

Parte II Interventi sanitari e sociali  
 Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

417

Figura 19.

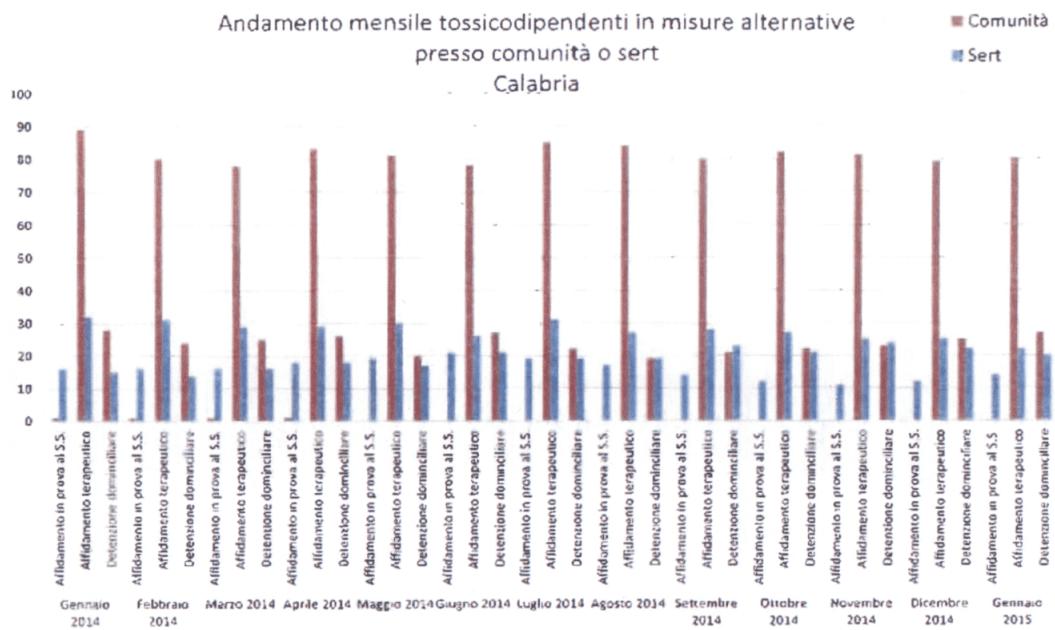
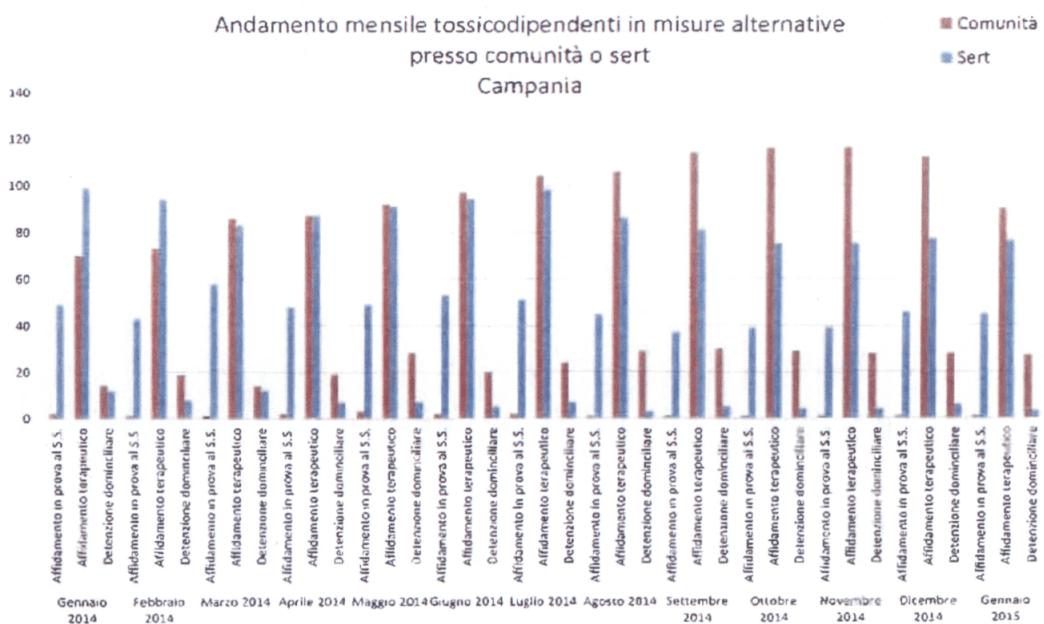


Figura 20.



## Relazione Annuale al Parlamento 2015

118

Figura 21.

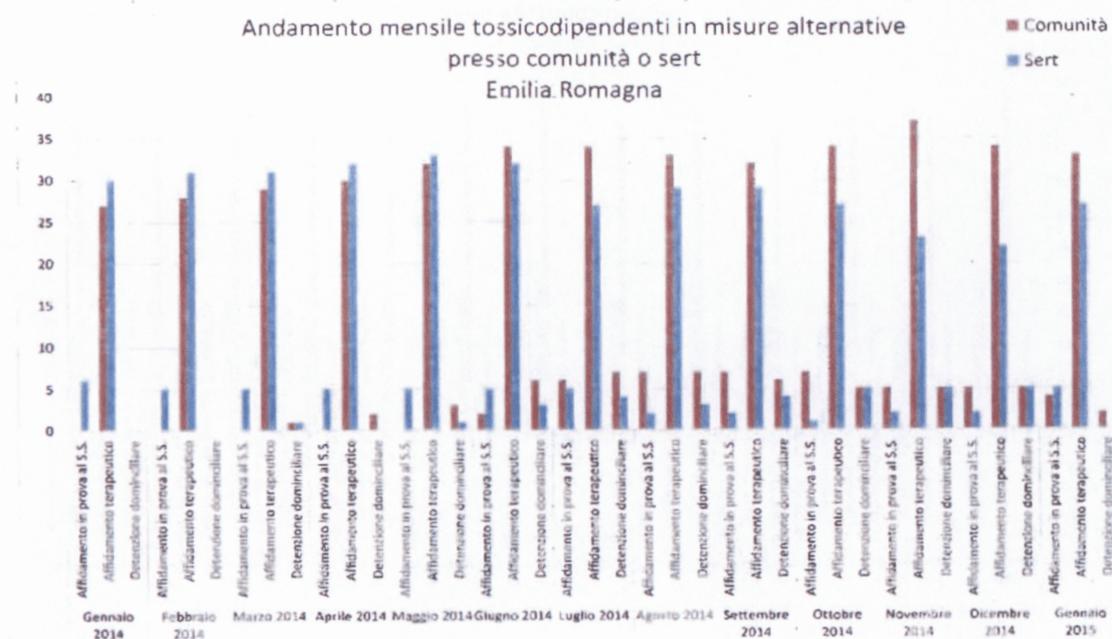
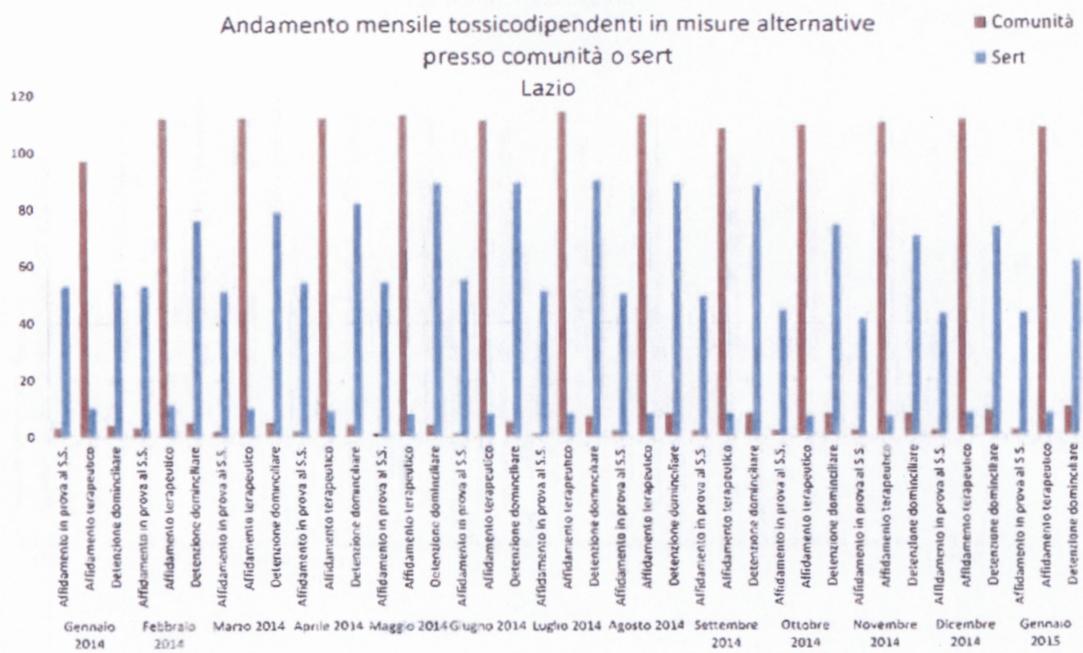


Figura 22.



