

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dipartimento per gli affari sociali

**CONSULTA NAZIONALE DEGLI ESPERTI E DEGLI
OPERATORI DELLE TOSSICODIPENDENZE**

**Proposte per un programma
organico di azioni ed interventi per
il contrasto al consumo e all'abuso
di sostanze stupefacenti e
psicotrope**

**(Documento predisposto dalle sessioni di lavoro
della Consulta)**

Luglio 2000

Premessa

Con l'entrata in vigore della legge 18 febbraio 1999, n. 45, che ha parzialmente modificato il Testo Unico sulle tossicodipendenze del 1990, il nostro Paese dispone di un compiuto *corpus* normativo e di adeguate e certe risorse finanziarie per organizzare e realizzare programmi organici di prevenzione, recupero, reinserimento lavorativo e sociale delle persone con problemi di consumo e abuso di sostanze psicotrope e stupefacenti, nonché per attivare azioni efficaci di lotta alla produzione, al traffico ed allo spaccio.

E' stato decentrato a livello regionale il 75% delle risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga da utilizzare per finanziare progetti di prevenzione, recupero e reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti, presentati da Enti locali, ASL e Organizzazioni del privato sociale. Alle Amministrazioni dello Stato compete l'utilizzazione del restante 25% del Fondo per realizzare progetti sperimentali di prevenzione, di formazione del personale, di educazione alla salute e per sviluppare iniziative di informazione e di sensibilizzazione.

Sono state rafforzate e razionalizzate le attribuzioni delle strutture pubbliche centrali di coordinamento e di monitoraggio del fenomeno.

Si sono determinate le condizioni per la progressiva riqualificazione dei servizi pubblici e del privato sociale e del relativo personale, in modo da favorire l'integrazione degli interventi.

Proposte per un programma organico di azioni ed interventi di lotta alle tossicodipendenze

Con decreto del Ministro per la solidarietà sociale in data 12 aprile 1999, in attuazione della citata legge n. 45 del 1999, è stata istituita presso il Dipartimento per gli affari sociali la Consulta degli operatori e degli esperti in materia di tossicodipendenza (composta da 70 persone), con il compito di esaminare, sia sotto il profilo scientifico che di valutazione delle esperienze acquisite, i maggiori temi e problemi sulle tossicodipendenze, anche a supporto delle decisioni del Comitato nazionale di coordinamento dell'azione antidroga.

La Consulta ha articolato i propri lavori nelle seguenti sessioni:

- Le politiche di prevenzione
- I nuovi fenomeni, le "nuove droghe" e la riorganizzazione dell'intervento
- I soggetti marginali, le marginalità più dure, le strategie di riduzione del danno

- Tossicodipendenza femminile e maternità
- Inserimento lavorativo e sociale
- La rete integrata di servizi
- Valutazione dell'efficacia degli interventi

Al termine di un lungo, complesso, serrato, qualificato dibattito, ciascuna sessione di lavoro ha prodotto un documento di sintesi delle azioni e degli interventi ritenuti prioritari, sui quali si è detta d'accordo la "maggioranza" dei componenti. Le posizioni singole o minoritarie sono state acquisite ai verbali dei lavori.

Si riportano di seguito i contenuti dei documenti delle sessioni di lavoro della Consulta.

Le politiche di prevenzione

Questo documento, oltre che dall'esperienza dei partecipanti alla sessione di lavoro della Consulta, prende anche spunto dal *target 12* dell'OMS ispirato da principi di promozione della salute.

Esiste pieno accordo sulla necessità di avanzare proposte concrete per rinnovare le attività di prevenzione primaria e secondaria nei confronti dell'uso di droghe: le esperienze e le riflessioni sviluppate in questi ultimi anni permettono di tentare di delineare un modello di prevenzione maturo ed articolato, che si potrebbe attuare attraverso la realizzazione di un progetto a cura delle competenti Amministrazioni statali e che potrebbe poi trovare attuazione ed articolazione nelle Regioni e negli Enti locali.

Per prima cosa è necessario individuare i differenti livelli ed ambiti al cui interno si deve sviluppare *l'azione sociale definita prevenzione*.

Il primo ambito della prevenzione è quello delle azioni rivolte alla maturazione personale delle nuove generazioni, che coincide con l'educazione e la socializzazione.

Le azioni principali del primo ambito possono essere identificate nelle seguenti:

- sostegno all'incremento delle funzioni educative della scuola;
- sostegno/formazione della funzione educativa dei genitori e assistenza alle famiglie problematiche, anche mediante la creazione di una *scuola per genitori* in cui si affrontino tematiche inerenti la coppia, la comunicazione fra genitori e figli e la relazione con sé e con gli altri, al fine di facilitare le relazioni individuali, sociali e familiari;
- sostegno dell'associazionismo di tipo educativo, ludico/ricreativo, sportivo, culturale espressivo, sociale e politico;

- sostegno della partecipazione delle nuove generazioni a forme di volontariato, compatibili con la loro età, di tipo sociale, ambientale e culturale;
- sostegno alla creazione e allo sviluppo di luoghi di aggregazione giovanile nel territorio urbano
- realizzazione di progetti che:
 - siano integrati con le istituzioni, le diverse agenzie educative presenti nel territorio, il mondo del lavoro etc, in una prospettiva di lavoro di rete e di sinergie in grado di funzionare anche al termine dei progetti;
 - destinino una particolare attenzione alla prevenzione intesa come formazione dei formatori e dunque insegnanti di ogni ordine e grado scolastico; genitori, leader di gruppi e associazioni (comprese le parrocchie), nonché gestori di locali o di attività in cui siano protagonisti i giovani;
- progettazione e realizzazione di manifestazioni giovanili ad alto contenuto simbolico.

Il secondo ambito è costituito dalle azioni rivolte alla riqualificazione dei tessuti sociali urbani, in particolare modo di quelli oggetto di processi di degrado o semplicemente carenti dal punto di vista delle condizioni urbanistiche, culturali e relazionali necessarie a garantire una qualità di vita favorevole alla crescita delle nuove generazioni.

In questo ambito, le seguenti azioni possono avere una forte efficacia preventiva:

- creazione di reti per lo sviluppo di progetti di riqualificazione del territorio urbano in cui siano presenti gli enti e le agenzie che intervengono a livello urbanistico, dei servizi socio assistenziali e sanitari, educativi, ricreativi, culturali e sportivi;
- coinvolgimento della popolazione locale attraverso la creazione di gruppi volti alla promozione di "vertenze territoriali" e/o all'autorganizzazione di risposte ai problemi inerenti la qualità della vita del territorio;
- creazione di reti locali di mutuo aiuto;
- promozione di luoghi relazionali locali nella struttura urbana.

Il terzo ambito riguarda l'azione specifica di recupero delle situazioni personali e di gruppo in cui sono presenti situazioni di disagio come, ad esempio, l'insuccesso e la dispersione scolastica, la disoccupazione e l'assenza di progetti per il futuro, le forme di devianza non strutturata, il disagio psicologico, l'appartenenza a gruppi sociali informali con norme trasgressive o devianti e la presenza di famiglie carenti sul livello educativo o fortemente problematiche.

Le azioni del terzo ambito possono comprendere:

- iniziative extrascolastiche (coordinate con la scuola) di sostegno allo studio;
- sostegno dei percorsi di orientamento e ricerca del lavoro dei giovani e sviluppo delle loro competenze all'interno del mercato del lavoro;
- creazione di laboratori pre-professionali o scuole bottega che diano valore anche all'autoimprenditorialità di gruppo autogestita, funzionale alla prevenzione primaria e secondaria;
- promozione di forme di protagonismo sociale degli adolescenti-giovani e di dialogo ravvicinato con le istituzioni locali;
- sviluppo dell'educativa di strada;
- sviluppo delle forme di assistenza educativa familiare
- sviluppo di consultori per adolescenti e di centri di sostegno e cura dei disturbi psico-affettivi per adolescenti.

Il quarto ambito è costituito dalle azioni specifiche volte al cambiamento degli stili di vita degli adolescenti e giovani che usano bevande alcoliche, sostanze stupefacenti definite "leggere" e che consumano saltuariamente altre droghe all'interno di situazioni di divertimento collettivo, senza per questo sentirsi alcolisti o tossicomani.

Le azioni del quarto ambito possono essere le seguenti:

- controlli e sostegno sullo stato psicofisico dei giovani alla guida di auto e moto durante il rientro dai luoghi di divertimento, mediante un'integrazione tra forze dell'ordine e mondo sanitario;
- promozione di campagne di sensibilizzazione al valore della sobrietà e creazione di gruppi di auto-aiuto e di animazione all'interno della scuola, dei centri di aggregazione e delle associazioni, finalizzati alla crescita negli adolescenti e nei giovani di stili di vita centrati sul valore della coscienza, dell'autonomia, della responsabilità, della libertà, della solidarietà, che coinvolgano i destinatari in attività positive miranti al superamento della noia, del vuoto e tendenti a promuovere le relazioni interpersonali, le capacità progettuali e l'autostima;
- diffusione di centri diurni di intervento per consumatori saltuari di alcol e di droghe.

