



coordinamento nazionale comunità di accoglienza

Suggerimenti per una nuova politica sulle droghe

Un lavoro promosso dal Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza a cui hanno partecipato:

Sergio Betti (CISL)

Giuseppe Bortone (CGIL)

Claudio Cippitelli (Coordinamento Nazionale Nuove Droghe)

Maurizio Coletti (società scientifica Itaca-Italia)

Franco Corleone (Forum Droghe)

Riccardo De Facci (CNCA-coordinamento Cartello nazionale "Non incarcerate il nostro crescere")

Vittorio Foschini (società scientifica Erit-Italia)

Leopoldo Grosso (Gruppo Abele)

Alfio Lucchini (FEDERSERD)

Francesco Maisto (Magistratura Democratica)

Fabio Mariani (CNR)

Teresa Marzocchi (CNCA)

Pier Paolo Pani (Società Italiana Tossicodipendenze)

Achille Saletti (Comunità Saman)

Franco Taverna (Comunità Exodus)

Giugno 2006

Suggerimenti per una nuova politica sulle droghe

1. Legge Fini-Giovanardi sulle droghe

La legge Fini-Giovanardi contiene alcuni cambiamenti legislativi – come l'inasprimento dell'impianto sanzionatorio sia penale che amministrativo, la certificazione di tossicodipendenza anche ad opera di strutture private, la tabella unica delle sostanze, l'obbligo di segnalazione da parte degli operatori – che rischiano di incrementare fortemente il numero delle persone sottoposte a regimi restrittivi di libertà personale, nonostante tutta la letteratura scientifica europea e internazionale sul tema mostri come sia più proficuo attivare, per le persone in stato di dipendenza, percorsi di depenalizzazione del consumo, di re-inserimento e accompagnamento, di cura e riabilitazione.

L'abrogazione della legge Fini-Giovanardi sarebbe un segnale politico forte e chiaro, pur in presenza dei dubbi che nascono da un iter parlamentare che probabilmente richiederebbe la fiducia e, quindi, una forzatura alle Camere, comportamento che abbiamo criticato quando è stato messo in atto dal precedente Governo.

In ogni caso, occorre trovare al più presto la forma giuridica migliore per sterilizzare gli aspetti più devastanti della legge Fini-Giovanardi. Una strada potrebbe essere quella del decreto ministeriale per modificare le soglie previste dalle tabelle introdotte dal precedente Governo.

Ricordiamo anche che una parte della legge è stata impugnata dalle Regioni e su di essa la Corte Costituzionale si pronuncerà a breve.

Il Governo deve però mettere in campo, da subito, una capacità di riforma che non si limiti a riportare la situazione a uno *status quo ante*, poiché tutti concordiamo sul fatto che occorra varare, dopo ben 16 anni dall'approvazione della legge 309, un nuovo testo in materia di droghe e sia, quindi, necessario avviare un percorso condiviso e largamente partecipato che porti in tempi brevi ad una Conferenza Nazionale, nella quale devono emergere le basi – come previsto dall'articolo 1 del DPR 309/90 – per una nuova legge sulle dipendenze. Tale processo deve prevedere il reale coinvolgimento delle Regioni, titolari di importanti funzioni in questo settore, e di tutto il mondo degli operatori, volontari, professionisti.

È opportuno – prima di formulare una nuova e più moderna legge di settore – ridefinire le premesse e le coordinate culturali, sociali e scientifiche del nostro approccio alla questione droghe, oltre che compiere una valutazione dell'attuale andamento del fenomeno nel nostro paese.

In tale sforzo, potremmo iniziare a considerare la possibilità di separare nettamente gli aspetti penali (dello spaccio e del traffico) da quelli sanitari e socioeducativi (del consumo, della prevenzione, della tutela dai danni connessi e della cura, nonché del sistema dei servizi), per evitare confusioni dannose tra i due piani.

2. Depenalizzazione del consumo

Il referendum del 1993 si era espresso chiaramente per una depenalizzazione del consumo di sostanze, con un indirizzo evidente di revisione dell'impostazione punitiva del DPR 309. Riteniamo ora prioritario un indirizzo legislativo che vada nella direzione espressa dagli italiani fin da allora, anche alla luce dei risultati e dei danni (carcere, reati connessi, recidiva del consumo, ecc.) causati da impostazioni sterilmente punitive.

Sul piano dei principi non siamo assolutamente favorevoli nemmeno alle sanzioni amministrative. Tuttavia, sarebbe opportuno fare una valutazione degli esiti che queste sanzioni hanno comportato. Ogni anno tra le 60 e le 80mila persone – specie giovani e giovanissimi – finiscono davanti alle prefetture per possesso di droghe ritenuto di lieve entità. Una macchina che ha drenato risorse

considerevoli e, forse, non ha prodotto granché sul piano del disincentivo al consumo, visti anche gli alti tassi di recidiva, come evidenziato da tutte le ricerche effettuate.