Parte III Interventi sanitari e sociali  
 Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

419

Figura 23.

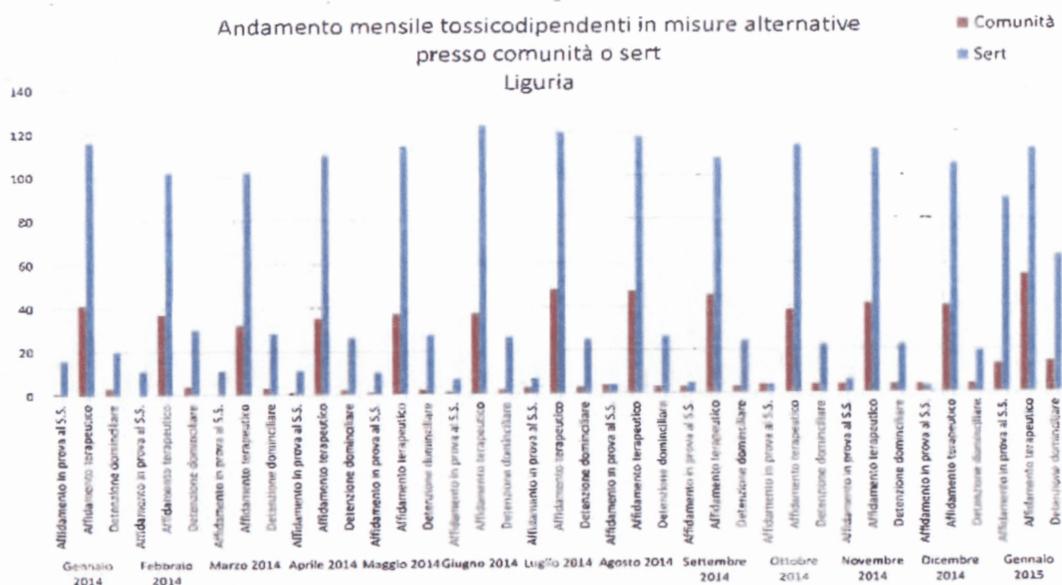
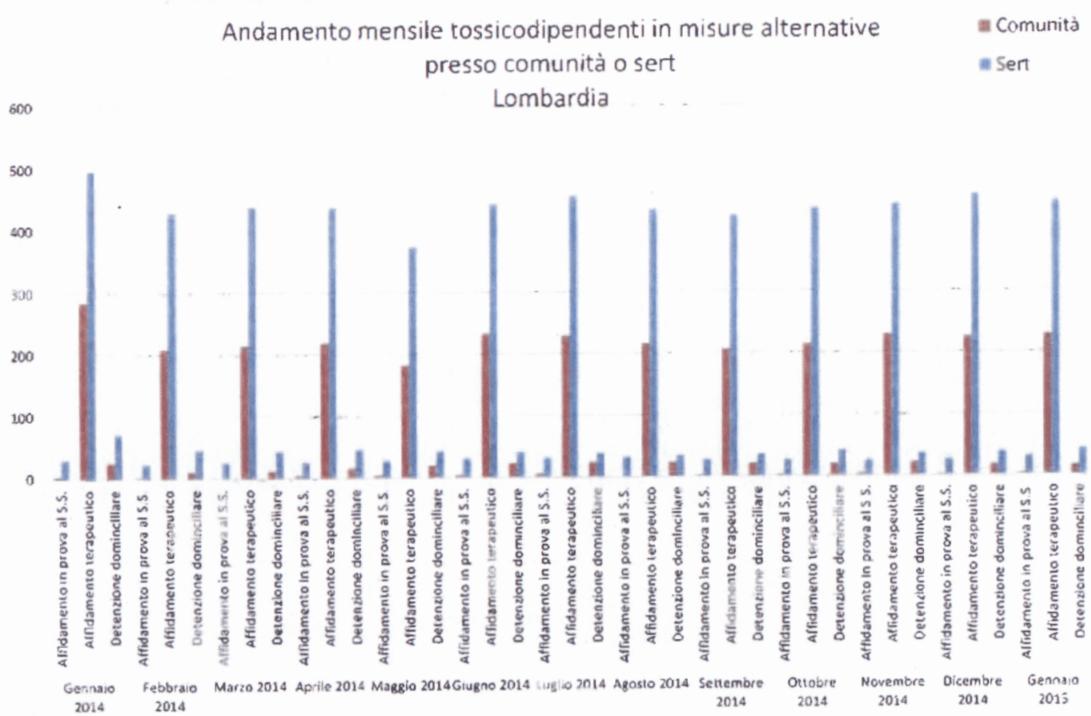


Figura 24.



## Relazione Annuale al Parlamento 2015

420

Figura 25.

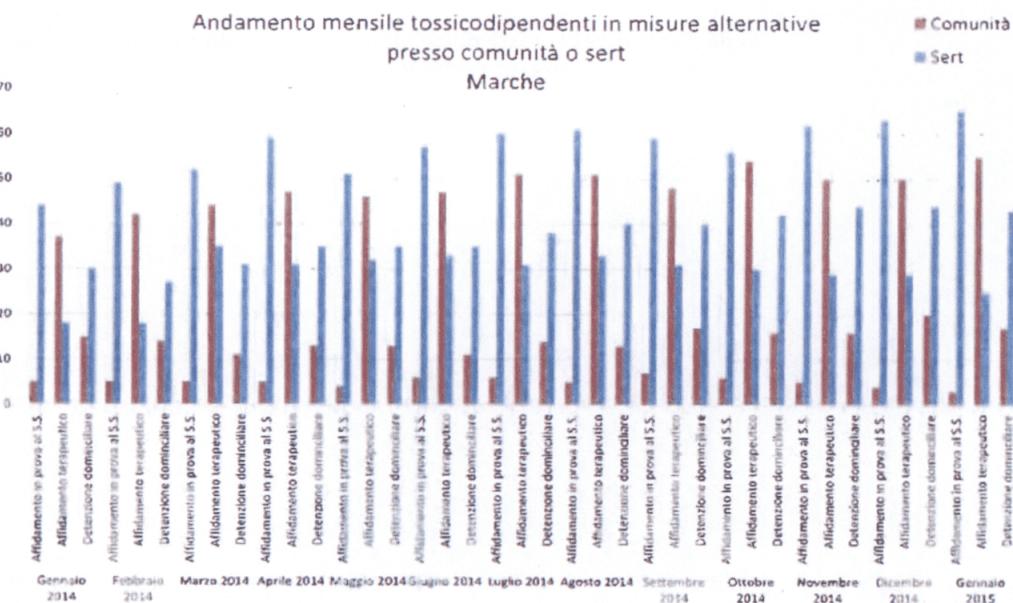
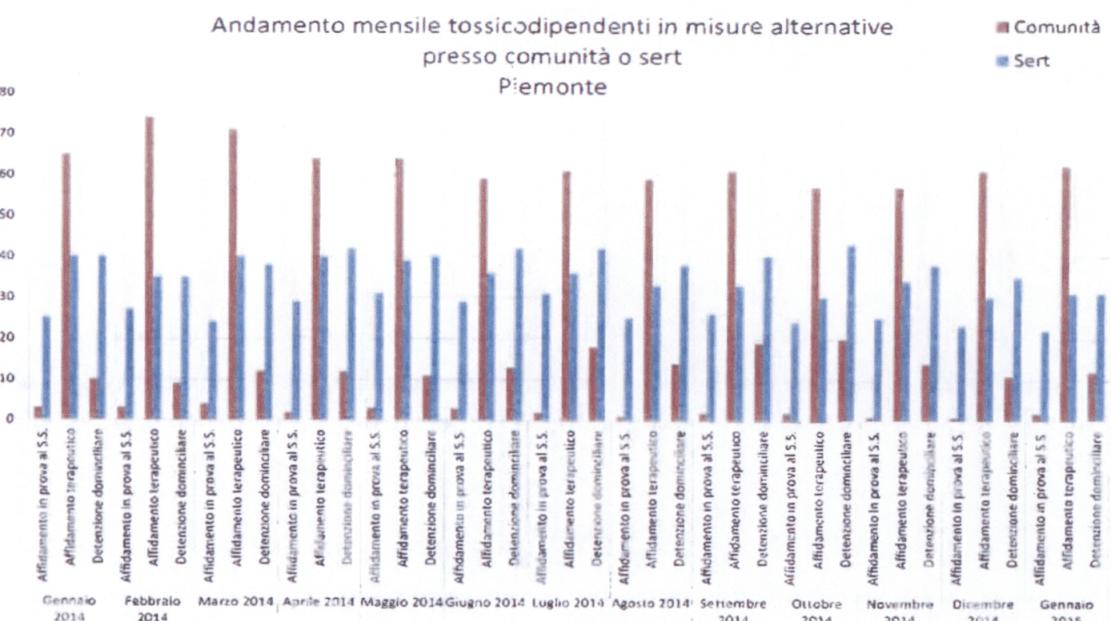