Il quinto ambito è quello culturale e riguarda le azioni volte ad introdurre nella vita sociale stili e modelli che rifiutano la soluzione dei problemi o la ricerca di situazioni esistenziali più

realizzanti e serene con il ricorso a sostanze esterne alla persona come il cibo, gli psicofarmaci, l'alcol, le droghe.

Le azioni di questo ambito possono essere individuate nei seguenti punti:

- sensibilizzazione dei mass-media, soprattutto della televisione e della radio, in particolare alla diffusione di comunicazioni in cui sia valorizzata positivamente la capacità delle persone di sacrificarsi, di lottare e di trasformare le esperienze di dolore e di sofferenza in atti creativi, nel perseguimento dei propri obiettivi e della propria realizzazione personale;
- diffusione di una cultura in cui al lavoro viene restituita la funzione di partecipazione alla costruzione di un mondo più evoluto e rispettoso della vita umana;
- stimolazione delle nuove generazioni alla partecipazione sociale e politica intorno ai grandi temi della pace, della giustizia, della difesa dell'ambiente, della lotta alla sofferenza etc...;
- valorizzazione culturale alla ricerca dell'interiorità, della meditazione, della riflessione, della contemplazione e del silenzio;
- sviluppo della lettura e della capacità di fruizione critica e profonda delle arti e delle forme espressive umane.

I nuovi fenomeni, le “nuove droghe” e la riorganizzazione dell' intervento

La comparsa sulla scena del consumo di nuovi comportamenti, di nuove modalità di assunzione ed il recupero di sostanze diverse dall'eroina, sostanza principale tradizionalmente presente, ha imposto un cambiamento concettuale sia nell'impostare progetti preventivi che di presa in carico. L'*universo* giovanile al quale ci si deve riferire, nell'ambito del consumo, va dall'adolescenza a giovani adulti e le sostanze maggiormente presenti sono alcol, tabacco, derivati del thc, anfetamine, mdma, cocaina, diversi allucinogeni. Altro fatto rimarchevole è la tendenza ad assunzioni plurime, senza una netta preferenza e dipendenza da una principale sostanza, con non piccoli problemi sia nell'ordine della classificazione degli effetti che dei rimedi relativi.

Il fatto che le ritualità legate all'assunzione di queste sostanze siano profondamente diverse da quelle che hanno caratterizzato l'assunzione di eroina e che manchino spesso evidenti e precoci segni di astinenza, ha portato queste categorie di assuntori a non viverli come tossicodipendenti e a disertare sistematicamente i presidi pubblici e privati esistenti, ponendo problemi ulteriori di riassetto dell'organizzazione della risposta istituzionale.

Con grande preoccupazione si deve segnalare l'aumento del consumo di cocaina e di eccitanti, che creano e creeranno non pochi né piccoli problemi di contenimento di comportamenti aggressivi, oltre ai non semplici problemi terapeutici e di gestione dei trattamenti.

La comparsa, poi, di nuove forme di comportamento ascrivibile genericamente a modalità compulsive e a forme originali di dipendenza da comportamenti, anziché da sostanze, sembra complicare ulteriormente il variegato e mutevole mondo del divertimento giovanile: si allude ai giochi d'azzardo, alle scommesse, ai comportamenti a rischio volontariamente scelti, all'abuso di INTERNET e delle sue estese possibilità di utilizzo. Questi nuovi fenomeni impongono di sviluppare anche in questo senso l'osservazione attenta e partecipata, al fine di trarre le informazioni del caso e suggerire le iniziative più appropriate per affrontare il fenomeno.

Le attività di contrasto svolte

Il Dipartimento per gli affari sociali ha da tempo prestato la dovuta attenzione al problema del consumo delle "nuove droghe" o "droghe di sintesi", il cui andamento temporale è drammaticamente crescente.

Nella seconda Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze tenutasi a Napoli nel marzo del 1997 sono emerse le seguenti proposte:

- realizzare campagne informative mirate ed articolate;
- attivare "unità mobili" per raggiungere i giovani nei luoghi di aggregazione, al fine di offrire loro informazione e assistenza;
- promuovere un "protocollo d'intesa" fra Enti locali, Aziende sanitarie, gestori dei locali da ballo;
- coinvolgere i media per mettere a punto una strategia informativa non allarmistica e sensazionalistica ma intesa all'educazione e a favorire la prevenzione;
- adeguare i servizi pubblici e privati, dotandoli delle risorse necessarie per una eventuale trasformazione organizzativa (integrata sul territorio) in grado di fornire una risposta articolata e qualificata ai "nuovi" consumatori.

Nel biennio 1998-1999 sono stati utilizzati otto miliardi di lire per realizzare una campagna informativa interamente dedicata alle nuove droghe.

Gli obiettivi generali hanno interessato due livelli di azione preventiva: prevenzione "primaria" (diffusione di informazioni scientificamente corrette e adeguate sulle varie sostanze) e prevenzione "secondaria" (diffusione di conoscenze, tra i gruppi

di consumatori occasionali, delle norme di riduzione dei rischi e delle modalità di soccorso rispetto alle eventuali emergenze).

Nel mese di ottobre 1999 sono stati assegnati al Ministero della P. I. ed al Ministero della sanità rispettivamente 47 miliardi e 8 miliardi di lire per realizzare progetti finalizzati alla prevenzione e all'informazione sulle nuove droghe nei confronti degli studenti e delle famiglie.

Sono stati distribuiti oltre sei milioni di opuscoli informativi a testate giornalistiche specializzate, a riviste, ai giovani nel corso dello svolgimento di eventi sul territorio, ai SerT e ad enti e organizzazioni varie.

La strategia comunicativa si è sviluppata tramite un messaggio generale (spot tv e radio, inserzioni su quotidiani) e un'ampia articolazione di azioni mirate sul territorio nazionale.

Nell'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni (DPCM del 10.9.1999) per la valutazione dei progetti, viene dato ampio risalto ai finanziamenti di progetti riguardanti le politiche di prevenzione e, in particolare, ai "programmi di contrasto alla diffusione delle nuove droghe", ai "programmi di riconversione delle attività terapeutiche a favore dei consumatori che presentano problemi da affrontare con tecniche diverse da quelle in uso per i consumatori di eroina", ai "programmi di formazione e di aggiornamento degli operatori sociali e sanitari finalizzati al miglioramento delle competenze anche in ordine ai nuovi bisogni degli utenti ed alle caratteristiche evolutive del fenomeno".

Con l'atto d'intesa Stato-Regioni il problema delle "nuove droghe" è inserito operativamente nella formulazione delle aree di intervento. E' infatti previsto che nell'ambito della programmazione territoriale, le Regioni possano accreditare non solo, come nel passato, i servizi residenziali e semiresidenziali, ma, per poter affrontare i bisogni dei nuovi consumatori e la tipologia delle nuove sostanze, anche i servizi di accoglienza, i servizi di tipo multidisciplinare integrato e, infine, i programmi di rete e di piano territoriale.

Nel secondo semestre del 1999 sono state organizzate (impegnando 1,5 miliardi di lire) azioni mirate di informazione e comunicazione sui pericoli derivanti dal consumo di nuove droghe, coinvolgendo nella realizzazione alcune importanti associazioni, che hanno raggiunto il "target" di riferimento direttamente sui luoghi di aggregazione giovanile, dove spesso si verifica il consumo di nuove droghe.

E' stato sottoscritto in data 7 dicembre 1999, dai Ministri per la solidarietà sociale, dell'interno e della sanità un protocollo d'intesa con il SILB (Sindacato imprenditori dei locali da ballo) per contrastare il consumo di droghe sintetiche nelle discoteche.

E' iniziata a fine giugno 2000 una nuova campagna informativa sui pericoli derivanti dal consumo di droghe, ancora prevalentemente dedicata alle nuove droghe, utilizzando messaggi e strumenti di comunicazione particolarmente adatti al *target* di riferimento. E' impegnata una spesa di dieci miliardi di lire.