Una valutazione accurata del rapporto costi-benefici dell'attuale impianto "Segnalazioni/Prefettura/SerT" pensiamo darebbe un esito assolutamente negativo, evidenziando un marchingegno lento ed improduttivo (arrivano spesso segnalazioni per fatti risalenti a due o tre anni prima, quando le storie dei protagonisti sono già radicalmente trasformate). A cosa servono allora le sanzioni amministrative? Se poi lo scopo dell'art. 75 che ha istituito le sanzioni amministrative era quello di accorciare i tempi fra inizio dei consumi ed invio ai SerT o, se necessario, alle comunità (che non sono mai state davvero messe in condizione e nemmeno sono lo strumento più adatto ad un rapporto con questi consumi non patologici) allora si capisce quanto tutto ciò appaia almeno grottesco e, soprattutto, inutile.

Non occorre patologizzare o criminalizzare tutto. Se si contrastano le condizioni che permettono che il consumo di sostanze possa produrre patologia, si potranno indirizzare ai trattamenti terapeutici specialistici solo coloro che ne hanno davvero bisogno, nel rispetto delle risorse a disposizione dei servizi (che sono attualmente piuttosto limitate) e nel rispetto delle persone che, a contatto con gli attuali servizi, corrono ora un rischio iatrogeno.

Il principio generale da seguire è quello di trovare un equilibrio tra il livello di sanzionabilità penale e la sanzionabilità educativo-pedagogica perché, a differenza della Fini-Giovanardi, se la questione non è penale, allora non deve essere affare di polizia, prevedendo invece per tali atteggiamenti una più strutturata collaborazione con le reti di inclusione sociale e i servizi sociali dei Comuni.

Occorre, invece, disporre sanzioni – già previste, ma poco applicate – solo per chi, usando droghe illegali e/o legali come l'alcol, lede i diritti degli altri (vedi incidenti e guida sotto effetto di sostanze).

3. Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga

Il Dipartimento dovrebbe svolgere importantissime e delicate funzioni di coordinamento non solo tra tutti i Ministeri competenti, ma anche con le Regioni – nel rispetto delle diverse competenze istituzionali e con l'obiettivo di promuovere percorsi programmatici comuni –, con un forte collegamento con le politiche europee. Tale funzione fondamentale di collegamento interistituzionale, che veniva garantita anche da un inquadramento sotto la Presidenza del Consiglio, dovrebbe comunque essere assicurata da una delega forte al Ministero competente.

La posizione di incardinamento in una Direzione Generale presso il Ministero della Solidarietà Sociale potrebbe affidare la titolarità dell'azione, sia di governo che di proposta legislativa, al Ministro di riferimento, e potrebbe così acquistare forza una prospettiva incentrata prioritariamente sull'inclusione sociale. È d'altro canto necessario, affinché tutto ciò si verifichi, che siano strutturate preventivamente le condizioni per una forte collaborazione tra tutti i Ministeri competenti – dalla Salute agli Interni, dal Lavoro alla Pubblica Istruzione, dalla Giustizia alle Politiche Giovanili – e le diverse rappresentanze del settore. Magari, attraverso l'immediato avvio di una vera e rappresentativa Consulta degli esperti e dei rappresentanti del settore, quale struttura di riferimento tra il sistema di intervento e il Ministero di riferimento.

Inoltre, sarebbe opportuno disporre di una struttura che faccia da cerniera e da armonizzatore tra le numerose iniziative a livello territoriali, le direttive regionali e nazionali in materia di droghe da un lato e, dall'altro, tra lo stato italiano e l'Unione Europea (cosa purtroppo non realizzata negli anni precedenti). In tale ottica si potrebbe valutare come rimodulare le funzioni del Dipartimento.

È essenziale anche che il Dipartimento si faccia promotore del rilancio della ricerca italiana in campo biomedico, farmacologico, sociologico, psicosociale, superando l'approccio prioritariamente ideologico e preconcetto degli anni precedenti.

4. Criticità del sistema di intervento

Il nostro è un sistema unico al mondo per integrazione pubblico-privato – in molti paesi europei è considerato un esempio particolarmente virtuoso –, anche se, negli ultimi anni, è stato molto penalizzato sia dal punto di vista economico, sia nel riconoscimento del proprio valore. Tale sistema comprende un sistema pubblico ampio e diffuso e una serie di strutture – non più solo comunitarie – di privato non profit ormai fortemente integrato nella gestione condivisa di una funzione pubblica di risposta a bisogni sempre più diversi e complessi.

È importante garantire su tutto il territorio nazionale una sanità e una assistenza sociale pubbliche – a cui vanno assicurate quelle risorse che sono venute a mancare negli ultimi anni – continuando a sviluppare modelli di cogestione a pari titolarità e alta integrazione pubblico-privato non profit accreditato, in un percorso innovativo e virtuoso. Pubblico e privato dovrebbero formare un continuum al servizio delle persone che hanno bisogno del loro intervento. Il modello organizzativo auspicabile deve garantire, ovunque, al cittadino con problemi di consumo problematico, abuso o dipendenza da sostanze interventi di riduzione del danno e dei rischi connessi, percorsi di presa in carico, trattamenti di qualità efficaci ed appropriati nonché percorsi di integrazione e di inclusione socio lavorativa, destinando a questo settore adeguate risorse e prevedendo le necessarie iniziative di formazione ed aggiornamento di tutti gli operatori dei servizi.