Figura 26.



Parte III Interventi sanitari e sociali  
Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

§ 21

Figura 27.

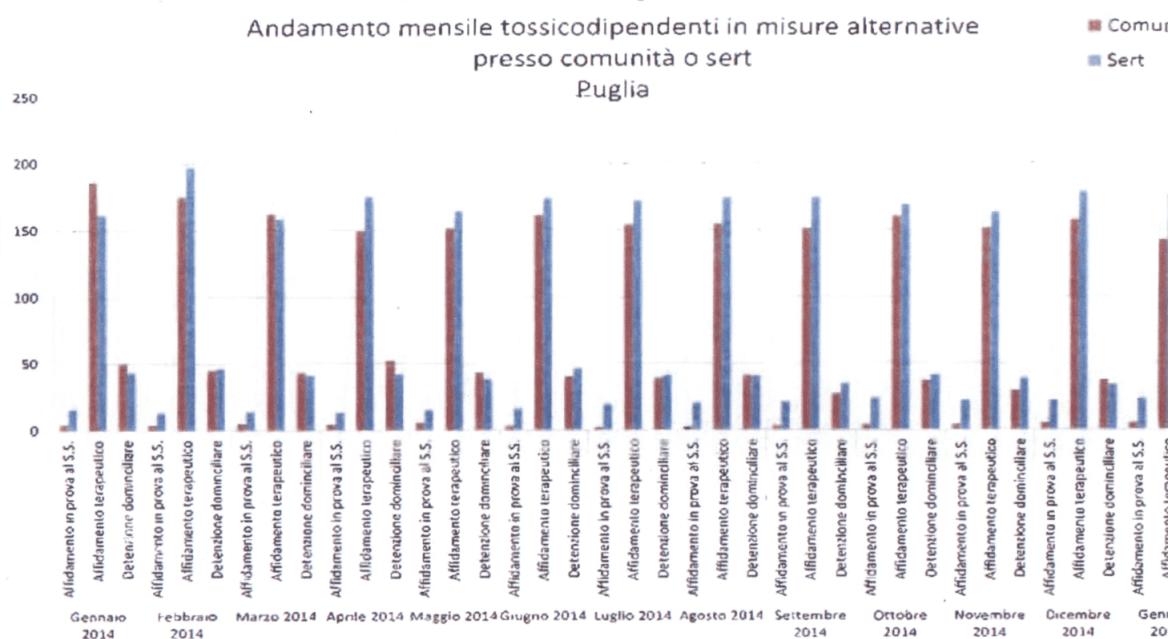
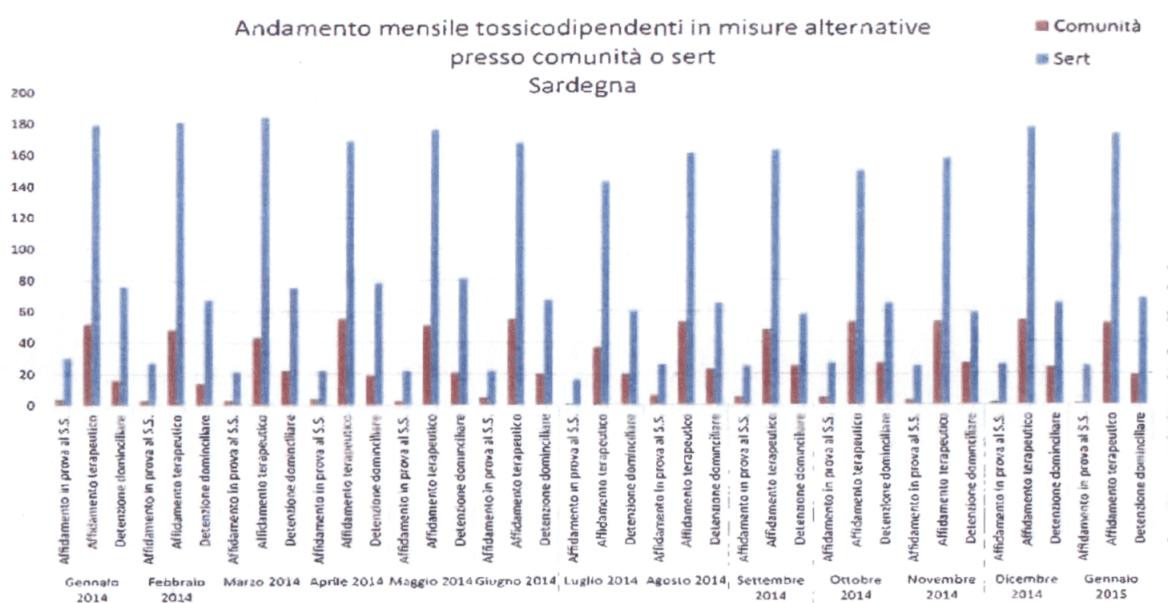


Figura 28.



Relazione Annuale al Parlamento 2015

422

Figura 29.