Le azioni e gli interventi da realizzare con priorità

- La giovane età di inizio di queste esperienze di consumo impone un'azione di prevenzione a partire dagli anni della scuola media dell'obbligo, centrata sulla promozione della salute, in grado di focalizzare l'acquisizione di modalità di vita complesse, di aumento della conoscenza di sé, di valutazione ed individuazione del proprio stato di benessere fisico e psicologico-relazionale.
- Questa fase d'intervento deve collegarsi con la scuola, ovviamente, e con tutte le iniziative territoriali esistenti e coinvolgibili, collegandosi in modo armonico e coordinato con i disegni di legge sull'infanzia e sui giovani, tuttora all'esame del Parlamento.
- Il diffondersi di vaste categorie di consumatori, che a torto o a ragione non si considerano tossicodipendenti, che assumono sostanze diverse dall'eroina, che utilizzano sempre più eccitanti, che presentano o possono presentare sia sintomi somatici che, prevalentemente, psicologici, psichiatrici e relazionali, la giovane età di molti di questi assuntori, la difficoltà per loro di riconoscere i sintomi soprattutto sub acuti e cronici che potrebbero manifestarsi, impone una riorganizzazione dei servizi per come sono attualmente concepiti e strutturati sia per quanto concerne gli orari, la dislocazione, la presenza di diverse figure di specialisti, sia prevedendo un preciso piano interdisciplinare e una adeguata dotazione di personale formato anche su questa specificità.
- La comparsa di comportamenti inquietanti anche a prescindere dall'assunzione di sostanze che sembrano adombrare un nuovo capitolo di dipendenze impone lo sviluppo di monitoraggi adeguati del fenomeno, in modo da poter conoscere in tempo reale l'evoluzione e l'andamento e quindi poter trarre le indicazioni per adeguati interventi preventivi e di presa in carico.
- Si devono predisporre sistemi di diagnosi attente e prudenti (una parte non trascurabile di utenti è costituita da adolescenti) ed elaborare programmi terapeutici individualizzati e prese in carico rispettose dell'anonimato, che aiutino i consumatori con problemi (che possono anche non essere direttamente legati alle differenti sostanze) a riconoscere le proprie necessità e ad allearsi con gli operatori

in programmi terapeutici che tengano conto delle specifiche caratteristiche ed esigenze, ma non siano per questo meno rigorosi.

- L'esigenza di agire in modo appropriato e di entrare in relazione con questa fascia di popolazione comporta la necessità di avvalersi di operatori preparati in modo da permettere un fluido colloquio con i potenziali utenti e la presa in carico quanto più possibile precoce per tutte quelle situazioni suscettibili di diventare bisognose di intervento. Gli operatori devono essere collegati ad una rete di servizi adeguata alle caratteristiche ed alle necessità della specifica utenza. Particolarmente utile ed efficace risultano essere le iniziative volte al progressivo coinvolgimento degli educatori e delle figure che sono percepite da queste fasce giovanili come "influenti" o leader (personaggi dello spettacolo, cantanti e musicisti, atleti, ecc.).
- Con il coinvolgimento degli operatori vanno predisposte specifiche azioni per i luoghi di aggregazione (eventi musicali e sportivi in particolare), nei quali l'azione preventiva assume accanto all'ovvio significato di dissuasione dal consumo, anche quello di renderlo il più possibile esente da rischi (anche se ovviamente l'utilizzo di sostanze tossiche è per definizione rischioso).
- Un'azione particolare ed innovativa da promuovere, in relazione non solo alla novità dei fenomeni in questione ma anche alla loro mutevolezza, consiste nel fare in modo che i risultati della analisi delle sostanze in circolazione siano messi a disposizione degli operatori, permettendo così di strutturare al meglio le risposte in situazioni acute e di ottimizzare la qualità delle prese in carico terapeutiche. E' cioè necessario prevedere originali e tempestivi meccanismi di effettuazione delle analisi delle sostanze circolanti, non provenienti necessariamente e esclusivamente da materiale sequestrato, nonché la divulgazione, mediante rete informatica, dei referti che si ottengono. Tali refertazioni dovranno recare, oltre all'indicazione precisa delle sostanze e delle loro caratteristiche, anche gli effetti e i protocolli di intervento nelle differenti situazioni, o quanto meno le indicazioni terapeutiche maggiormente accreditate.
- Questo progetto deve prevedere strutture nazionali e regionali di coordinamento, permettendo da un lato omogeneità di tecniche di analisi e di risposta e dall'altro una stretta relazione con i presidi territoriali accreditati. Lo stesso *nomadismo* di molti frequentatori della notte impone il superamento di rigide attribuzioni territoriali. Il riferimento internazionale è l'*Early warning system* coordinato dall'OEDT di Lisbona con il quale rafforzare un costante interscambio dei dati.

- Questa strutturazione finalizzata alla raccolta dei dati, al monitoraggio in tempo reale di un fenomeno così mutevole e alla predisposizione di protocolli standard di intervento deve costituire, nelle articolazioni nazionale e regionali, il punto di riferimento per i *media*, aiutandoli in tal modo a leggere dati e fenomeni assolutamente complessi.
- La tossicità di una sostanza è legata al tipo di sostanza medesima, alla dose, alla vulnerabilità e reattività individuale ed alla ritualità ed al contesto di assunzione, fatti questi che non potranno certo essere affrontati e risolti in modo radicale con singoli provvedimenti. L'utilizzo di ogni sostanza anche legale, al di fuori di precise indicazioni mediche, costituisce di per sé un pericolo ancora più grande stanti i mezzi a disposizione (macchine, moto...) ed il loro uso richiama pratiche scrupolose ed attente ed impone comportamenti adeguati. Anche *normali* psicofarmaci possono essere, e spesso lo sono, incompatibili con la guida ed impongono grandi cautele nell'esporsi in situazioni potenzialmente pericolose.

Altre iniziative

- definizione di un codice di regolamentazione duttile e flessibile da proporre come punto di riferimento per le differenti organizzazioni di differenti eventi (happening musicali, spettacoli, gare sportive, discoteche e ritrovi abituali, ecc.);
- ripresa di collaborazione con figure "altre" rispetto a quelle che più tradizionalmente si occupavano di tossicodipendenza e di dialogo con il mondo della sociologia, della psicologia, delle religioni e della spiritualità in senso lato per una lettura più adeguata del fenomeno e più in generale delle caratteristiche culturali del nostro tempo, nelle quali si deve inscrivere anche questo processo;
- coinvolgimento sempre più stretto del mondo della scuola, con il quale oramai quasi tutti i servizi pubblici e privati sono abituati a collaborare, accanto al mondo dell'aggregazione sportiva;
- riferimento dell'attenzione non su un singolo evento o luogo del divertimento (come per esempio le discoteche), ma sull'intero sistema aggregativo e di gestione del tempo ricreazionale da parte del mondo giovanile.

I soggetti marginali, le marginalità più dure, le strategie di riduzione del danno.

Istituti di pena

Attualità delle proposte della "Commissione di studi sulle problematiche riguardanti il trattamento penale processuale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcolodipendenti e delle persone affette da HIV"

Le proposte della “Commissione di studi sulle problematiche riguardanti il trattamento penale processuale e penitenziario dei tossicodipendenti, degli alcolodipendenti e delle persone affette da HIV” formulate a seguito della II Conferenza Nazionale sulle tossicodipendenze permangono attuali e sempre più necessarie, a fronte di una situazione degli istituti di pena italiani la cui popolazione ha registrato nel corso del 1999 un’ulteriore impennata. Le persone tossicodipendenti in carcere ormai rappresentano stabilmente circa il 30% della popolazione detenuta, mentre l’aliquota dei detenuti per delitti connessi direttamente o indirettamente con gli stupefacenti si attesta oltre il 50%. La mancata modifica delle previsioni penali del 309/90 ha, di fatto, acuitizzato il problema.

La sessione di lavoro evidenzia l’urgenza di procedere

- alla depenalizzazione del consumo;
- alla “normalizzazione” dei livelli sanzionatori per lo spaccio di stupefacenti, adeguandoli a quelli generalmente previsti dal codice penale;
- all’ampliamento delle misure alternative alla detenzione per le persone tossicodipendenti, ridefinendone contenuti e limiti di accesso, nonché adeguando le strutture preposte all’attuazione di tali istituti.

Estensione del trattamento farmacologico e continuità terapeutica

Riguardo alla tutela delle persone tossicodipendenti in carcere, si tratta di adeguare i livelli di trattamento e prevenzione della dipendenza e delle patologie correlate (HIV e HCV soprattutto) all’obiettivo della difesa della salute dei detenuti.

Questo significa estendere l’assistenza anche farmacologica ai detenuti con complicanze mediche della tossicodipendenza e/o con sindrome astinenziale mediante trattamenti metadonici anche a mantenimento, avendo come priorità:

- le esigenze terapeutiche dei soggetti;
- il rispetto del principio della continuità terapeutica per i detenuti che già abbiano in corso un programma prima dell’ingresso in carcere;
- la necessità dell’offerta di presidi sanitari (quantomeno disinfettanti con prescrizione d’uso), diffusi in modo riservato, oltreché di una opportuna informazione per tentare di prevenire i rischi dell’uso di stupefacenti in carcere.

Protocollo d’intesa e disposizioni del D.A.P.

Si tratta di dare attuazione a quanto previsto dalle norme correlate al riordino della medicina penitenziaria ed al relativo passaggio delle competenze a carico del Servizio Sanitario

Nazionale (legge 30 novembre 1998, n. 419, decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, decreti ministeriali 20 e 21 aprile 2000):

- al protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regioni in materia di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti e alcolodipendenti coinvolti nell'area penale;
- alle disposizioni del D.A.P. di tutela della continuità trattamentale, anche farmacologica, sia al primo ingresso, sia all'atto di eventuali trasferimenti dei detenuti. E' innanzitutto necessario che leggi e disposizioni vengano conosciute anche dagli operatori perché si possa procedere all'adempimento.