Le priorità per il Governo dovrebbero essere i Liveas – Livelli essenziali di assistenza – e l'innalzamento delle risorse destinate al settore tossicodipendenze (almeno un 1,5% del Fondo sanitario nazionale a fronte dell'attuale 0,8-1%). Solo se il pubblico avrà le forze per garantire e mantenere la regia dei percorsi terapeutici si potranno generare collaborazioni proficue tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate, e si potrà promuovere la necessaria integrazione con le politiche attive del lavoro, le reti educative, le reti di inclusione sociale, gli ambienti di vita e di lavoro. Il potenziamento dell'organico, tuttavia, deve accompagnarsi a una riorganizzazione dei servizi: il SerT non può chiudere alle 14,00 il sabato e la domenica.

Inoltre, l'integrazione con il privato sociale non può limitarsi a una divisione dei compiti in virtù della quale uno assicura l'ambulatorio e l'altro la comunità, ma, piuttosto, si confronti con domande e fenomeni profondamente diversificati e bisogni diversi rispetto a servizi (sia pubblici che privati) ancor troppo eroino-centrici. Si deve andare verso una maggiore professionalizzazione sia nel pubblico sia nel privato: ce lo chiedono gli utenti stessi con i loro problemi che esigono specializzazione e differenziazione nella tipologia e nei tempi del trattamento, negli strumenti e negli approcci utilizzati.

È indubbiamente da privilegiare la scelta di favorire lo svilupparsi di comunità con personale sempre più professionalizzato, anche se il patrimonio rappresentato da modelli e approcci empirici che hanno dimostrato la loro efficacia (volontariato e “comunità di vita”) non andrebbe perso, ma nemmeno mitizzato come unica risposta efficace. Non dobbiamo pensare le “comunità professionali” e le “comunità di vita” in modo dicotomico: l'utenza oggi esprime esigenze differenziate che possono essere meglio soddisfatte da più modelli di intervento. Abbiamo a che fare con tossicodipendenti di 40 anni che consumano droghe da molto tempo – che bisogna sostenere nella loro sopravvivenza – e con molte persone che consumano cocaina o altre sostanze per i quali le “comunità di vita” non sono lo strumento più indicato.

Le Regioni, d'intesa con gli operatori pubblici e privati, dovrebbero stabilire delle norme o quanto meno delle linee guida sui diversi profili professionali presenti nelle comunità: competenze specifiche, ruoli e specializzazioni richieste. Più che un problema di standard, il punto è quello di assicurare alle persone i diritti di cittadinanza.

Occorre ricostruire un meccanismo di libertà di scelta (tra proposte di comunità diverse), prima di tutto per il tossicodipendente e le persone in maggiore difficoltà nel loro rapporto con le sostanze.

Le attuali rette delle comunità del privato sociale sono basate su un'idea di comunità fondata quasi completamente su volontari, una supposizione che ormai non ha più riscontro nella realtà. Tali rette vanno dunque adeguate, tenendo conto che se una comunità terapeutica per tossicodipendenti riceve

mediamente tra i 30 e 40 euro a persona, quelle per psicotici ne ricevono 80-150 e le cliniche private 300. Una disparità così marcata non ha oggi alcuna giustificazione.

5. Somministrazione controllata di eroina

Siamo tutti consapevoli della estrema criticità di tale problema e consci che sono altre le urgenze per un sistema di intervento in grave difficoltà. Ciò nonostante, quasi tutte le persone che hanno contribuito a questo testo (qualcuno ha espresso un'assoluta contrarietà a qualunque sperimentazione) manifestano una disponibilità all'avvio di sperimentazioni anche in questa direzione.

Chi è disponibile alla sperimentazione ritiene, però, che occorra garantire alcune condizioni senza le quali questa azione rischia di essere solo una scelta ideologica fine a se stessa, ma senza significative ricadute positive sul tossicodipendente e sul sistema di intervento. La riflessione e la sperimentazione passano, per alcuni, anche per una seria analisi dell'attuale sistema di gestione dei vari trattamenti con farmaci sostitutivi. Perciò occorre:

- garantire le terapie che già ci sono: ci sono farmaci ottimi, ma usati in modo non adeguato. Ci sono pazienti resistenti a tali terapie? Forse i farmaci non sono stati utilizzati in maniera corretta, al di là della possibile resistenza o minor efficacia per alcuni soggetti a quei trattamenti;
- verificare le sperimentazioni fatte in altri contesti e valutare se è utile una loro traslazione in Italia.

Appare fondamentale definire quali sono gli obiettivi da assegnare a una eventuale sperimentazione della somministrazione controllata di eroina. In favore della sperimentazione si sono espressi in passato chi pensava di avere trovato un nuovo mezzo per raggiungere i tossicomani che non si rivolgono ai servizi; chi era convinto che questa fosse la strada per fare vera "riduzione del danno"; chi pensava che "non sperimentare" sia, per principio, un fatto negativo. Chi vuole fare seria sperimentazione, dovrebbe, almeno, esplicitare chiaramente che cosa vuole sperimentare, come, e per ottenere quali risultati.