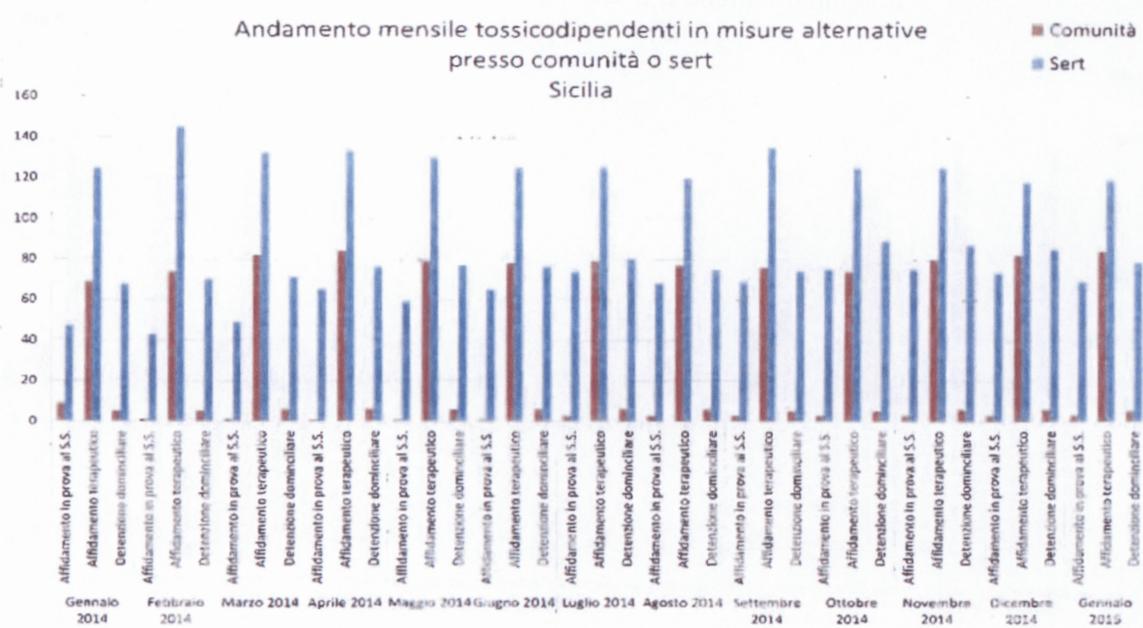
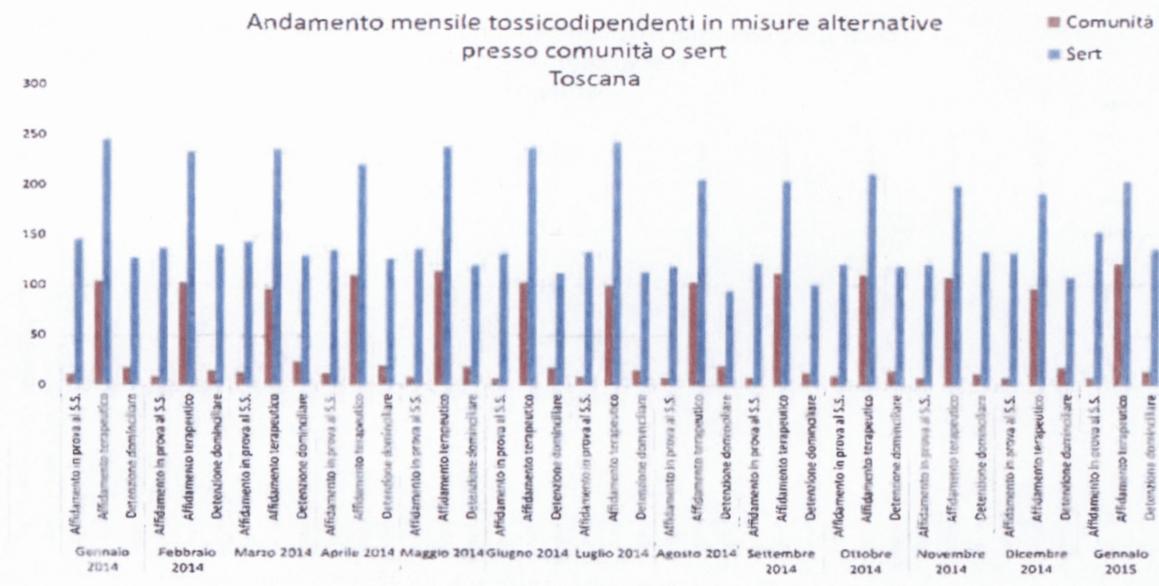


Figura 30.



Parte III Interventi sanitari e sociali  
 Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

423

Figura 31.

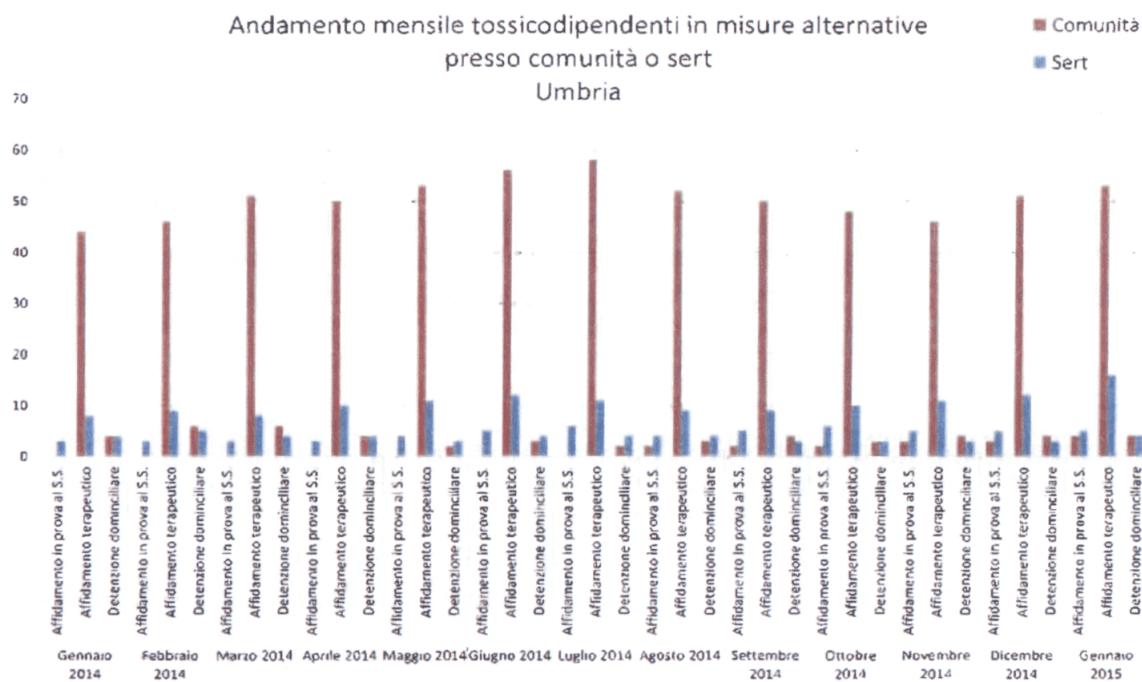
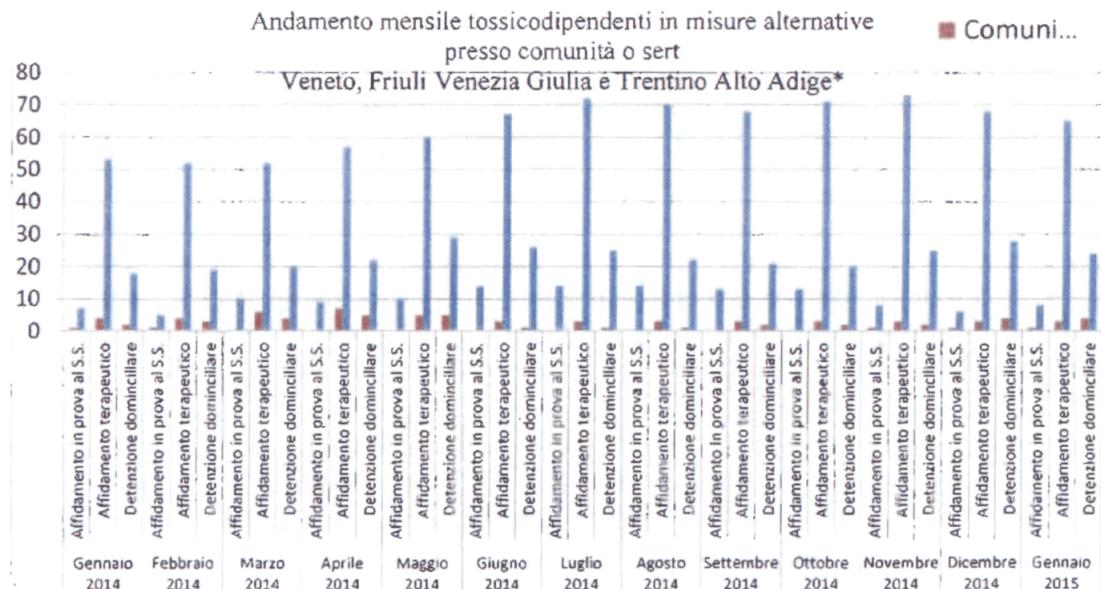


Figura 32.