Tali norme dovranno realizzare alcune condizioni operative essenziali per il raggiungimento di pari opportunità diagnostiche e terapeutiche a favore del cittadino detenuto rispetto al resto della popolazione attraverso il trasferimento dei diversi capitoli di spesa corrispondenti ai costi assegnati e sostenuti dal ministero della giustizia per la tutela della salute in carcere, il trasferimento del personale sanitario, l'acquisizione delle strutture e delle apparecchiature sanitarie da parte del SSN.

Questo passaggio dovrà necessariamente rispettare il criterio della massima celerità possibile.

Attuazione delle misure alternative

E' necessario attuare concretamente la normativa vigente (DPR n. 309 del 1990 e legge n. 354 del 1975) sulle misure alternative alla detenzione, attualmente ancora pienamente utilizzata, sia per esigenza della magistratura di sorveglianza (oggi è in aumento la detenzione domiciliare rispetto agli affidamenti in prova) sia per un non ancora concreto coinvolgimento dei SerT rispetto all'obbligo del servizio pubblico di accogliere la richiesta dell'interessato di sottoporsi al programma terapeutico (art. 89, comma 2, del DPR n. 309 del 1990).

Generalizzazione dell' "esperienza dei SerT in Tribunale"

La stretta collaborazione tra giudice penale e SerT, così come sperimentato a Milano, va estesa alle diverse realtà italiane. La presenza del SerT in tribunale con la formulazione di progetti di trattamento per imputati tossicodipendenti nella fase di convalida dell'arresto e del giudizio direttissimo può consentire di evitare la detenzione a molte persone tossicodipendenti.

Estensione degli istituti a custodia attenuata

Per ciò che attiene alla custodia attenuata, sebbene non ne sia stata dimostrata, mediante l'utilizzazione di opportuni indicatori, una reale maggiore efficacia rispetto ai programmi trattamentali convenzionali, essa è senz'altro un modello condivisibile da implementare in misura di un Istituto per Regione entro i tempi previsti dalla vigente normativa. E' da sottolineare che esiste una

rilevante differenza tra Istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti (I.C.A.T.T.) e Sezioni annesse a grandi Istituti. Nel secondo caso, qualora non vengano soddisfatti criteri logistici, ambientali e trattamentali di reale attenuazione (il che accade piuttosto raramente), l'economia del programma ne risente negativamente in quanto, attraverso dati di osservazione ed esperienza, si rileva un aumento del sospetto di consumo di stupefacenti, facilitato dalla concentrazione di individui con la stessa problematica. E' urgente realizzare un regolamento condiviso per la custodia attenuata. E' auspicabile che i SerT sul cui territorio è presente un istituto a custodia attenuata attivino una fase di confronto finalizzata alla predisposizione di un regolamento di gestione clinico-terapeutica di tali strutture, sentiti gli organi dirigenziali degli istituti stessi.

Il rispetto della privacy in ambito penitenziario

Si ritengono necessarie chiare indicazioni per quanto riguarda l'accessibilità, la conservazione e la gestione complessiva dei dati clinici personali del detenuto.

Dovendo contestualizzare e armonizzare le disposizioni della legge sulla privacy con quanto previsto dalla legge penitenziaria e il DPR n. 309 del 1990, è necessario che i direttori degli istituti e gli operatori dei SerT nel carcere dispongano di chiare direttive da parte delle Amministrazioni interessate (Giustizia e Sanità).

Un unico albo di comunità terapeutiche senza differenziazione dello stato giuridico del reo

Appare sempre più discutibile tenere in vita una doppia forma di accreditamento, con riferimento all'albo delle comunità terapeutiche gestite dal Ministero della Giustizia, che non è del tutto sovrapponibile a quello delle Regioni e addirittura con tariffe differenti. Tale situazione continua ad ingenerare estrema confusione amministrativa per l'attribuzione delle spese di ricovero che sono funzione variabile, a seconda dello stato giuridico del paziente (detenzione domiciliare o arresti domiciliari, pena definitiva o meno e passaggi dall'una all'altra situazione in rapporto al giudizio su diversi reati, ecc) e tende a disincentivare la stessa disponibilità di accoglienza da parte delle comunità terapeutiche.

Metodologia di raccolta dei dati

Viene posta la questione della raccolta dei dati epidemiologici e statistici relativi alla salute in carcere (tossicodipendenze, alcoologia, AIDS e sindromi correlate, ecc.), in quanto le attuali informazioni, raccolte dal Ministero della Giustizia, sono suscettibili di profondo miglioramento metodologico. L'area di osservazione, in tal caso, potrebbe più esplicitamente riferirsi a momenti successivi di osservazione e studio da parte degli organi tecnici del Ministero della Sanità (Istituto Superiore di Sanità –

Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica). Del pari, la problematica relativa all'AIDS potrebbe essere gestita presso i competenti organi della medesima struttura (Laboratorio di Virologia, COA...). E' inoltre opportuno rideterminare la dizione "tossicodipendenze" con quella di "persona tossicodipendente", anche al fine di non ridurne la complessa problematica.

Una buona metodologia di raccolta dei dati deve necessariamente supportare una circostanziata e corretta diagnosi ed, a questo proposito, è necessario rivedere completamente i criteri e i percorsi diagnostici adottati sinora dal D.A.P., in quanto suscettibili di una migliore standardizzazione.

Le persone senza fissa dimora (SFD)

Senza fissa dimora e diritti di cittadinanza

Si evidenzia l'omissione di interventi, da parte della stragrande maggioranza dei Comuni e delle ASL, rispetto alle persone S.F.D., la cui situazione si aggrava quando tossicodipendenti. In mancanza di residenza e/o di iscrizione anagrafica viene precluso l'accesso ai diritti di cittadinanza: non si rende possibile l'"iscrizione" al SerT territoriale e di conseguenza non si può usufruire degli interventi di cura e di tutela della salute; non è ottenibile la titolarità al godimento dei diritti di protezione sociale, impedendo qualsiasi beneficio assistenziale da parte del Comune.

Gli strumenti di legge disattesi

Le amministrazioni comunali hanno a disposizione gli strumenti legislativi:

1. la legge n. 1228 del 1954 "Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente";
2. Il regolamento anagrafi della popolazione residente;
3. la circolare "Brancaccio" emanata dal Ministero dell'Interno nel 1996, che consente di eliminare il "blocco 45" ovvero il blocco anagrafico per i S.F.D. e mancanti di attività lavorativa.

Infatti, per domicilio si intende il luogo ove abitualmente si instaura la maggioranza dei rapporti sociali per la vita quotidiana.

Nelle note illustrative della citata legge e del regolamento anagrafico, edite dall'Istituto centrale di statistica (Anagrafe della popolazione –ISTAT– metodi e norme –serie B, n.29 Ed. 1992) si suggerisce l'istituzione in ogni Comune:

- di una sessione speciale "non territoriale" nella quale sono elencati e censiti come residenti tutti i senza tetto
- nell' anagrafe, di una via territorialmente non esistente ma conosciuta con un nome convenzionale che si ritiene possa

essere “Via della casa comunale”, nella quale vengono inseriti al n.1 sia i senza tetto sia i senza fissa dimora che eleggono domicilio al solo fine dell’iscrizione anagrafica.

Per un’azione di contrasto efficace

E’ urgente disporre chiare linee guida applicative che permettano agli operatori dei SerT e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali il riconoscimento e la tutela dei diritti di cittadinanza, attraverso una strategia da proporre a livello nazionale.

Tale strategia di contrasto all’esclusione sociale dei soggetti tossicodipendenti e senza fissa dimora potrebbe prevedere:

1. una circolare del Ministro per la solidarietà sociale di concerto con il Ministro dell’Interno (tramite le Prefetture competenti per la vigilanza delle anagrafi) per l’applicazione della citata legge;
2. la valorizzazione delle esperienze di integrazione di alcune città del territorio nazionale, attraverso l’organizzazione di un seminario di studio nazionale ed il coinvolgimento dei mass media;
3. interventi formativi a livello regionale tra operatori dei SerT, degli Enti Locali e del privato sociale che si occupano degli interventi socio-assistenziali, per la necessità di predisporre protocolli di intervento specifici per soggetti tossicodipendenti e senza fissa dimora.

Assistenza socio-sanitaria alle persone straniere senza permesso di soggiorno, tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Diritto alla salute ed esperienze di sanità pubblica

L’accesso ai trattamenti (SerT e privato sociale) è di vitale importanza, non solo per lo stato di salute delle persone interessate, ma anche per le evidenti ricadute sulla sanità e l’ordine pubblico. Il decreto legislativo n. 296 del 29 luglio 1998 prevede, nell’articolo relativo all’assistenza sanitaria per gli stranieri non in regola con le norme relative all’ingresso e soggiorno, “le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per le malattie e infortuni...”. Si ritiene, inoltre, di particolare attenzione “la tutela sociale della gravidanza e della maternità, la tutela della salute del minore, la profilassi, la diagnosi e la cura della malattie infettive...”.