In questa sede ricordiamo brevemente alcuni dati provenienti dalle esperienze di sperimentazione in Europa, rispetto alle quali occorre promuovere un serio confronto anche in Italia. Di fronte al permanere del problema dei *non responders* al trattamento metadonico a lungo termine, sono stati avviati in alcuni paesi europei (Olanda, Svizzera, Regno Unito), alla fine degli anni Novanta, proposte di trattamento con eroina. I soggetti che hanno partecipato alle sperimentazioni erano stati selezionati con delle condizioni molto restrittive: per esempio, in Olanda, essere in trattamento metadonico da almeno 5 anni ad almeno 60mg, usare eroina in media una volta al giorno illegalmente, presentare problemi fisici e mentali ma non patologie psichiatriche né gravi anamnesi di comportamenti aggressivi con espulsione dai trattamenti metadonici, non essere in stato di gravidanza, né essere dipendenti da altre droghe in modo prevalente. Fatto interessante è che la somministrazione dell'eroina in questi gruppi sperimentali è stata accompagnata in tutti gli studi da un consistente pacchetto di prestazioni psico-sociali.

Mentre l'esperienza olandese è in corso di elaborazione, nell'esperienza svizzera i maggiori risultati si sono ottenuti rispetto alla capacità di permanenza in trattamento: l'89% era ancora in cura a 6 mesi, il 69% a 12 mesi, il 30% a 5 anni. Tra chi abbandonava l'eroina, l'osservazione, per certi versi sorprendente, è stata che la maggior parte lo faceva per riprovare un trattamento con il metadone (nel 40% dei casi) o addirittura per puntare all'astinenza (20%), mentre solo nei casi restanti si trattava di veri e propri fallimenti, dovuti a guai di salute o con la giustizia, o al semplice rifiuto delle regole imposte dalle cliniche per avere diritto all'assistenza. I ricercatori svizzeri segnalano, inoltre, una riduzione del ricorso a eroina e cocaina illegali. Va osservato come, nel caso svizzero, per limiti dello stesso disegno sperimentale, non sia stato possibile distinguere l'effetto

dell'eroina da quello dei servizi psico-sociali offerti contemporaneamente, sui miglioramenti osservati nella salute fisica e nel comportamento sociale.

In conclusione, appare fondamentale esplicitare chiaramente le premesse e gli scopi di una eventuale sperimentazione, chiarendo che essa si rivolge ad un potenziale gruppo di utenti molto particolari e ristretto, definire i contesti specifici in cui è utile tale sperimentazione, nonché coinvolgere fortemente le Regioni per le competenze da queste assunte e le disponibilità di serio monitoraggio che possono mettere in campo.

6. Luoghi in cui potersi somministrare droghe in modo sicuro

Esistono su questo tema opinioni diverse ed eterogenee. Alcuni esprimono un parere assolutamente contrario. Tale contrapposizione richiede, quindi, la costruzione di un percorso culturale e scientifico che possa – come ritengono molti di coloro che hanno contribuito a questo documento – avviare una seria sperimentazione, scientificamente monitorata e valutata, se vogliamo che il dibattito non si riduca ad esclusiva battaglia ideologica tra favorevoli e contrari a priori, ma consideri prioritario l'interesse delle persone tossicodipendenti e, quindi, la costruzione di un sistema articolato di prestazioni e interventi.

Nel 2004 l'Emcdda (l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) ha effettuato una rassegna delle sperimentazioni delle “consumption rooms” (sale per l'auto-somministrazione) nei paesi dell'UE secondo quanto era stato riportato nella letteratura scientifica, nel quadro dell'obiettivo della strategia sulle droghe dell'UE 2000-2004 per ridurre in modo consistente sia l'incidenza delle malattie infettive sia le morti droga correlate.

Gli obiettivi dichiarati all'inizio della sperimentazione delle “consumption rooms” riportati in letteratura erano:

- poter entrare in contatto con una popolazione difficile da raggiungere e attivare rapporti fiduciosi con operatori qualificati;
- offrire un ambiente igienico e sicuro per potersi iniettare sostanze;
- ridurre la mortalità droga correlata e la trasmissione dell'HIV e di altre malattie infettive;
- facilitare l'accesso ad altre strutture di trattamento;
- ridurre l'uso di droga nei luoghi pubblici e il disturbo della quiete pubblica ad esso associato.

Secondo i risultati dello studio dell'Emcdda, l'evidenza scientifica suggerisce che i benefici apportati dalle “consumption rooms” possono prevalere sui rischi, anche se rimane fondamentale inquadrare questi risultati nell'ambito dell'uso problematico di droga e delle riposte al problema e rimanere prudenti nel sostenere ciò che, attraverso le “consumption rooms”, si può o non si può ottenere. In particolare, il documento dell'Emcdda afferma esplicitamente di ritenere irrealistico aspettarsi dalle “consumption rooms” i seguenti fatti:

- che possano prevenire l'uso di droga in pubblico;
- convincere gli utenti a diminuire i comportamenti a rischio o ad iniziare un trattamento;
- di essere esse stesse fattori di riduzione delle morti e delle malattie droga correlate;
- di risolvere i più vasti problemi di mercato delle sostanze e dello spaccio.