\*Si precisa che i dati rappresentati sono parziali in quanto pervenuti soltanto agli Uffici Locali di Esecuzione penale esterna di Bolzano, Trieste e Udine.

### 1.6.1 Clinica delle dipendenze e Misure Alternative alla detenzione

In Italia, il tema del carcere, della giustizia penale, delle misure alternative e della lotta al traffico degli stupefacenti, resta un tema di critica attualità, anche per i frequenti richiami da parte delle Autorità Europee sul rispetto di alcuni standards che il nostro Paese si sta avviando ad attuare con efficacia crescente. Il contrasto al sovraffollamento rappresenta forse il migliore risultato ottenuto: da 67.961 presenze al 31 dicembre 2010, si è passati ai 53.283 del 31 maggio 2015. Quindi, il primo passo verso quello che usualmente viene denominato come la 'riduzione del danno da carcere' da sovraffollamento, è stato quasi completato. Constatato che il numero dei presenti in carcere è la risultanza di tutti coloro che ne vengono associati e coloro che ne escono, finché il bilancio è alla pari, le cifre restano immutate numeri non cambiano. Pertanto, la proposta e la concessione di misure alternative, resta uno degli elementi strategici atti a contenere il numero delle presenze totali, naturalmente assieme alla buona efficacia dei Tribunali, delle forze di Polizia e dei servizi sanitari intra ed extracarcerari (ISTAT: I detenuti nelle carceri italiane. 19 marzo 2015).

In tema di persone consumatori di sostanze stupefacenti in condizioni di limitazioni della libertà personale sarebbe errato ridurre il problema ai soli numeri. In realtà ci si trova di fronte anche ad un rilevante problema clinico di appropriatezza dei provvedimenti alternativi: basti pensare alla dicotomia asimmetrica reato/carcerazione e malattia/terapia che pone sullo stesso piano un provvedimento terapeutico per bilanciarne un altro di tipo giudiziario, alla luce di una doppia visione trattamentale.

Il Trattamento Penitenziario (D.P.R. 29 Aprile 1976 n. 431, art. 1) è quell'attività dello Stato tesa a eseguire la pena stabilita da un Tribunale, ma anche ad avviare ed implementare la rieducazione del reo ed il ritorno nel contesto sociale di appartenenza (art.27 Cost.). Esso deve consentire al condannato l'esercizio di tutti i suoi diritti non soppressi dalla condanna (art.4, L.26.7.1975, n. 354) e deve essere confacente al rispetto della dignità umana e mai degradante o umiliante. Il garante dei diritti del detenuto è il Magistrato di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario è quindi la risultante del complesso delle regole di gestione della vita in carcere ed è applicabile a tutti detenuti, indipendentemente dalla posizione giuridica. Il 'trattamento penitenziario rieducativo', che ne è una parte, è applicabile solo ai condannati ed internati, in virtù del principio di non colpevolezza fino a condanna definitiva. Nel caso delle persone tossicodipendenti, solo quelli con condanna definitiva possono essere ammessi alle misure alternative da parte del Tribunale di Sorveglianza. Il trattamento penitenziario - come quello di tipo terapeutico - deve essere personalizzato sugli specifici bisogni del detenuto identificati nel corso della c.d. 'osservazione scientifica della personalità' realizzata da una equipe di esperti (art.13, L. 26.7.1975, n. 354) e nella quale può essere prevista la partecipazione di personale del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo schema trattamentale penitenziario si inserisce lo studio e la proposta di misure alternative alla detenzione, anche sulla base delle risultanze dell'osservazione. Esso viene espresso attraverso il 'programma trattamentale' che viene inviato al Magistrato di Sorveglianza. Le principali misure alternative che vengono prese in considerazione sono: l'affidamento in prova al servizio sociale, la semilibertà, la liberazione anticipata.

Sotto la forma di 'arresti domiciliari' le persone con problematiche di consumo di sostanze stupefacenti, possono essere ammesse in strutture di recupero con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria precedente (G.I.P.). I reati più frequentemente riscontrati nella popolazione detenuta generale, ma che si riscontrano nel gruppo dei tossicodipendenti e variamente associati tra loro,

sono: le violazioni della normativa sulle sostanze stupefacenti, i reati contro il patrimonio, contro la persona e per la legge sulle armi.

Il Trattamento Terapeutico per i consumatori di sostanze stupefacenti in carcere è il complesso di interventi di tipo socio-sanitario che vengono messi in atto per tutti coloro che ne fanno richiesta o che rispondano positivamente alle proposte dei servizi sanitari interni. Le azioni professionali del servizio sanitario coinvolgono l'area medico-farmacologica, la socio-assistenziale, la psicologica e quella della rete delle comunità terapeutiche esterne. I modelli di approccio devono essere ad alto grado di personalizzazione, non univoci ed a tale proposito si pensi ad es. alle differenze di etnia, di genere, socio-culturali e nell'ambito minorile. Oltre alla previsione di misure alternative, devono essere promosse azioni e piani terapeutici anche per tutti coloro che non hanno la possibilità di questa prospettiva e dovranno soggiornare nel contesto penitenziario fino alla fine della condanna. In questi casi dovrà essere ancor più valutato un intervento farmacologico a mantenimento o, comunque, a lunga scadenza anche in considerazione del frequente riscontro di consumi di stupefacenti illegali all'interno delle carceri. Questa pratica terapeutica riduce i comportamenti criminali e facilità la sicurezza degli istituti penitenziari. Inoltre è necessario considerare che, nel corso della valutazione del potenziale collaborativo da parte del paziente, alcuni elementi storico-anagrafici devono essere considerati quali fattori predittivi di esito del trattamento sanitario: l'alto grado di manifestazioni tossicomane precedenti, la componente comorbile psichiatrica, la presenza di coinfezioni HCV/HIV-correlate, la commissione di reati ed il numero di precedenti carcerazioni.

Quindi, di fronte ad uno stesso termine ('trattamento') che indica due processi molto differenti, seppur interconnessi, ci si trova di fronte alla necessità istituzionale di creare un solo percorso che abbia obiettivi differenziati, ma condivisi. In tal senso, come l'approccio terapeutico, anche il recupero deve avere carattere olistico, nell'ambito di un globale processo personale di riequilibrio e armonizzazione con i diversi aspetti della vita normale (personale, socio-culturale e lavorativa).

La stretta interazione tra Unità Operative di Medicina Penitenziaria dell'istituto e le Direzioni penitenziarie appare un elemento strategico determinante per un buon esito dell'azione istituzionale sanitaria e di giustizia.

#### **Indicazioni e iter per un programma terapeutico in misura alterativa**

La concessione del beneficio previsto dal c.d. 'affidamento terapeutico' (sospensione dell'esecuzione della pena detentiva e dell'affidamento in prova in casi particolari - artt. 90 e 94 del D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309 e s.m.i.) costituisce la conclusione di una serie di complesse procedure che vedono molte interfacce istituzionali e del privato sociale. Dal punto di vista clinico ed organizzativo sanitario, diversi sono gli aspetti critici che ancora non permettono sia una adeguata risposta che una successiva valutazione dei risultati ottenuti. In particolare si evidenzia:

- la carenza normativa di accertamento dello stato di tossicodipendenza finalizzata specificamente all'applicazione di misure alternative al carcere
- difficoltà nell'uniformare le procedure di presa in carico, iter diagnostico, di assessment, terapeutico e di verifica a distanza di tempo dei risultati raggiunti (variabilità regionali ed aziendali)
- l'assenza di un sistema celere ed efficace di presa in carico che permetta una rapida elaborazione di piani terapeutici alternativi (equipe di osservazione)

- non infrequente e denunciata carente di risorse economiche da parte delle Regioni/ASL
- l'esigenza di un rapporto più stretto con il Magistrato di Sorveglianza e con l'UEPE
- necessità di creare un rapporto terapeutico 'proattivo' con il paziente che faciliti la ritenzione in trattamento

Purtroppo, la frequente priorità degli obiettivi a breve scadenza da parte delle persone detenute, è sostenuta dalla impellenza di uscire comunque da una situazione detentiva utilizzando procedure prevedibili dal punto di vista legale, ma inappropriate da quello sanitario. Nei casi in cui la diagnosi è dubbia o comunque la necessaria certificazione appare non dirimente, sarà opportuno rivolgersi ad altre misure alternative, non necessariamente terapeutiche. Questa situazione appare molto frequente nelle fasi preliminari del procedimento giudiziario per le indagini preliminari e non sottoposto al vaglio del Tribunale di Sorveglianza. L'assenza di precisi criteri normativi di identificazione diagnostica delle persone tossicodipendenti motivatamente inseribili in programmi terapeutici alternativi al carcere è uno dei rischi di inappropriatezza terapeutica di questi ultimi. Una conseguenza di questa possibile inappropriatezza terapeutica è quella dell'impegno di risorse economiche che potrebbero essere utilizzate in maniera più vantaggiosa e di risorse organizzative a causa dell'elevato numero di domande improprie.

