problemi irrisolti ed emergenze. Citerò solo alcune questioni e ovviamente, come dire, avendo preso nota di quanto è stato detto qui, ad alcune cose potrò rispondere e altre saranno questioni che porrò all'insieme del governo. Il problema del carcere. Sicuramente porterò al Ministro FASSINO i risultati della Commissione, i rilievi e i suggerimenti che lì sono stati indicati. Voglio ricordare che le proposte avanzate dal Ministro FASSINO e ribadite da Giancarlo CASELLI, vanno nella direzione auspicata da tutti, che è appunto quella della decarcerizzazione, quella possibile a legislazione vigente; voglio dire a Grazia ZUFFA che su un punto mi sento di tranquillizzarla, avendo discusso a lungo con FASSINO, quando si parla di affidamento in prova alle comunità ci si riferisce all'affidamento in prova alle comunità e ai SERT, ci si vuole riferire alla rete. Comunque, porterò i risultati del documento e le cose che qui sono state poste al Ministro di Grazia e Giustizia.

Su questo punto, esprimo, soltanto su questo, un'opinione personale, anche perché è un punto su cui ho lavorato in questi anni, e con grande onestà, cara Grazia, avrei voluto che tu me lo riconoscessi; con grande onestà ho detto qui delle ragioni politiche, per cui è un punto non risolto nella discussione del centrosinistra, ma anche non risolto nella discussione tra gli operatori. Il punto è quello indicato nella stessa relazione di FASSINO quando, parlando dei tossicodipendenti in carcere, dice che il 50 per cento dei tossicodipendenti è in carcere per aver commesso reati connessi allo spaccio e tante volte si tratta di piccolo spaccio connesso anche all'uso individuale di droghe e questo, non c'è dubbio, pone il problema di una modifica dell'articolo 73 della legge, laddove essa omologa troppo sul piano della entità della pena, le varie forme e le diverse gravità dello spaccio stesso. Mi auguro che su questo punto si possa lavorare nella prossima legislatura e devo dire che trovo interessante quanto è stato suggerito, cioè che sul tema di una eventuale revisione della nostra legislazione, ci sia una sorta di lavoro bipartisan, e che i politici, in questo lavoro, partano direttamente dall'ascolto dell'esperienza degli operatori. Credo che se partiamo da qui, anziché da opzioni precostituite ne trarremo un grande vantaggio. Vorrei spiegare poi i punti di lavoro su cui ci impegneremo nei prossimi mesi. Intanto voglio dirvi che ce ne occuperemo e l'impegno, come ho detto nella relazione, per i prossimi mesi, sarà soprattutto quello di rafforzare tutti gli interventi di presa in carico dei tossicodipendenti e dei giovani coinvolti nelle situazioni di dipendenza da sostanze.

Noi vogliamo investire molto nella rete dei servizi, a partire dai problemi che voi qui avete posto, molto concreti, e apprezzando anche lo sforzo che operatori del pubblico e del privato sociale stanno compiendo per una evoluzione dei servizi, del SERT, delle Comunità e per costruire davvero quella rete che ha alcune parole cruciali e queste parole cruciali, voi mi insegnate, sono espressione di un progetto di presa in carico della persona, nella sua unicità e nella sua globalità. I problemi concreti che qui sono stati posti, applicazione della normativa, sollecito alle Regioni, adeguamento delle risorse, investimento sul personale, superamento della precarietà in cui tante volte il personale si trova, voglio dirvi che su questo, nei prossimi mesi, vogliamo lavorare con molta determinazione. Voglio dire anche che è importante che siano emerse nella discussione proposte molto puntuali su alcuni temi nuovi, come quello delle donne in gravidanza, dei genitori

tossicodipendenti, degli immigrati, dei bambini, delle marginalità più difficili, dell'alcolismo. Le proposte che ho sentito le raccolgo e su questo mi impegno, come voglio dire che massimo sarà l'impegno, per quanto è di competenza, affinché, e questo è un punto che veramente mi sta molto a cuore, come chiede il gruppo di lavoro, come è stato detto ieri in alcuni interventi nella Sessione dei giovani, affinché le unità di strada e le strategie di riduzione del danno davvero diventino parte integrante della rete; che davvero ci sia un investimento in termini di risorse, di professionalità e anche di riconoscimento culturale. Perché, guardate, io, in questi anni, tra le cose che ho fatto, ho telefonato tante volte a dei Sindaci per dirgli: ma perché hai tolto quella unità di strada?