Si precisa al comma 5 del citato articolo che l’accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun atto di segnalazione all’autorità, salvi i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Il

regolamento attuativo della legge prevede all'art. 45, per coloro che non sono in regola col permesso di soggiorno, che "la prescrizione e la registrazione vengono effettuate utilizzando un codice identificativo regionale a sigla STP (straniero temporaneamente presente) con codice ISTAT relativo alla struttura sanitaria pubblica che lo rilascia e con un numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Il codice viene riconosciuto su tutto il territorio nazionale, utilizzabile per la prescrizione di farmaci erogabili. La copertura delle spese per le ASL è garantita da apposito fondo.

Prerequisiti per rendere applicativa la normativa

A seguito della entrata in vigore della citata normativa, è indispensabile che:

1. le Regioni autorizzino le ASL al trattamento della dipendenza e dell'abuso di sostanze stupefacenti per le persone immigrate senza permesso di soggiorno.
2. Individuino inizialmente almeno un SerT all'interno di ogni ASL che provveda ai servizi necessari per l'utenza. Si ritiene utile la presenza di mediatori culturali.
3. Predispongano una quota, all'interno dei fondi devoluti al rimpatrio di persone extracomunitarie in regola con il permesso di soggiorno, destinata all'eventuale rientro nel Paese di provenienza delle persone extracomunitarie irregolari che hanno finito un trattamento per l'abuso e la dipendenza da sostanze stupefacenti.

Implementazione delle funzioni dei servizi

Una rete integrata per l'emergenza

La persistente affluenza ai servizi di persone eroinodipendenti, la gravità delle diagnosi per l'innesto di malattie infettive, l'aggravamento delle problematiche psichiatriche correlate ad anni di emarginazione, il diffondersi del consumo delle droghe di prestazione e il progressivo affacciarsi di una nuova utenza impongono ai servizi per le tossicodipendenze, pubblici e del privato sociale, integrati in dipartimento, una disponibilità più ampia per il trattamento nel corso delle 24 ore e nell'arco della settimana.

Il pronto soccorso negli ospedali risponde oggi essenzialmente all'emergenza overdose. Si tratta di integrare e di affiancare altri supporti in modo da evitare vuoti di intervento e di risposte, soprattutto nelle aree delle grandi concentrazioni metropolitane.

Crisi psichiche, sindromi astinenziali, bisogni assistenziali primari possono trovare risposta in una rete di servizi (unità di strada, centri crisi a valenza sanitaria, centri di pronta accoglienza...) in

grado di integrare le funzioni essenziali esercitate dai pronto soccorso.

E' necessario creare una rete di servizi pubblici e privati per interventi adeguati sui molti aspetti che il pronto soccorso e la Guardia medica non riescono di norma ad affrontare. Una rete che possa contare su interventi sanitari anche specifici (tramite reperibilità) e che contenga al suo interno interventi assistenziali di riduzione del danno.

Ad iniziare dai conglomerati metropolitani, in virtù delle caratteristiche di ciascun territorio, si tratta di arrivare a realizzare un sistema integrato per le città capoluogo di provincia particolarmente problematiche sotto il profilo della sicurezza e della sanità pubblica.

Convenzioni con i medici di medicina generale (MGM) e gli ambulatori distrettuali

Alcune esperienze in Italia (Trieste in particolare) dimostrano come sia possibile, tramite opportune incentivazioni o convenzioni, arrivare alla presa in carico dei pazienti tossicodipendenti, anche in quanto mutuati, nell'ambulatorio dei medici di medicina generale, in aderenza a protocolli che disciplinino le modalità del trattamento, necessari percorsi formativi e disponibilità di consulenza da parte dei SerT.

La presa in carico dei pazienti tossicodipendenti può avvenire anche negli ambulatori distrettuali gestiti dai MMG in associazione tra loro, sempre sulla base di incentivi e di apposite convenzioni stipulate tra ASL ed associazioni di categoria, compresa la professione infermieristica.

Con tale approccio si evidenziano tre ordini di benefici:

- implementazione del sistema di assistenza sanitaria con la moltiplicazione degli attori degli interventi a relativo basso costo;
- facilitazione dei percorsi personalizzati della presa in carico da parte dei medici mutualisti;
- decentramento dei luoghi di somministrazione del farmaco sostitutivo, con riduzione degli assembramenti delle persone tossicodipendenti determinati spesso da un unico luogo deputato alla cura sanitaria.

“Scienza e coscienza” del medico e osservanza della legge nell'affidamento del farmaco sostitutivo

Le disposizioni della circolare del Ministero della Sanità n. 20 del 30 settembre 1999 per gli affidamenti del farmaco alla persona tossicodipendente in trattamento confligge spesso con l'obiettivo del reinserimento sociale del paziente, interferendo

negativamente soprattutto dove il luogo della somministrazione non è agilmente raggiungibile.

In tali situazioni viene alterata la gestione della vita quotidiana e talvolta le persone in cura sono costrette a scegliere tra la continuazione del trattamento e l'attività lavorativa. Per questi e per altri casi, le modalità della cura medica impediscono di trarre pienamente beneficio dagli effetti della stessa.

Poiché le modalità della cura sono parte dell'atto terapeutico, il limite dell'affidamento del farmaco non può essere stabilito "in generale" prescindendo dalla necessità di individualizzare dei trattamenti. L'affidamento, come ogni altro atto interno al percorso riabilitativo, fa capo ad un rapporto terapeutico individuale e laddove non sussista e non vengano verificate azioni ostative, non deve essere escluso, soprattutto là dove l'organizzazione dei servizi non consente di evitare evidenti disagi dei pazienti.

Tale discrezionalità è consentita nel rispetto della normativa vigente (DPR 309/90, art. 33, comma 23).

Acquisizioni di conoscenze scientifiche rispetto a modalità di trattamento esperite in altri Paesi.

Tra gli interventi di riduzione del danno, in altri paesi dell'Unione Europea e nel contesto internazionale, vengono condotte politiche di sperimentazione di somministrazione controllata di eroina rispetto a un'utenza selezionata e in trattamento presso i presidi pubblici. Si ritiene doverosa responsabilità del Governo, tramite appositi organi del Ministero della Sanità, acquisire la documentazione relativa e valutare i risultati raggiunti in relazione ai modelli scientifici di riferimento, in modo da poter mettere a disposizione, anche della Consulta, utili strumenti di lavoro.

Tossicodipendenza femminile e maternità

Anche nel nostro Paese le dipendenze patologiche da sostanze costituiscono un fenomeno preoccupante nella popolazione femminile. L'incremento, verificatosi negli ultimi anni, del numero di donne che abusano di sostanze, ha comportato la nascita di una problematica particolarmente delicata quale quella della maternità in condizione di rischio, problematica aggravata dall'emergenza del fenomeno AIDS.

Il problema ha suscitato in altri Paesi notevole interesse; in Italia, invece, risulta ancora relativamente scarsa la riflessione su questo tema, anche per la mancanza di dati attendibili e confrontabili con il fenomeno della tossicodipendenza e dell'alcolismo nel suo complesso.

In Italia le donne rappresentano circa il 14% della popolazione di tossicodipendenti e circa un terzo ha figli minori; esistono

naturalmente situazioni molto eterogenee tra regione e regione e all'interno della stessa regione il fenomeno riveste caratteristiche diversificate. Il flusso dei dati epidemiologici rilevati dai Ministeri dell'Interno, della Giustizia e della Sanità non contiene elementi che riguardano la popolazione femminile e la maternità e ciò continua a rendere difficile la necessaria focalizzazione dei diversi elementi della specificità femminile.

I dati sulla dipendenza da alcool sono ancora più carenti, ma da essi emerge una presenza di donne più elevata che nella dipendenza di sostanze illegali.

La condizione di dipendenza nelle donne ha spesso un effetto più devastante che nell'uomo, per la contemporanea presenza di problematiche connesse alla prostituzione, alla violenza di rapporti e situazioni. La situazione diventa ancora più complicata in presenza di eventi collegati alla maternità nel suo complesso, perché la dipendenza può produrre una alterazione della competenza genitoriale.

In sintesi, possono così essere descritti i fenomeni attraverso cui i suddetti problemi si manifestano:

- carenza di una rilevazione puntuale rispetto al fenomeno delle nascite da donne tossicodipendenti o alcoliste;
- difficoltà generalizzata nei rapporti di rete tra i servizi pubblici o del privato sociale e le strutture sanitarie e ospedaliere che si occupano della maternità;
- difficoltà di controllo sanitario, presa in carico, riduzione del danno rispetto al figlio minore e per la programmazione di interventi preventivi di primo livello sul minore;
- assenza totale di modalità di valutazione istituzionale del *follow-up* rispetto ai figli minori ed alla genitorialità.