L'evidenza, secondo l'Emcdda, suggerisce inoltre che le “consumption rooms” possono unicamente avere un senso ed essere efficaci se sono:

- realizzate all'interno di un più ampio quadro di interventi pubblici e una rete di servizi che hanno per scopo la riduzione del danno sia individuale sia sociale che deriva dall'uso problematico di droga;
- basate sul consenso e la cooperazione attiva tra i principali protagonisti istituzionali locali, in particolare gli operatori della sanità, la polizia, le autorità locali e le comunità locali;

- vedendole per quello che sono: un servizio specifico mirato a ridurre i problemi di salute e il danno sociale in una popolazione di utilizzatori problematici di droga ad alto rischio, occupandosi di bisogni che altri interventi non sono riusciti a soddisfare.

In conclusione, le priorità del sistema di intervento sono altre, ma se questa sperimentazione riuscisse a salvare anche solo una vita umana, per quasi tutti coloro che hanno contribuito a questo documento varrebbe la pena provarci.

7. Politiche di riduzione del danno

Le evidenze provenienti dalle numerose e diversificate esperienze realizzate e la letteratura scientifica prodotta in ambito europeo ci mostrano come questo modello di approccio (uno dei quattro pilastri delle politiche europee) sia di grande rilevanza per la cura delle dipendenze patologiche e la loro prevenzione, soprattutto per le situazioni più compromesse.

Si ricorda che le finalità generali anche delle politiche di riduzione del danno sono relative alla tutela della salute globalmente intesa (organica, psichica e relazionale), da perseguire attraverso la definizione di obiettivi specifici che si propongono la modifica di comportamenti e stili di vita rischiosi, soprattutto nella popolazione più a rischio e compromessa nell'uso e abuso di sostanze quali l'eroina. In quanto primo tassello di un complesso mosaico di possibilità di intervento, la riduzione del danno può avere un ruolo fondamentale nella lotta alla droga. È qui che entrano in campo due concetti essenziali posti a fondamento di tale approccio: l'andare incontro e l'aggancio con gli utilizzatori di droga.

La prima priorità è realizzare un'attenta ricognizione delle pratiche sin qui messe in atto, in questi 16 anni, per identificare tra esse le "buone pratiche" da condividere. Tali tipologie di servizi vanno così integrate nel sistema di intervento al fine di assicurare una riduzione dei rischi sanitari dovuti allo stato di tossicodipendenza – è il caso soprattutto delle unità di strada e dei drop in – o un sostegno sociale di base (vedi i dormitori e le accoglienze a bassa soglia).

È, dunque, giunto il momento in cui gli investimenti e la pianificazione in tale settore divengano più strutturati, soprattutto per quanto riguarda i servizi di prossimità e a bassa soglia di accesso. Sino ad oggi, infatti, si è continuato a procedere con progetti sperimentali che, però, terminano alla fine del relativo finanziamento: una situazione non più tollerabile dato che, su alcune tipologie di servizi, la fase di sperimentazione è ormai conclusa, le evidenze scientifiche sono ormai chiare e sono del tutto dimostrate le opportunità e i limiti che le caratterizzano.

Perciò, nell'ampio spettro delle attività di riduzione del danno, riteniamo che debbano diventare interventi regolari nel tempo e inseriti a pieno titolo nel sistema: le attività di prevenzione svolte dalle unità di strada, di accoglienza diurna realizzate dai drop in e di accoglienza e supporto sociosanitario svolte dai dormitori, la distribuzione di materiale informativo e di profilassi (siringhe, ecc...), in particolare le innovazioni sperimentali nei setting ricreativi e del loisir.

8. Luoghi del divertimento

I luoghi ricreazionali sono un ambito elettivo per le attività di prevenzione, di informazione, di riduzione dei rischi e di presa in carico precoce, se necessario.

In questo ambito dobbiamo valutare le sperimentazioni fatte e capire quali interventi hanno ottenuto risultati seri e significativi.

Per cominciare, lo strumento messo a punto per l'analisi immediata della composizione delle sostanze (*pill testing*) ha ottenuto risultati positivi a livello internazionale, come si evince anche dalla proposta di costruire in Europa un sistema di allerta rapido sulle sostanze circolanti nel continente e dalla sperimentazione di tale strumento iniziata in Lombardia.

Vista la profonda trasformazione del mercato illegale e degli stili di consumo, nonché la diffusione e la varietà delle sostanze consumabili è fondamentale prevedere nei luoghi del divertimento – in maniera stabile e continuativa – un'équipe di operatori che dia informazioni sui rischi (colpi di calore, guida sotto effetto di droghe...), prevenga o intervenga in situazioni (potenzialmente) violente e sia in grado di fare, proprio tramite il *pill testing*, l'analisi delle sostanze, informando i consumatori su cosa stanno davvero per assumere o sul loro stato di alterazione (anche con l'uso di etilometri).