Anche l'assenza di procedure standardizzate a livello nazionale ed il rilevante numero di detenuti provenienti da regioni diverse da quella di detenzione, non facilitano una efficace raccolta dati, indispensabile per una programmazione di settore. A tale proposito è in corso di studio in Parlamento la rivisitazione dell'art. 117 - titolo V della Costituzione.

La costruzione di percorsi che tengano conto delle esigenze citate permetterebbero anche un migliore rapporto terapeutico con il paziente, il quale nella volontà di uscire al più presto dal carcere attiva può procedure improprie.

Alcuni vincoli che impone l'ordinamento Penitenziario appaiono quali concuse di ritardi di presa in carico e di provvedimenti terapeutici adeguatamente celeri, come ad es. il periodo obbligatorio di osservazione scientifica della personalità' necessario per la stesura della c.d. 'relazione di sintesi', dove viene proposta la misura alternativa al magistrato di sorveglianza.

Altre due questioni ampiamente dibattute e che incidono direttamente sulla valutazione di efficacia, sono rappresentate dalla durata della permanenza in comunità terapeutica od in affidamento ai servizi specialistici del territorio e dalle ricadute nell'uso di stupefacenti durante questa misura alternativa. Temi molto complessi e critici che meritano di essere considerati da due punti di vista: sia quello clinico che quello giudiziario. Infatti proprio su questo secondo punto che spesso viene valutata l'efficacia giudiziaria di questo tipo di trattamento.

Per ciò che attiene al primo punto, cioè alla durata di questi trattamenti, bisogna considerare che non necessariamente un programma 'tailored' per specifiche esigenze cliniche debba avere una durata che coincide con la fine della pena da espiare. Anzi, questa coincidenza potrebbe essere del tutto casuale. Pur in assenza di dati epidemiologici affidabili, alcuni rilievi osservazionali e anamnestici permettono di notare come la fine della misura alternativa (per espiazione completata ed alla stessa stregua della carcerazione) sigli usualmente anche la fine della misura terapeutica. Il trattamento sanitario deve durare abbastanza da produrre un cambiamento comportamentale stabile che assicuri le esigenze sia dell'autore del reato che dell'istituzione. Inoltre, nell'ambito di un programma terapeutico multimodale è opportuno prevedere un graduale reinserimento nelle abituali relazioni sociali, facilitando la 'ritenzione nel trattamento', intesa come la capacità e la

Parte III Interventi sanitari e sociali

## Capitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

427

volontà della persona di proseguire nel programma terapeutico. Essa dipende sia dalle caratteristiche del paziente, sia dal programma offerto e dalla relazione istaurata con il curante. La percentuale di pazienti che resta in trattamento e quella di coloro che proseguono una forma di terapia dopo la misura alternativa, sono considerate indicatori di idoneità ed efficacia terapeutica del programma proposto. Quindi, appare evidente che la durata del trattamento terapeutico ha poca relazione con quello giudiziario in misura alternativa, anche se ne costituisce parte essenziale. In ogni caso, molti dati convergono sul fatto che l'applicazione di misure terapeutiche in sostituzione del carcere (*'diversion measures'*) evidenziano più alti tassi di successo terapeutico e più bassi tassi di recidiva, rispetto alla semplice carcerazione (Reilly D, Scantleton J and Didcott P (2002). Magistrates' Early Referral into Treatment (MERIT): preliminary findings of a court diversion trial for drug offenders. Drug and Alcohol Review.21(4): 393-396).

Anche i farmaci sono una parte importante del trattamento per molti tossicodipendenti ed il loro monitoraggio permette una migliore valutazione della compliance e laddove si registri un consumo di oppiaceti è opportuno riprendere o modificare il trattamento metadonico.

Un punto molto controverso è rappresentato dalla ricaduta nell'uso di stupefacenti durante la misura. Qualora questo evento sia considerato una trasgressione grave al programma può essere revocata la misura ed il paziente torna in carcere, se invece viene valutato come evento collaterale nel corso del processo di recupero, la misura può continuare. Diversamente, se viene commesso un nuovo reato, immancabilmente la misura viene sospesa e si avvia un nuovo procedimento giudiziario. D'altronde la prevalenza del peso giudiziario rispetto a quello sanitario nelle misure alternative, appare evidente e del tutto recentemente questo concetto è stato ripreso da una recente sentenza della Corte di Cassazione (Sezione VI penale, 3 giugno 2015 n. 23726), dove nel corso di un procedimento per ingiusta detenzione era riconosciuto come tale anche i periodi trascorsi in comunità terapeutica, equiparando ai fini risarcitori, il ricovero ad una detenzione in carcere.

**La valutazione degli esiti**

Scarse e disomogenee sono le valutazioni di esito condotte sulle misure alternative e riguardano prevalentemente l'aspetto giudiziario, laddove l'esito viene considerato 'positivo' o 'negativo' e la misura efficace, a seconda se questa è stata completata o revocata (dati Ministero della Giustizia; vedi sopra). Una ulteriore variante utile per la comprensione delle attuali valutazioni penali di esito, è quella della stato giuridico del tossicodipendente e del suo curriculum criminale. Infatti, più questo è costellato di episodi delinquenziali e meno è probabile la loro concessione. Per cui i soggetti a cui viene concessa la misura risultano meno spesso coinvolti nella commissione di reati e comunque di minore entità. Inoltre, la misura non può esser concessa per più di due volte e questo rappresenta un ulteriore fattore di selezione.

Oggi, una valutazione della qualità degli interventi risulta irrinunciabile per comprendere il fenomeno, per le ricadute e per la programmazione; laddove si riscontrò inefficacia di trattamento, secondo parametri preordinati, è imperativo mettere in atto provvedimenti di modifica delle procedure di presa in carico (National Institute on Drug Abuse. Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations: A Research-Based Guide. Bethesda, MD: National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse. NIH publication No. 11-5316, revised 2012).

**Gli altri paesi. Le Drug Courts**

Molti paesi dispongono nei loro regolamenti penali e penitenziari di misure equivalenti a quelle del nostro paese, sebbene ci siano differenti contesti e regolamentazioni (Council of Europe Annual Penal Statistics. Space II. Survey 2013. Persons serving non-custodial sanctions and measures in 2013 by M.F. Aebi, J. Chopin; Alternative to imprisonment - targeting offending problem drug users in the EU, EMCDDA, Selected Issues, 2005).

Il concetto alla base di questi provvedimenti è la 'legal pressure' che si traduce nell'applicazione di provvedimenti a carattere di controllo giudiziario di vario tipo e di varia entità, diversi da paese a paese, ma tutti indirizzati ad impedire l'assunzione di stupefacenti e la commissione di reati. In Italia, la forma esercitata di pressione legale è rappresentata dalle misure di sicurezza (firma quotidiana, rientro nell'abitazione a orari precisi, divieto di frequentare alcuni soggetti, ecc.) e dalla possibilità di revoca delle misure alternative, a seguito di violazione. Negli altri paesi sono descritte anche forme di trattamenti obbligatori e coercitivi ma i lavori a disposizione descrivono risultati estremamente variabili in studi non controllati e di bassa attendibilità. In generale, si constata l'influenza di istanze politiche locali, più che analisi attendibili. Anche la semantica utilizzata indirizza verso una crescente difficoltà interpretativa delle diverse forme di trattamento giudiziario (Quasi Compulsory Measures, quasi-coerced treatment, intensive prison-based treatment, compulsory therapy, ecc.).