Le azioni di intervento da realizzare

- modifica, a cura del Ministero della sanità, delle schede di rilevazione di attività nel settore tossicodipendenze, inserendo il sottogruppo "femmine con figli", "maschi con figli";
- incremento della diffusione dell'informazione sugli effetti delle sostanze d'abuso sulla gravidanza e sul feto (tale informazione è stata finora centrata sugli effetti degli oppioidi);
- miglioramento delle strategie di offerta dei servizi che favoriscano l'accesso delle donne e lo studio e l'accoglienza delle problematiche legate alla specificità femminile;
- realizzazione di una base conoscitiva puntuale sull'entità numerica e sui diversi aspetti della maternità e genitorialità in condizione di tossicodipendenza;
- analisi del fabbisogno di servizi;

- avvio di un sistema di monitoraggio delle situazioni problematiche o a rischio per la salute dei minori;
- istituzione di un “registro” sulle risorse formali e informali presenti nel nostro Paese;
- promozione e sperimentazione di un modello operativo di rete di facile accessibilità, volto alla tutela della salute del minore e della famiglia, in grado di intervenire in modo coordinato sin dal momento in cui si manifesta la gravidanza;
- realizzazione di una pagina sul sito WEB del Dipartimento degli affari sociali che contenga informazioni utili e link con siti internazionale che si occupano del tema specifico.

Inserimento lavorativo e sociale

La sessione ha individuato diversi obiettivi specifici raggiungibili in tempi differenziati. Si presentano di seguito gli obiettivi condivisi unanimemente.

A breve termine:

- le Regioni, in materia di politiche attive del lavoro, devono emanare provvedimenti finalizzati ad impegnare gli Enti Pubblici a riservare, in occasione di forniture e servizi da assegnare ad imprese esterne, quote percentuali dell'intero volume a Cooperative Sociali od Imprese in genere che dimostrino di impiegare nell'ambito delle attività oggetto dell'assegnazione almeno il 30% di personale appartenente alle categorie di cui all'art.4 della Legge n.381 del 1991;
- da parte dei Centri per l'impiego deve essere riconosciuto alle persone dipendenti da sostanze di abuso che si siano sottoposte ad un trattamento riabilitativo presso i SerT. o gli Enti regolarmente iscritti agli appositi Albi regionali, lo stato di disoccupazione con relativa iscrizione nelle liste di collocamento a partire dalla data di inizio del percorso, ancorché sprovvisti di precedente registrazione.

A tal fine farà fede apposita dichiarazione rilasciata nella forma di atto notorio da parte del legale rappresentante dell'Ente presso cui si è svolto il trattamento riabilitativo;

- è necessario assumere una iniziativa nazionale o iniziative regionali per una campagna mirata ed articolata di informazione e sensibilizzazione sulla molteplicità di strumenti che favoriscono il mantenimento e l'inserimento nel mondo del lavoro delle persone tossicodipendenti, per colmare la carente informazione da parte degli attori coinvolti a diverso titolo (tirocini, borse ed apprendistato).

A medio termine:

- nei processi di riforma del mercato del lavoro e delle politiche attive del lavoro, segnatamente rispetto ai servizi per l'impiego, agli incentivi ed ammortizzatori sociali e al collocamento, è necessario che si tenga conto della specificità delle persone in condizioni di svantaggio e delle pari opportunità da garantire loro.

Su questo tema è necessario un raccordo stretto tra i Ministeri interessati e le parti sociali. Questo è anche l'ambito nel quale inserire in maniera coerente con le politiche generali le necessarie misure di miglior favore per le persone tossicodipendenti;

- assumere una iniziativa per includere gli ex tossicodipendenti svantaggiati (definendo la durata dello svantaggio) nelle previsioni di cui all' articolo 4 della Legge 381/91.
- Si sconta una incomunicabilità tra la "filiera" dei soggetti che si occupano degli aspetti terapeutici e gli attori del mercato del lavoro, sia istituzionali che sociali. A fronte della attribuzione alle Regioni delle competenze in materia di mercato del lavoro, si è probabilmente riequilibrato a livello regionale il campo delle competenze istituzionali, che potrebbe permettere una maggiore integrazione delle politiche sociali e del lavoro. Questa integrazione va politicamente incentivata e vanno trovate sedi stabili di concertazione con tutti gli attori interessati, primi fra tutti gli imprenditori (sub Commissioni tripartite ex decreto legislativo 469/97).

In questo senso, potrebbe essere utile aprire un confronto con le Regioni, teso a sostenere un modello operativo che veda coinvolto a livello provinciale (il livello di governo del mercato del lavoro), sia come supporto alla elaborazione di indirizzi che come predisposizione dei progetti individualizzati, un coordinamento tecnico a composizione mista.

- Dagli elementi, non organici, di valutazione attualmente a disposizione, si evince che vi è una forte debolezza della capacità progettuale sul tema in oggetto. Già attraverso l'atto di indirizzo si è tentato di dare alcune prime indicazioni che dovrebbero favorire una migliore qualità. Ma manca un sistema di supporto alla progettazione, che a livello nazionale dovrebbe almeno permettere una socializzazione delle esperienze, una valutazione dei punti di forza, un finanziamento dei progetti più innovativi. Per favorire questa evoluzione è indispensabile che lo strumento dei finanziamenti di pertinenza del Ministero del Lavoro sia orientato verso questo obiettivo.

Per il futuro:

- si dovrebbero predisporre linee guida per stimolare ed indirizzare le Regioni, le ASL e gli Enti Locali nell'applicazione dell'atto di intesa Stato-Regioni, con particolare riferimento all'art.16, comma 5 "Programmi di formazione ed avviamento al lavoro tramite l'inserimento in attività interne delle Comunità o di realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti";
- si dovrebbe orientare una ulteriore attività nella direzione riguardante la problematica "della residenza" dei tossicodipendenti senza fissa dimora ed immigrati, rielaborando strumenti come l'istituto della convivenza o dell'antico domicilio di soccorso.

Rete integrata di servizi

La cultura e il modello degli interventi di rete

La definizione di "rete dei servizi" rimanda a significati diversi ed a prefigurazioni diversificate delle relazioni sociali, del welfare e del trattamento terapeutico-riabilitativo legato a molteplici situazioni di disagio e di malattia.

E' importante sottolineare la complessità e la variabilità dei bisogni presenti in certe forme di disagio che esigono, oltre a risposte tradizionali ed univoche, la possibilità di spostarsi su "*territori di confine*" tra le offerte di differenti servizi con un lavoro di norma integrato e multidisciplinare per superare l'autoreferenzialità di ogni singola disciplina e/o di ogni singolo servizio.

Gli interventi su queste aree di confine devono essere realizzati evitando la costruzione reiterata di nuovi servizi calibrata su singoli bisogni, ma aiutando le risorse disponibili a sviluppare *capacità di flessibilità sul piano professionale ed organizzativo e di costruzione di offerte adeguate*.

Questa ipotesi corrisponde ad un'ottica di qualificazione dei servizi non nella prospettiva di una estensione materiale, ma dello sviluppo della loro capacità progettuale, che contenga gli obiettivi di adeguatezza e congruenza ai bisogni e di economicità nell'impiego di risorse (o di un loro incremento realisticamente sostenibile).

In tal senso, la rete è un modello utile ed efficace poiché le caratteristiche di flessibilità e di dinamicità a cui si è in precedenza accennato permettono di dare innanzitutto risposte pronte a bisogni essenziali, ma nel contempo di confrontarsi con l'espressione graduale dei bisogni socio-sanitari più complessi dei soggetti nel loro contesto di vita.

A seconda delle diverse angolature di osservazione e dei contesti di applicazione, la rete dei servizi può essere considerata lo

strumento attraverso il quale si eseguono le azioni di volta in volta individuate per prevenire o curare gli stati di dipendenza da sostanze.

Sotto questo aspetto, ogni obiettivo, ogni azione beneficia di una rete congrua all'obiettivo.

Occorre perciò individuare gli attori potenziali della rete e realizzare supporti gestionali per facilitare un lavoro integrato e multidisciplinare, in modo tale da superare l'autoreferenzialità di ogni singola disciplina o servizio.

L'assunzione di questo metodo di lavoro richiede l'apprendimento a sapere progettare in comune, saper lavorare in *team* multidisciplinare ed interservizi.

Per lo sviluppo delle attività di rete è necessario sostenere processi culturali ed organizzativi che contribuiscono anche ad un accrescimento della definizione operativa e del rapporto *servizio-cliente* dei singoli servizi che costituiscono la rete .

E' necessario che i servizi dichiarino, in modo esplicito e socialmente controllabile, le regole ed i criteri del loro funzionamento (la *Carta dei Servizi*), riconoscendo i diritti degli utenti (deontologia professionale-standard di qualità); facilitando il reciproco riconoscimento e la ricerca delle collaborazioni e delle complementarità fra le varie agenzie con lo scopo di ridurre le diseconomie di scala.

Normativa sociale e sanitaria e tossicodipendenza

Il livello di progettazione e di erogazione degli interventi nel campo delle tossicodipendenze e il paradigma degli interventi si spostano sempre più dal luogo statico di riferimento (con i rischi connessi di dipendenza o cronicità degli anni 70-80).