A livello regionale, invece, occorre accreditare le unità di strada “giovani” non vincolate più – nel rapporto con la committenza diretta (Enti locali o Asl) – solo a un determinato, ridotto, territorio perché gli adolescenti e i giovani si spostano su tutto il territorio nazionale (per i grandi eventi, ad esempio), in una ricerca di trasgressione di cui le “nuove sostanze” sono componente spesso strutturale.

Bisogna, invece, predisporre un sistema coordinato nazionale con équipe professionalizzate – dotate di sufficienti risorse umane – che si spostano su tutto il territorio nazionale e che sono in grado di tenere rapporti con tutte le organizzazioni formali e informali interessate, saper lavorare con sicurezza nella notte, fare ricerca psicosociale e antropologica, offrire formazione e supporto ai gestori e agli operatori dei contesti del divertimento.

Una discussione sul ruolo e la conformazione dei luoghi del divertimento e una progettazione organica di interventi non può, d'altro canto, essere compiutamente svolta senza il coinvolgimento degli organizzatori dei luoghi stessi, delle persone che li frequentano e delle loro associazioni, del sistema dei servizi (tra cui il pronto soccorso), delle forze di contrasto allo spaccio e ai rischi connessi all'abuso (guida pericolosa, atti violenti, sicurezza dei locali, ecc.), delle reti familiari e di tutti i soggetti interessati.

9. Cocaina

La cocaina è ormai da considerarsi “un consumo di massa”, poiché si stimano circa 1.300.000 consumatori nel 2005 in Italia, di cui un ottanta per cento circa con consumi ripetuti durante l'anno. Chi consuma tale sostanza rimane frequentemente per anni in un alveo di socialità e salute adeguati, accede spesso tardi ai servizi e solo per problemi specifici o per i primi disturbi connessi. Sia i consumatori che i loro familiari sono preoccupati più dei debiti contratti per procurarsi la sostanza che della salute psicofisica del consumatore, non riconoscendo quindi dietro certi abusi o consumi problematici la necessità di un aiuto.

Di fronte all'aumento dell'uso di cocaina, all'esistenza di problemi di salute collegati proprio al consumo di tale sostanza, alla crescente richiesta di trattamenti per uso primario di cocaina, si pone come prioritaria la definizione di nuovi modelli di intervento integrati e complementari che connettano il sistema pubblico di intervento e il privato sociale, attualmente entrambi in “ritardo” rispetto all'emergere di questo nuovo fenomeno. Inoltre, serve anche una ricognizione sui servizi: chi oggi, in Italia, ottiene risultati significativi nel campo della cocaina? Quali sono i progetti più seri ed efficaci, le risposte innovative messe in campo oltre allo stereotipato connubio di farmaci e comunità, le quali non sembrano così efficaci per tali problemi almeno nelle modalità per decenni sperimentate con gli eroinomani? Non possiamo pensare di rimodulare semplicemente vecchi modelli per domande profondamente diverse.

Insomma, la priorità è un grande piano di ricerca, azione, monitoraggio, trattamento, studio e sperimentazione nei modi più articolati possibili, che chiarisca i perché e le modalità di una tale diffusione, le diversità di offerta che troviamo sul mercato, la composizione dei consumatori, i protocolli di intervento condivisi. La preoccupante diffusione della cocaina all'interno della fascia giovanile scolarizzata, nel mondo giovanile del divertimento, in adulti inseriti e spesso con professionalità alte alla ricerca di maggiori prestazioni e nella cultura dell'*addiction*, deve farci riflettere sulle motivazioni dell'assuntore, collegate spesso alla ritenuta necessità di garantire

prestazioni personali e/o professionali sempre più elevate, mantenere periodi di veglia più lunghi, l'attività celebrale sempre vigile e presente, anche in situazioni di stress. Perciò, è necessario affrontare questo tipo di problematiche tenendo presenti le trasformazioni in atto nella società, in cui l'intermediazione chimica, la continua ricerca della nuova e giusta sostanza di rinforzo e la spasmodica ricerca dell'ottenere "sempre più da sé" sono ormai parte integrante del possibile successo, della propria percezione di adeguatezza e della sensazione del "farcela". E agire, proprio a partire da queste analisi, non solo su basi sanitarie e socio-sanitarie, ma attenti anche ad aiutare chi in questa spasmodica ricerca si fa anche molto "male".

10. Carcere e droghe

Dobbiamo avere il coraggio di dire che la detenzione e la cura della tossicodipendenza sono situazioni attualmente inconciliabili con le strutture carcerarie italiane, in cui i possibili mandati o richieste di cura vengono annullati dalle situazioni di puro contenimento, prioritarie nell'attuale sistema di incarcerazione.

Le carceri italiane vivono una situazione drammatica e ormai insostenibile dovuta al sovraffollamento e, al loro interno, particolarmente grave è la situazione di chi ha problemi a rilevanza patologica come la dipendenza da sostanze.

È necessario garantire a tutti i cittadini, compresi quelli in regime di detenzione, da un lato il diritto all'accesso alle cure e, dall'altro, la fruizione delle terapie più idonee. La dipendenza, in particolare, difficilmente riesce a conciliarsi con la detenzione e necessita di essere trattata nelle apposite comunità o luoghi di cura. È, quindi, necessario prevedere l'accesso ai regimi alternativi.