Può essere una cosa scomoda, perché magari può non avere il consenso dei cittadini, ma se quella unità di strada tu la spieghi ai cittadini, serve anche per affermare quel sacrosanto diritto alla sicurezza che i cittadini ti chiedono, perché questo hanno fatto le unità di strada e le strategie di riduzione del danno. Oltre a dare una mano a chi davvero ne ha bisogno, sono riuscite anche a costruire un contesto sociale di maggiore serenità, perché la serenità e la sicurezza, come ho avuto modo di dire nella relazione e come ribadisco con molta forza, si realizzano, si costruiscono anche e soprattutto con quel paziente lavoro di comunità, di coesione sociale, di inclusione sociale; credo che voi operatori, oltre a salvare delle vite, oltre a mettere nel circuito del benessere nuove persone, create le condizioni per il benessere di tutti noi, siete agenti e costruttori di una vera politica di sicurezza, intendendo per sicurezza coesione, comunità, inclusione sociale. E, a proposito di riduzione del danno, mi pare che in questi giorni, tra le altre cose, si sia potuto affrontare, credo in modo pacato, il tema delle iniziative di somministrazione controllata di eroina in corso in altri Paesi. Ritengo che questa sperimentazione, pur non essendo oggi all'ordine del giorno del nostro Paese sia perché la legislazione non lo consente, sia perché non è stata ancora dimostrata l'utilità di questo approccio terapeutico, debba essere comunque oggetto di studio e di discussione. Credo, onorevole GASPARRI, che anche nel momento in cui diciamo che la legislazione non lo prevede, che, dico anche di più, non ne è stata ancora dimostrata la superiorità e l'utilità, però serve un po' di laicità, un po' di sano pragmatismo, un po' di scientificità. Sono d'accordo, Grazia ZUFFA: bisogna che la politica riconosca il suo limite, che la politica chieda, riconosca il merito delle competenze scientifiche, che chieda e offra rigore e quindi bisogna consentire che su questo tema ci sia un approfondimento, una conoscenza e una discussione; penso che sia nell'interesse di tutti.

Vi sono state molte polemiche riguardo all'intervento del Ministro VERONESI. Personalmente, il punto che vorrei approfondire col Ministro della Sanità è proprio quello che riguarda l'ecstasy e le cosiddette nuove droghe. Io sono d'accordo con don Vinicio Albanesi, non credo che la pericolosità delle sostanze possa essere definita solo sulla base del numero dei morti che producono ed, anche se una sostanza producesse un solo caso di morte va presa molto, molto sul serio. Ma credo che la pericolosità delle sostanze vada valutata nel contesto sociale e culturale rispetto agli stili di vita a cui essa è legata; voi ci avete detto che l'ecstasy è pericolosa proprio perché sottovalutata dai ragazzi che non la considerano una droga. E' pericolosa anche perché si combina con altri comportamenti a rischio, perché può provocare danni non solo fisici, ma anche psichici e relazionali. Non credo infatti che ci possiamo accontentare che i nostri ragazzi sopravvivano: noi vogliamo che vivano una bella vita, ma sono convinta che questo sia un obiettivo di tutti, anche del Ministro VERONESI. Quindi ripropongo per intero l'impegno per le politiche rivolte ai giovani, che puntino a dare più opportunità, più spazi di espressione, più fiducia in se stessi, più potere. Davvero sono molto grata ai giovani che hanno deciso di partecipare a questo incontro e confermo che il Dipartimento Affari Sociali, nella sua debole struttura, continuerà ad essere quel luogo di sperimentazione di un rapporto nuovo con i giovani. Nei prossimi mesi prenderemo alcune iniziative che proseguono un lavoro che abbiamo fatto in questi anni, che va proprio nella direzione di sostenere creatività, espressione, socializzazione dei giovani, le associazioni più strutturate,

ma anche le aggregazioni informali presenti sul territorio. Vorrei anche ribadire che la proposta di diritto di voto, a livello locale, a sedici anni, che qui è stata fatta, non è stata una boutade, nasce da una riflessione e sono stata felice che essa sia stata ripresa dal presidente delle Regioni, onorevole GHIGO e comunque continuerò a lavorarci. Non ho risposto, né potevo rispondere a tutte le questioni che sono state poste. Rispondo ad esse, ma soprattutto alla passione e alla serietà del dibattito che qui c'è stato, proponendovi un metodo di lavoro. Il metodo è quello di prendere molto sul serio questi materiali, di coinvolgere su di essi il governo e non soltanto il governo, di dirvi le cose che sono in grado di dirvi e di assicurarvi che nei prossimi mesi non metteremo e non metterò da parte questi problemi, così scottanti e così scomodi. Quello che vi posso dire con grande impegno è che noi, anche in un periodo difficile, lavoreremo su questi temi e lavoreremo con la pratica dell'ascolto e della relazione. Non credo che qui ci siano state delle passerelle; ogni tanto mi pare che, chi ha tanto criticato le passerelle e i teatrini, in realtà ci ha proposto, con presenze sui media, teatrini e passerelle, ma lasciamo perdere. C'è stato chi ha preferito esprimere il proprio dissenso alzando una bandiera. Voi avete scelto una strada diversa, voi avete avuto la pazienza e la passione di partecipare, di essere qui e per questo vi ringrazio perché lottare contro le droghe, come voi ci dite e ci avete ribadito con molta competenza e con molta passione, non vuol dire sbandierare, sventolare delle bandiere. Voi, ancora una volta, avete dato una lezione alla politica e alla società. Essere in prima fila, stare sulle strade, tante volte soli, nell'indifferenza e nell'ostilità, per dare una mano a chi ha perso il gusto di vivere e la fiducia nella vita, è qualcosa di molto prezioso, che noi dobbiamo imparare a conoscere, a rispettare e anche a condividere. Vi ringrazio molto per l'affetto che mi avete dato, so che non ho risposto a tutte le domande, rispondo, ho risposto per quanto mi è possibile; vi assicuro sull'impegno e sul metodo di lavoro basato sul dialogo e sull'ascolto.»