Si spostano dal servizio verso cui affluiscono gli utenti (ambulatorio o comunità residenziale per lunghi periodi) alla rete di opportunità, a servizi integrati tra di loro, a funzioni di servizi ed operatori che individuano bisogni articolati e offrono opportunità diversificate e specifiche agli utenti che afferiscono ai servizi e che ricercano attivamente il contatto con l'utenza sommersa ed i nuovi consumatori (lavoro di strada, unità di strada, centri crisi, progetti di prevenzione, discoteche, scuole, luoghi di aggregazione o di riferimento di vecchie e nuove marginalità).

Questa diversificazione può essere schematizzata con riferimento alle tipologie dell'utenza, costituita dai tossicodipendenti in trattamento, da utenti consumatori attivi di droghe pesanti, da nuovi consumatori o da altri profili.

Di conseguenza, anche le offerte di servizi e le azioni e gli interventi ad essi connessi devono articolarsi in modo diversificato:

- *servizi di accoglimento, diagnosi e cura già esistenti* (ambulatoriali, comunità terapeutiche diurne e residenziali);
- *servizi di strada* (unità mobili, animazione, informazione, riduzione del danno);
- *strutture intermedie flessibili* (centri diurni nel territorio di vita, residenzialità brevi, centri crisi).

Appare sempre più evidente la necessità di realizzare una rete di servizi pubblici e del privato sociale distribuita sul territorio nazionale in rapporto diretto con i bisogni, adeguando gli schemi di organizzazione e di funzionamento finora basati sulle caratteristiche e sulle necessità degli utenti eroinomani, per metterli in grado di cogliere tempestivamente le modificazioni che i consumatori, i produttori e le regole di mercato impongono.

Il sistema dei servizi deve consentire di delineare percorsi integrati, sostenuti sia dai servizi pubblici che dai privati, nei quali le diverse problematiche presentate dalle singole persone siano gestite in un ambito di reale corresponsabilità, connessa cioè ai compiti ed alle specifiche funzioni effettivamente svolte.

Si ritiene che queste risposte possono essere realizzate adeguatamente attraverso l'individuazione di un "sistema misto" basato su luoghi condivisi di monitoraggio, progettazione, intervento, verifica e pianificazione a livello locale (ASL, ente locale, enti ausiliari e privato sociale) e, a livello regionale e nazionale, con funzioni, ambiti e contenuti specifici ma integrati fra loro.

Il modello del *Dipartimento per le Tossicodipendenze* è da considerarsi come dimensione organizzativa indispensabile per determinare interventi pluridisciplinari. A tal proposito, è necessario ricordare che occorrono, rispetto alle risorse professionali, ulteriori provvedimenti ministeriali in riferimento alla composizione dell'organico ed ai profili professionali dei servizi pubblici per le tossicodipendenze ed ai profili professionali degli operatori dei servizi privati, ai livelli essenziali di prestazioni che i servizi devono garantire, agli standard del Progetto Obiettivo Quadro previsto dal vigente Piano Sanitario Nazionale.

Il livello di programmazione strategica e di integrazione istituzionale

Analizzando i diversi livelli di programmazione strategica, da quello dell'ente locale a quello delle istituzioni centrali, è necessario prevedere un ruolo di rilievo dei Comuni rispetto all'integrazione con le strategie delle Aziende sanitarie locali.

Occorre una proposta articolata che supporti le azioni di collegamento e di individuazione di politiche e programmi di intervento rispetto all'ente locale, che preveda modalità per un'ottimale interazione sulle problematiche delle tossicodipendenze tra ente locale, ASL e privato sociale.

Questi modelli da definire, così come gli strumenti “*di regia*” (*accordi di programma-quadro, authority, agenzie miste*) necessitano, quindi, di indicazioni anche specifiche per le tossicodipendenze, così come, per ovvi motivi, le indicazioni specifiche devono rientrare all'interno di strategie più complessive tra ente locale ed azienda USL, previste dal decreto legislativo n. 229 del 1999 e dal Piano Sanitario Nazionale 1999-2000.

Ci si riferisce al raccordo con le politiche più generali sulle fasce deboli, sull'integrazione tra prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione della azienda USL e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria dell'ente locale previste dalla citato decreto legislativo n. 229 del 1999, *art. 3 septies*.

Allo stesso modo, gli interventi socio-sanitari devono interagire in modo più complessivo con le politiche della città per realizzare processi di inclusione sociale nell'ambito delle politiche più generali di protezione sociale attiva predisposte dall'ente locale, come previsto dal testo unificato della legge quadro in materia di assistenza varato dalla XII Commissione permanente della Camera.

Nel decreto legislativo n. 229 del 1999 vengono coerentemente demandati i passi più decisivi dell'integrazione ad atti emanati di concerto tra Comuni e Ministeri.

Si ritorna quindi alla necessità di una stretta correlazione tra leggi più generali in materia sanitaria e sociale ma anche tra queste e le legislazioni e i documenti riferiti ad altri Ministeri (Pubblica Istruzione, Ricerca ecc.)

E' necessaria pertanto l'organizzazione di un coordinamento interministeriale più forte per evitare rilevanti ritardi che rischiano di inficiare l'attuazione delle riforme.

Alle nuove indicazioni legislative corrisponde, però, un'offerta di servizi pubblici e del privato sociale (seppure con alcune eccezioni) ancora basata sui vecchi modelli.

Vi è, quindi, la necessità di strumenti normativi, culturali ed organizzativi di integrazione ai diversi livelli tra Ministeri, Regioni, Enti Locali, Aziende USL, affinché venga portata avanti gradualmente ma con decisione e coerenza l'attuazione del processo di riforma.

Individuazione di obiettivi prioritari

Livello operativo

- Ricerca di sinergie in termini di azioni e risorse tra servizi e azioni specifiche (tossicodipendenza, salute mentale, handicap) ed azioni e servizi rivolti all'esclusione sociale più generale (reinserimento lavorativo, protezione sociale, posizione reddituale).
- Realizzazione, anche nell'ambito del sistema dei servizi per le tossicodipendenze, delle indicazioni sull'integrazione socio-sanitaria previste dalla riforma sanitaria, con forte caratterizzazione distrettuale;
- Individuazione di forme di coordinamento all'interno delle Aziende USL tra i vari servizi rivolti alle fasce deboli;
- Individuazione, all'interno dell'ente locale (medi e grandi comuni innanzitutto) di uguali obiettivi e linee guida per le forme di coordinamento sulle fasce deboli;
- Progettazione condivisa.

Livello di pianificazione zonale

- Predisposizione di accordi di programma e piani zionali in grado di coinvolgere tutti gli attori;
- Determinazione di forme di coordinamento istituzionale tra servizi sanitari e sociali rispetto alle fasce deboli, anche nella prospettiva di un possibile orientamento della spesa e delle procedure di accreditamento e di vendita/acquisto dei servizi.

Livello politico-programmatico

- Realizzazione di un sistema misto pubblico/privato, al cui centro sia collocato il diritto del cittadino ad essere tutelato nello stato di salute e benessere;
- Realizzazione di progetti-obiettivo e piani a termine coerentemente costruiti sui bisogni e verificabili;
- Integrazione tra politiche sociosanitarie, percorsi di inclusione sociale e politiche di vivibilità della città;
- Piano di lavoro, nella prospettiva delle *politiche urbane regionali e nazionali, per i giovani e in stretta connessione con la legge n. 285 del 1997* e con le varie ipotesi di intervento e finanziamento sui temi legati alla cultura giovanile.
- Integrazione tra enti locali, Aziende USL e soggetti del *no profit* (authority, agenzia ad hoc, società miste, accordi-quadro di programma) che rispondano all'esigenza di nuove modalità organizzative delle risposte.
- Dotazione ai servizi pubblici e del privato sociale di ulteriori strumenti di qualità che si affianchino alle forme già

individuare: elenco dei prodotti, carta dei servizi, formazione integrata;

- Individuazione di nuovi profili professionali e di criteri organizzativi delle prestazioni più rispondenti alla metodologia degli interventi di rete ed alle caratteristiche di flessibilità organizzativa e di mobilità nel territorio.

Questo obiettivo va perseguito sia in relazione all'atto di definizione dell'organico dei Servizi che del Progetto Obiettivo Quadro, che dei decreti di attuazione dell'Area Sociosanitaria prevista dal decreto legislativo n. 229 del 1999.

- Definizione di linee guida e di strumenti idonei finalizzati a determinare un orientamento per amministratori ed operatori finalizzato ad una lettura ed un'applicazione coerenti della legislazione specifica sulle tossicodipendenze all'interno di quelle sociosanitarie più generali (Progetto Obiettivo Tossicodipendenze, decreti attuativi della legge n. 45 del 1999, decreti interministeriali attuativi del decreto legislativo n. 229 del 1999);
- L'integrazione dell'Osservatorio Permanente per la verifica dell'andamento delle tossicodipendenze istituito presso il Dipartimento per gli affari sociali, con una funzione di monitoraggio e di valutazione che determini rilevazioni periodiche:
 - dell'applicazione decentrata, da parte degli enti preposti, delle indicazioni legislative;
 - delle tendenze di espressione del fenomeno e delle risposte, a livello locale e regionale, che non si basi solo sulla registrazione dei dati sull'utenza dei servizi ma che intervisti periodicamente operatori e altri interlocutori significativi (attraverso modalità di ricerca e rilevazione attiva e qualitativa);
 - delle esperienze più coerenti ed innovative rispetto all'integrazione ed agli interventi di rete.