La prima priorità è fare tutto il possibile per evitare il permanere in carcere di tutte le persone tossicodipendenti che ne hanno diritto: le possibilità sono molte, dai percorsi alternativi territoriali e in comunità terapeutica e/o all'affidamento ai SerT e ai servizi. Queste misure hanno sempre sortito risultati migliori di quelli manifestati dalla semplice permanenza in carcere. Inoltre, la spesa carceraria è ormai insostenibile oltretutto ingiustificabile, specie se si confronta con i costi delle rette per le comunità terapeutiche o altre strutture di terapia e cura.

La seconda priorità è quella di sperimentare anche in Italia le *Drog Court*, sezioni di tribunali specializzate ove operano in stretta integrazione giudici ed operatori dei servizi, come era previsto anche in alcuni articoli del DPR 309 (la possibilità di costruzione di un programma alternativo prima dell'emissione di una pena con il SerT in Pretura).

Queste proposte dovrebbero favorire il soddisfacimento di diversi obiettivi: assistere la persona imputata e curarla a fronte di eventuali problemi di astinenza o per altre problematiche di salute acute, correlate o meno all'uso di droghe; valutare la motivazione del soggetto ad intraprendere un determinato percorso terapeutico-riabilitativo e creare le condizioni affinché tale percorso possa iniziare al più presto; soprattutto, evitare di rimettere immediatamente la persona tossicodipendente nella condizione di ripetere il reato per procurarsi la dose. Sono ormai innumerevoli i casi in cui persone fuori da anni dal problema tossicodipendenza hanno dovuto rispondere alla Giustizia per atti non più legati alla loro vita attuale.

In terzo luogo, bisogna rafforzare quanto previsto nel DPR 309 in merito alla necessità che la pena detentiva, nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, debba essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi (art. 95 T.U. DPR 309/90). Ci sono voluti anni, eccezion fatta per poche realtà sperimentali, per assistere alla creazione di apposite sezioni all'interno delle strutture penitenziarie (reparti "a custodia attenuata"). La creazione di tali sezioni specializzate per il tossicodipendente che non ha diritto ad accedere a pene alternative esterne sono giustificate dalla considerazione che l'effettuazione del reato è avvenuta in stato di necessità psico-fisica e non per "istinto" criminale. Si tratta, allora, di modificare l'assetto e i compiti istituzionali del carcere, inteso non come istituto di pena, ma come istituzione che deve favorire la rieducazione dei soggetti

ristretti e offrire al detenuto la certezza della solidarietà sociale attraverso i programmi di recupero. La soluzione dei reparti ad hoc offrirebbe, inoltre, una soluzione: alla difficile integrazione dei servizi coinvolti, dovuta essenzialmente alle diverse modalità di approccio al problema; alla discrepanza tra approccio custodiale e approccio terapeutico; al sovraffollamento e la promiscuità carceraria, che rendono difficile la strutturazione di un intervento nelle sezioni ordinarie e lo riducono ad un mero trattamento di tipo sanitario, ove esistente.

Riepilogando, appaiono prioritarie quattro direttrici di intervento:

- rafforzare l'istituto dell'affidamento in prova destinandovi le risorse necessarie;
- investire risorse nella creazione di sezioni a custodia attenuata per favorire gli interventi all'interno della normale struttura carceraria;
- dar corso alle legge che ha sancito il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al servizio sanitario nazionale, per garantire il diritto alla salute dei detenuti tramite intervento diretto delle Asl;
- intervenire sulla questione degli immigrati in carcere: sta diventando un problema imponente, tra alcol e droghe illegali, e occorre garantire loro almeno le stesse garanzie di cui godono gli altri cittadini detenuti.

11. Piano nazionale per la salute

Un vero Piano nazionale per la salute darebbe l'idea di una comunità che si preoccupa di tutti e fa inclusione sociale.

Anche se molto è stato fatto, poco è rimasto in termini di riflessione condivisa, modellizzazione e verifica reale dei metodi, dei risultati e delle culture che tali interventi hanno sostenuto.

La legge 633/78 – meglio conosciuta come riforma sanitaria – era già allora imperniata sul concetto di prevenzione. I Piani sanitari nazionali di indirizzo e quelli regionali che da allora si sono succeduti assumono la prevenzione per la salute come cardine della programmazione sanitaria. Nelle scuole italiane ci sono innumerevoli progetti di prevenzione. Per fare un esempio, nelle scuole superiori vengono organizzati in media 2,4 progetti di prevenzione per istituto e tali interventi riguardano sia l'ampio ventaglio delle problematiche legate alla prevenzione per la salute, sia i progetti più specifici riguardanti la prevenzione in materia di droghe.

In questo contesto, ciò che appare carente non è l'esistenza puramente teorica di un Piano nazionale sulla prevenzione, ma piuttosto il fatto che mancano alcuni strumenti volti a favorire una migliore conoscenza di quanto si fa in Italia e non solo, oltre che ad armonizzare gli strumenti e le metodologie di intervento (citiamo, a titolo di esempio, la necessità di poter disporre di strumenti in grado di fornire una mappa nazionale delle iniziative, delle metodologie, delle istituzioni coinvolte, dei finanziamenti, degli operatori, dei destinatari ultimi di questi progetti). Inoltre, nella situazione attuale riteniamo prioritaria la definizione di linee guida nazionali che forniscano criteri omogenei da adottare nella formulazione dei progetti, nella loro stesura, e per la loro valutazione nonché di un finanziamento congruo, serio e pluriennale.