Tra i trattamenti descritti quali 'intensivi' è utile citare un'esperienza ancora solo americana, delle 'Drug Courts', quali agenzie giudiziarie specializzate nel trattamento dei soggetti consumatori di sostanze stupefacenti. Nate nel 1994, sono gestite da un'associazione privata no-profit (National Association of Drug Court Professionals - NADCP) composta da giudici, avvocati e sanitari associa provvedimenti specialistici di tipo giudiziario a quelli sanitarie costituita da 2.734 Drug Courts attive in tutti gli stati uniti, anche in termini di formazione professionale dov si contano numerosi professionisti formati nel settore delle dipendenze (Adult Drug Courts Practice Standards, 2013).

Una volta "preso in consegna", l'imputato/condannato viene sottoposto ad un intenso regime di trattamento, da quello per la disintossicazione a quello per la salute mentale, a continui test e misure di libertà vigilata con l'obbligo di rispettare un fitto calendario di appuntamenti davanti ad un giudice specializzato. In genere le Courts non prendono in considerazione i crimini violenti, sebbene dove ci siano delle vittime viene chiesto il loro consenso al trattamento in comunità terapeutica e il risarcimento dei danni eventuali. Una sezione particolarmente interessante, ma dotata di specificità che la rendono abbastanza differente da quella per gli adulti, è quella dedicata ai minori di anni 25: Juvenile Drug Courts (Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice. Juvenile Drug Courts: Strategies in Practice. 2003). La riproposizione di un simile modello anche nel nostro paese appare giustificato ed auspicabile anche in relazione all'entità del fenomeno che vede coinvolta una rilevante parte dei detenuti.

## 1.7 Le Comunità Terapeutiche

La quasi totalità dell'offerta è gestita da organizzazioni del Privato, attore da sempre importante nel sistema della rete dei servizi e nella costruzione dei modelli di intervento per le patologie da dipendenza.

Le Comunità Terapeutiche (di seguito CT) hanno rappresentato, a cavallo degli anni '60 e '70, la prima risposta articolata, diffusa ed efficace nei confronti dell'uso problematico, di abuso e dipendenza, soprattutto da eroina, in Italia. Le prime comunità sono nate da movimenti anche molto diversi, spesso di ispirazione cattolica, che però portavano in sé ampie componenti laiche, di impegno civile, motivazione sociale di accoglienza e aiuto concreto per contrastare un fenomeno che andava sempre più coinvolgendo decine di migliaia di giovani del nostro Paese.

Tale impegno di accoglienza, ascolto e cura diffuso sui territori (dal Ceis di Don Picchi, ai Centri della Fict, a Don Ciotti e le realtà del Cnca, Emmaus, Samman, le Comunità Incontro ed a moltissimi altri negli anni successivi) è riuscito, nel tempo, a costruire una particolare "sensibilità" sull'argomento tossicodipendenze ed un movimento di pressione culminato con l'approvazione della Legge 22 dicembre 1975, n. 675, primo atto normativo che, colmando un vuoto legislativo, ha previsto strutture ad hoc per tossicodipendenti, differenziandole dall'area esclusivamente psichiatrica nella quale fino ad allora era stata confinata istituzionalmente l'area della tossicodipendenza. Il riconoscimento normativo, unito al grande bisogno di dare risposte ad un fenomeno in enorme crescita, ha portato ad un'ampia diffusione del sistema delle Comunità (nel 1996 sono state censite ben 1.372 strutture tra diurne e residenziali, con 22.706 ospiti - dati Ufficio Documentazione Ministero degli Interni) con approcci e metodologie molto diverse: dalla Comunità di vita alle sempre più varie comunità terapeutiche (di seguito CT) che vedevano impegnate diverse figure di operatori, volontari, ex tossicodipendenti e professionalità sempre più articolate e diverse. In seguito il DPR 309 del 1990 aveva dato un primo indirizzo per la costruzione di un sistema nazionale complementare tra servizi pubblici ambulatoriali e comunità residenziali e diurne.

Un input cui ha dato indirizzo definitivo l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti", approvato il 21 gennaio 1999, con modalità e tempi di sviluppo ad oggi ancora molto diversificati nelle Regioni e PA italiane.

#### *Le Comunità, i LEA ed il sistema di accreditamento*

Come già descritto all'inizio del III° capitolo nel 2001 si giunge alla definizione dei diritti generali di assistenza con l'introduzione dei LEA, livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini che le Regioni e PA debbono assicurare. Ciò evidentemente non esclude che, utilizzando risorse proprie, le stesse Regioni e PA possano garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste, così come tra l'altro accade in alcune realtà.

L'inserimento del sistema di cura per latossicodipendenza all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza è, di fatto, sfociato anche per il privato sociale che gestisce strutture residenziali e semiresidenziali per il recupero e la riabilitazione di persone con problemi di tossicodipendenza influenzando anche il processo di autorizzazione e di accreditamento, processo avviato ormai in tutte le Regioni e PA d'Italia.

La riqualificazione delle strutture, conseguenza del processo di cui sopra, ha introdotto nuove tipologie di intervento (fino a 13/14 tipologie diverse in alcune realtà), influenzando in modo significativo l'investimento economico per quanto riguarda l'adeguamento ai nuovi standard organizzativo-strutturali.

Questo complesso processo è tutt'ora contraddistinto da differenti livelli di sviluppo tra nord, centro e sud del Paese. Una delle conseguenze di questa differenziazione è quella che ha portato a modelli

di CT difficilmente raffrontabili tra loro (ad esempio CT ispirate rigidamente a tipologie di strutture sanitarie tipo ospedali, RSA, strutture psichiatriche, ecc.) che poco rispecchiano il principale lavoro svolto nelle CT medesime, ma soprattutto appaiono poco adeguati ai diversi bisogni e stili di consumo, abuso e dipendenza.

In proposito va precisato che l'art. I del DLgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. I, DLgs 19 giugno 1999, n. 229, aggiunge all'espressione "livelli essenziali" l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese.

Da diversi atti e documenti prodotti dalle Regioni e PA, così come dai tavoli di confronto attivati dalle stesse con le organizzazioni maggiormente rappresentative (INTERCEAR, FICT e CNCA), al pari di altri ambiti sanitari o sociali, il settore delle dipendenze presenta notevoli differenze tra le varie realtà del nostro Paese in termini di organizzazione dei servizi, di modelli di accreditamento, di sistema tariffario esistente, di risorse umane ed economiche dedicate così come dell'istituzione di Tavoli di lavoro finalizzati all'integrazione/confronto tra i vari attori pubblici e privati coinvolti.

Occorre pertanto una forte sinergia tra istituzioni centrali e amministrazioni regionali al fine di garantire alle persone con problemi di dipendenza l'esigibilità della cura in tutto il territorio nazionale, così come sancito dalla Carta Costituzionale.

Le differenze di cui sopra sono state una delle cause che hanno portato a crisi significative, a volte irreversibili, costringendo diverse CT alla definitiva chiusura.

Purtuttavia, nonostante la crisi di questo periodo storico, molte CT all'interno del sistema di intervento territoriale si sono fatte spesso carico di avviare percorsi sperimentali di risposta a bisogni "nuovi", non sempre adeguatamente supportati da risorse aggiuntive dedicate o da un quadro normativo specifico (esempio Gioco d'azzardo patologico, cronicità, policonsumo, ecc.).

La confluenza del Fondo Nazionale per le Tossicodipendenze (ex legge 45/99) nel fondo indistinto per le Politiche Sociali ha privato il settore di un finanziamento specifico indispensabile, con il conseguente e progressivo abbandono delle politiche territoriali di prevenzione e dell'inserimento lavorativo, ambiti considerati di primaria importanza per il contrasto alle forme di dipendenza.