Valutazione dell' efficacia degli interventi

La valutazione degli interventi

La valutazione può essere una grande occasione per migliorare i programmi e le pratiche di intervento, per arricchire il bagaglio professionale degli operatori, per facilitare la riflessione sul proprio operato, per implementare gli scambi di esperienze.

Può inoltre essere uno strumento formidabile a disposizione dei "policy makers" per migliorare l'uso delle risorse impiegate.

La valutazione fa riferimento ad un insieme di pratiche scientifiche e di strumenti che costringono a declinare al plurale il termine "valutazione".

Le valutazioni devono essere in grado di porre in essere processi che si sostanziano in:

- valutazioni dei percorsi progettuali;
- valutazioni dei processi;
- valutazioni degli esiti;
- valutazioni della qualità:

Vanno riservate ai processi valutativi risorse certe all'interno dei budget destinati alle singole attività; le fonti internazionali (Conferenza CE- EMCDDA di Strasburgo 1999) indicano tra il 5% e l'8% la base delle risorse necessarie.

Occorre, inoltre, aumentare lo sforzo dei centri di ricerca in questa dimensione; così come è necessario arricchire il legame ed il confronto con le esperienze internazionali ed europee, prime fra tutte quelle offerte dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (EMCDDA). La valorizzazione e la diffusione degli studi italiani realizzati e della bibliografia internazionale esistente e disponibile è un altro elemento ritenuto indispensabile al fine di far crescere la cultura della valutazione.

E' necessario supportare la realizzazione, oltreché di studi scientifici come quelli già descritti, di almeno uno studio di livello nazionale, di tipo prospettico a lungo termine, che consenta di raccogliere le informazioni basilari su un largo numero di persone afferenti ai servizi pubblici e privati e, contemporaneamente, di realizzare studi più specifici senza sovraccaricare i centri di trattamento di raccolte multiple di dati, una possibilità potenzialmente presente rimodulando alcuni degli studi di valutazione già avviati dal Ministero della Sanità .

Un ultimo punto è quello relativo alla documentazione, elemento decisivo per il miglioramento e la crescita professionale di coloro che sono coinvolti nell'intervento preventivo e di trattamento.

Fino ad ora, questo aspetto è stato coperto da una rete di centri studi e documentazione distribuiti in maniera diseguale sul territorio nazionale e facenti capo a strutture pubbliche od a reti di privato sociale.

L'occasione più propizia viene individuata nella istituzione dell'Osservatorio per la verifica dell' andamento del fenomeno della droga.

Si individuano di seguito alcuni punti irrinunciabili di un progetto per la creazione di una Banca dati documentale nazionale:

- utilizzare la rete delle esperienze fin qui condotte tramite una politica di messa in rete e di utilizzazione delle risorse esistenti.

- Suddividere la documentazione per tipologie diverse di utenti (ad es. ricercatori, operatori, manager, studenti, media, pubblico in generale).
- Perseguire, mediante la Banca dati documentale nazionale, una politica attenta di controllo di qualità delle informazioni messe a disposizione, tramite l'individuazione di criteri rigorosi di accreditamento.
- Fornire, mediante l'Osservatorio, un accreditamento di qualità scientifica e professionale delle informazioni fornite dai media sul tema del fenomeno della droga, al fine di ridurre la diffusione di dati non coerenti o di informazioni fuorvianti.
- Sviluppare forme nuove di comunicazione, come la rete Internet.
- Rendere disponibile la documentazione ai soggetti interessati nella forma più ampia, con l'obiettivo di migliorare le conoscenze e le azioni conseguenti.

Si forniscono nel contempo altre indicazioni su come rinnovare e razionalizzare il contesto organizzativo di riferimento seguendo le indicazioni della legge n. 45 del 1999 per evitare, come è evidenziato in alcuni dei documenti della Consulta, di vanificare la portata delle azioni e degli interventi specifici e quindi di rendere inefficace il proposto "sistema" di contrasto alla droga.

Riorganizzazione dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze

In Italia operano attualmente 557 SerT. e circa 1.300 strutture private nel settore socio-riabilitativo, la cui distribuzione sul territorio e per tipologia di servizi offerti non è del tutto corrispondente ai differenziati livelli di presenza del fenomeno.

L'obiettivo cui tendere, anche attraverso l'attuazione dell'Atto d'intesa Stato-regioni varato il 5 agosto 1999, è:

- adeguamento della struttura organizzativa e funzionale dei SerT alla nuova utenza ed alle nuove realtà sociali che si vanno configurando, fra cui la multietnicità, perché, insieme al privato sociale, "escano dalla trincea e lavorino sulla strada";
- trasformazione delle comunità terapeutiche in ambiti di trattamento residenziale intensivo, sviluppando una forte interazione con i servizi specialistici.

I percorsi residenziali devono essere diversificati cambiando l'ottica della comunità da quella unica di contenitore sociale a quella di struttura diagnostico-terapeutica capace di operare su soggetti che non rispondono al trattamento ambulatoriale.

Al contempo, le comunità devono sviluppare gli elementi necessari al proprio accreditamento e, al pari dei servizi pubblici, curare la valutazione di qualità dell'intervento.

Sviluppo del processo d'integrazione socio-sanitaria.

La lotta alle tossicodipendenze non ha concreta possibilità di successo se le iniziative sono svolte senza integrare gli aspetti sanitari e sociali. Tanto più questo argomento è valido ed attuale se si pone attenzione alle recenti tendenze giovanili in materia di droghe, soprattutto per quanto riguarda le manifestazioni e gli stili di vita ad esse connessi.

Con l'Atto di intesa Stato-regioni del 5 agosto 1999 si è cominciato a mettere ordine anche nel mondo del *privato sociale*.

Nell' Atto si afferma che gli Enti e le Associazioni che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive, cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle Regioni e, in particolare, del Servizio Sanitario Nazionale, nell'ottica della integrazione socio-sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità d'intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell'auto-aiuto.

Questi soggetti partecipano, nelle forme stabilite dalle leggi ai vari livelli, alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

Risulta che, finora, la maggior parte delle Regioni non abbiano attivato adeguate iniziative per l'attuazione dei più qualificanti contenuti dell' Atto d'intesa. Occorre allora promuovere azioni sollecitatorie che servano a rimuovere una situazione non sostenibile.

Finanziamento di progetti con le risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga.

L'Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni sui criteri generali di valutazione e il finanziamento di progetti finalizzati alla prevenzione, al recupero ed al reinserimento dei tossicodipendenti, varato dal Governo il 10 settembre 1999, consente di realizzare un organico sistema di pianificazione degli interventi in una logica di integrazione settoriale e territoriale e, indirettamente, a conseguire un radicale ripensamento del modo di operare dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze.

E' necessario che le Regioni, alle quali annualmente è trasferito il 75% delle risorse del Fondo, favoriscano, anche sulle base delle indicazioni dell' Atto di indirizzo e coordinamento, il finanziamento di progetti presentati da enti locali, ASL e organizzazioni del privato sociale nei quali si colga esplicitamente una "cultura" progettuale capace di definire bisogni prioritari, finalità e obiettivi chiari, metodologie e azioni congruenti sul territorio.

Vanno finanziati progetti finalizzati alla realizzazione di una rete di servizi in grado di rispondere in modo sistematico sul territorio alle richieste di prevenzione, terapia e riabilitazione in materia di tossicodipendenze, con particolare riguardo alle progettazioni in tema di carcere e custodia attenuata, pene alternative alla carcerazione, sia in ambito di adulti che di minori, inserimenti lavorativi.

Le Regioni dovrebbero tenere conto, fra l' altro, nell' assegnazione dei fondi per le predette iniziative, del numero effettivo di tossicodipendenti, della presenza di centri diagnostico-clinici, della presenza di sezioni o carceri femminili, di persone extracomunitarie, di malati di AIDS, di sieropositivi per l'HIV.

E' opportuno che le Regioni riservino a tali iniziative una adeguata quota delle risorse del Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga

Le finalità da conseguire devono essere poste in connessione con quelle attese dalla realizzazione di progetti da parte di Comuni, ASL e organizzazioni del "privato sociale".

E' compito delle Amministrazioni dello Stato, mediante l'utilizzo del 25% delle risorse del Fondo, predisporre e realizzare progetti sperimentali concernenti lo studio degli aspetti di novità del fenomeno delle droghe, in modo da proporre (anche alle Regioni) modelli di analisi e di intervento, nonché indicazioni relative alla definizione di standard per il potenziamento e la valutazione degli interventi.