Quanto alle scuole, i dati OCSE più recenti ci dicono che un adolescente su cinque non va a scuola e non lavora; nel Meridione, addirittura, in alcuni territori il 43% degli adolescenti tra i 15 e i 19 anni si trova in situazione di abbandono scolastico. Se puntiamo solo sulla scuola, allora, non rischiamo di non raggiungere proprio coloro che più avrebbero bisogno del nostro intervento? È, quindi, assolutamente necessario non considerare l'istituzione scolastica come un ambito di azione sufficiente e unico. È invece opportuno coinvolgere i luoghi di lavoro, di aggregazione, dello sport, del divertimento, dell'incontro, della relazione.

I programmi di prevenzione devono essere selettivi, precoci, multifase, su base regionale e rivolti a target e destinatari diversi. Infatti, in considerazione del fatto che le dipendenze si stanno diffondendo anche tra la popolazione adulta, è necessario porre particolare attenzione alla diversità dei target a cui ci si rivolge e agli stili comunicativi più idonei per ognuno di essi.

Infine, sarebbe bene concentrare le risorse disponibili su soggetti in grado di gestire interventi pluriennali.

12. Legge nazionale sui giovani

Il punto di partenza condivisibile per una legge nazionale sui giovani potrebbe essere una piattaforma articolata e innovativa come base per varare una “Legge quadro sulle politiche giovanili, sul protagonismo e la partecipazione dei giovani in Italia e in Europa” che preveda:

- un “Dipartimento per le politiche giovanili” all’interno del quale attivare un “Osservatorio nazionale delle condizioni, delle culture e dei bisogni dei giovani in Italia” (con compiti di analisi, ricerca e proposta), l’“Agenzia nazionale per i giovani” (con compiti di coordinamento, promozione e monitoraggio degli interventi) e un “Consiglio nazionale dei Giovani” (reale sede di rappresentanza di ogni esperienza e cultura giovanili);
- il varo, ogni tre anni, di un “Piano per i Giovani in Italia”, contenente gli indirizzi e gli obiettivi per la promozione di politiche e interventi;
- il “Fondo nazionale per i giovani”, che finanzierà i progetti e gli interventi degli Enti locali, delle Regioni e dello Stato, sostenendo le aggregazioni, i gruppi e le associazioni giovanili.

Il punto chiave, però, è quello della promozione e di un vero riconoscimento della rappresentanza giovanile. Non possiamo limitarci a coinvolgere i giovani che fanno parte delle organizzazioni dei partiti, delle chiese, delle grandi associazioni. Ciò rappresenta un salto culturale e moderno di promozione di un rapporto diverso tra società e nuove generazioni. La rappresentanza non può essere solo istituzionale e verticistica, ma invece dovrebbe essere la più diffusa possibile, coinvolgendo organizzazioni formali e informali. Questo coinvolgimento non può avvenire in modi vecchi e macchinosi, ma utilizzando – oltre a forme più classiche – anche blog, siti, messaggi su telefonini e quant’altro possa essere efficace per comunicare con il mondo giovanile.

A tal fine si potrebbe creare una commissione di esperti – aperta anche a esponenti del profit (quali gli organizzatori di eventi, i gestori, le agenzie di sicurezza, ecc.) – che trovi la strategia migliore per favorire una partecipazione dei giovani che sia vera interlocuzione, sulla base del principio che i giovani non sono il futuro, ma soggetti pienamente compresenti nella costruzione di società aperte al benessere di tutti.

Altro elemento in tale direzione è il saper riconoscere il valore degli strumenti dell’educazione non-formale per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo e di competitività dell’Italia e dell’Europa, così come sottolineato anche dalla strategia di Lisbona e dallo “Youth pact” dell’Unione Europea, anche attraverso l’attivazione di politiche atte a favorire il ricambio generazionale nella classe dirigente nazionale e locale.

Infine, riguardo al rapporto prevenzione e politiche giovanili, pur in assenza di una legislazione nazionale sui giovani, ricordiamo che sono le Regioni ad essere titolari della maggior parte delle risorse da investire nelle politiche giovanili. Tali politiche, la cui gestione è poi delegata all’Ente locale, vanno attuate con la collaborazione di tutti i soggetti pubblici e del Terzo settore interessati – ciascuno con responsabilità e ruoli diversi – fin dalla fase di lettura dei bisogni e di definizione dell’offerta, sperimentando anche percorsi innovativi che rispondano al mutare dei bisogni, al fine di favorire interventi di prevenzione, di educazione alla salute, di lotta all’emarginazione sociale, che aiutino i giovani a sviluppare le proprie abilità personali e sociali, mettendoli in condizione di essere non semplici destinatari dell’intervento ma veri partner delle azioni realizzate.