L'incidenza sempre più alta della cronicità e la recente previsione dell'inserimento nei LEA del gioco d'azzardo patologico, così come le questioni legate alle tematiche carcerarie e la gestione delle "nuove" domande (internet, social network, sesso, disturbi alimentari, ecc.), sono tutti aspetti che rendono ancora più complessa e cogente la gestione della problematica delle dipendenze e ribadisce la necessità di intervenire con forza e con risorse certe e appropriate per rispondere in modo efficace all'ampiezza e gravosità dei bisogni.

Il percorso di specializzazione delle strutture, conseguente ai processi di autorizzazione e accreditamento non è sempre coinciso con un adeguamento del target di utenza inviato dai servizi pubblici nelle CT. In molti territori le stesse sembrano utilizzate, seppure con alcune importanti eccezioni, come luogo di accoglienza e contenimento sociale più che luogo di cura. In questi ultimi anni abbiamo infatti rilevato che l'utenza accolta nelle strutture residenziali appartenga a un target di soggetti sempre più compromesso e complesso, sia nelle funzioni organiche che psichiche, in età avanzata e con gravi disturbi o patologie psichiatriche, con annesse ulteriori problematicità di tipo sociale e lavorativo che poco hanno a che fare con la dipendenza patologica originaria ma da questa traggono origine per innescare quei rischi di emarginazione ed esclusione sociale connesse ad un poliabuso (alcool, psicofarmaci, eroina, cocaina ecc) ormai strutturato. Tali criticità ci sembrano spesso determinate da uno stato di carenza di investimenti di risorse professionali ed economiche

Parte III Interventi sanitari e socialiCapitolo I Rete dei Servizi e modelli di funzionamento

431

sul territorio, probabilmente determinati dalla carentza di "Politiche" sanitarie e sociali territoriali. Questo deficit potrebbe essere una delle cause dell'aumento della complessità dei delle situazioni di cui sopra.

Le prese in carico, complesse e talvolta compromesse, ci interrogano fortemente soprattutto nel confronto col dato nazionale che indica un abbassamento statistico dell'età di primo approccio con le sostanze e dell'aumento dei fenomeni di abuso, policonsumo e dipendenza e forse della necessità di ripensare insieme al senso dei nostri percorsi terapeutici, sia in termini di priorità, di investimenti, di finalità, di obiettivi e utilità sociosanitaria.

*Il sistema delle Comunità Terapeutiche*

Le CT attualmente convenzionate e/o accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale e presenti su tutto il territorio nazionale assicurano interventi di accoglienza, di cura e riabilitazione, di service e di reinserimento ed inclusione sociale, al fine di rispondere ai bisogni sempre più diversificati espressi dalle persone con disturbo da dipendenza patologica.

Le dipendenze pertanto si evolvono e cambiano con il cambiare della società, la quale presenta costantemente bisogni emergenti, costringendo il Sistema integrato Privato e Pubblico a nuove modalità di intervento. Le CT, grazie anche alla loro prossimità alle persone ed ai territori, si sono interrogate evolvendo le proprie metodologie di intervento.

Per adattarsi sempre più ai bisogni dell'utenza e di personalizzazione del setting, il Sistema integrato di cui sopra, ha intrapreso percorsi di specializzazione e di riqualificazione, relativamente alla metodologia e agli strumenti di intervento, alla formazione delle équipe sempre più fondata su un approccio multi professionale.

In particolare l'evoluzione del sistema ha portato a:

- percorsi brevi e sempre più adeguati ai bisogni diversificati;
- una sempre maggiore personalizzazione delle risposte cliniche e terapeutiche;
- interventi strutturati per minori e giovani adulti ;
- interventi strutturati per persone a bassa evolutività ed a forte rischio di cronicizzazione dei loro percorsi di dipendenza;
- strutture specialistiche per coppie, mamme e bambini;
- percorsi per il GAP;
- strutture a bassa soglia di accesso e di prima accoglienza;
- interventi strutturati per il reinserimento lavorativo ed il tutoring sociale;
- strutture specialistiche per la doppia diagnosi, l'alcoldipendenza, per policonsumatori e cocainomani ecc.

*Il rapporto pubblico/privato sociale*

La responsabilità dei servizi per le dipendenze dipende senza dubbio dal Servizio Sanitario Nazionale, ed in tal senso si può dire che il sistema per la cura delle dipendenze patologiche rispetta il principio della responsabilità pubblica. Occorre però considerare che per quanto formalmente tale principio possa essere enunciato, i diritti per l'utente che ne conseguono non appaiono ad oggi pienamente esigibili.

Come è noto la responsabilità pubblica della tutela della salute è un principio che risponde ad una ratio ben precisa: il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione a questo insieme di diritti – quello inerente l'accesso alle prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione – attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private.

Appare indubbio che nel campo della cura delle dipendenze le Regioni e PA siano di fatto sempre più chiamate a rispondere a bisogni diversificati, complessi e profondamente radicati nei nostri stili di vita, mettendo a dura prova un sistema di offerte chiamato ad erogare prestazioni sanitarie appropriate, nel rispetto di limiti di Bilancio invalicabili.

Tali contraddizioni sono ancor più palese in alcune zone del paese, malgrado il forte investimento e sforzo delle realtà territoriali e degli stessi operatori.

A tutto ciò occorre altresì aggiungere che, nel rispetto del diritto di libera scelta del cittadino utente, i servizi di cura possono e debbono essere selezionati dai soggetti che ne hanno bisogno, ma non può avvenire il contrario. I servizi, pubblici e privati, non possono adottare politiche di “selezione dei rischi” (c.d. cream skipping), “scegliendo” l’utenza sulla base del costo minore, in termini di difficoltà terapeutiche e complessità di intervento.

Dalle considerazioni svolte appare chiaro che se il SSN è nato per assicurare un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell’impiego delle risorse; nel campo delle dipendenze patologiche tale sistema è messo in crisi da elementi strutturali di carattere economico e di politica sanitaria.

Nel rapporto tra servizi pubblici e privati si avvertono però evoluzioni importanti in questi ultimi anni, grazie al lavoro svolto insieme con le Regioni e PA, dalle varie rappresentanze regionali delle CT (coordinamenti regionali) e degli operatori pubblici, con la costruzione di percorsi di integrazione pubblico/privato relativamente alla governance e al confronto clinico/metodologico.

Metodologie, identità e modelli di comunità anche molto diverse che hanno accettato di lavorare al fianco del servizio pubblico per fornire risposte più adeguate ai bisogni sempre più complessi dell’utenza. Sicuramente sarà ancor più necessario cercare di garantire la pari dignità ai servizi pubblici e privati dando a questi ultimo maggiore responsabilità partecipativa all’interno degli organismi di programmazione pubblica. Storicamente è proprio da tali confronti che sono nati innovativi modelli integrati di cura, che rappresentano oggi altrettante eccellenze nel panorama nazionale.

#### *Le Comunità e le azioni territoriali di prevenzione e reinserimento socio-lavorativo*

La risposta ai nuovi bisogni e la lettura del fenomeno ha portato a modificare il modello di intervento anche rispetto alle azioni svolte sul territorio dalle CT per quanto riguarda i modelli e gli approcci negli ambiti della prevenzione e del reinserimento lavorativo, ambiti concordati e promossi in sinergia con gli enti territoriali competenti.

Tali azioni però sono state ultimamente realizzate in carenza di adeguati investimenti (supporto normativo, di programmazione politica e di budget dedicati). La prevenzione è l’area tra le più penalizzate a causa delle trasformazioni normative (l’entrata in vigore della legge 328/00 ha di fatto decretato la “scomparsa” del fondo specifico per le tossicodipendenze, confluendo in quello più ampio delle Politiche sociali, così come la conseguente revisione del Titolo V° della Costituzione del 2001) avvenute dall’anno 2000 in avanti. Nonostante queste significative carenze strutturali