

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

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

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

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

Prof. Umberto Veronesi, Ministro della sanità

Cari amici, io sono qui come Ministro della Sanità, quindi il mio compito e il mio dovere istituzionale è di tutelare e proteggere le condizioni di salute dei cittadini italiani, di qualsiasi ceto e in qualsiasi condizioni si trovino. Ma sono anche un uomo di ricerca e, per formazione e cultura, quindi, sono inevitabilmente aperto a tutte le soluzioni che mi si presentino e che abbiano dalla loro parte la evidenza della efficacia, oltre che dell'efficienza. E questo vale anche per il problema delle tossicodipendenze, una questione, come è noto a tutti, dalle sfaccettature complesse.

Inizierei prendendo lo spunto proprio da quanto ha detto il Ministro Livia Turco all'ultima conferenza di Napoli, tre anni fa. Quella conferenza segnò una svolta, che a molti italiani probabilmente sfuggì, ma che rappresentò una svolta importante perché ci consegnò un messaggio e un impegno.

Il messaggio era molto semplice, si può riassumere in poche parole: ci disse in fondo che il drogato è un malato da curare e non un deviato da punire e da perseguitare. Livia Turco lo ha ribadito anche oggi, qui a Genova.

E l'impegno che ci fu richiesto era coerente con questo messaggio. Ci fu chiesto di mettere in atto tutte quelle misure che portassero la popolazione in condizione di farmacodipendenza a uno stato il più vicino possibile alla normalità. Che potessero quindi riprendere a lavorare, a studiare, a interagire con gli amici, ad avere rapporti sociali, a produrre e a difendersi dai grandi rischi della overdose, delle infezioni e anche dal rischio del carcere. Era una posizione nuova che potremmo chiamare di accettazione, di tolleranza e non di rifiuto.

Naturalmente, questa presa di posizione suscitò nel Paese una reazione che chiamerei disforica: da una parte si levarono critiche e dissensi perché, in fondo, questa era la chiara dichiarazione di una sconfitta verso la posizione precedente, coerente con il principio del proibizionismo, che aveva come obiettivo di riportare la popolazione dei tossicodipendenti a una condizione di totale normalità, drug free, cioè priva da ogni dipendenza. Invece si doveva riconoscere che questa prima ipotesi "totalitaria" non era stata raggiunta. Si doveva prendere atto, come ho detto, di una sconfitta.

Ma si disse di più, si disse in realtà, che questa nuova posizione poteva essere interpretata come la prima dichiarazione antiproibizionistica. E infatti, se ci pensate bene, se dichiariamo che chi si droga è fuori dalla legalità, ma contemporaneamente, lo aiutiamo, lo controlliamo, lo incoraggiamo a certi comportamenti, gli diamo addirittura il metadone, lo manteniamo in una condizione volutamente, consapevolmente di dipendenza purché i grandi rischi vengano eliminati o vengano ridotti, e la sua salute sia tutelata. Se tutto ciò facciamo e "permettiamo", si entra in una situazione chiaramente dicotomica tra il dettato normativo e la pratica assistenziale; una situazione che io chiamerei sottilmente schizoide.

Ma dall'altra parte ci fu invece una reazione molto euforica. Questa presa di posizione fu vista e salutata come un grande passo in avanti, perché essa si allineava al resto dei Paesi d'Europa che aveva seguito, e continua a seguire, ugualmente la stessa linea, con una posizione pragmatica, se volete empirica, dell'accettazione del principio secondo cui dobbiamo in qualche maniera risolvere il problema dei tossicodipendenti tutelando,

(e questo è ovviamente il compito primario di un Ministro della Sanità) la salute di questa popolazione.

I punti forti degli obiettivi erano la riduzione di mortalità, la riduzione delle grandi infezioni, la ripresa di una vita e di un'interazione sociale, e la ripresa di un'attività lavorativa o di studio. Il punto debole, ovviamente, come tutti potete immaginare, era il rischio di una cronicizzazione della dipendenza. Ma la forza dei primi punti sembrava, o sembra o è sembrata, a tutta l'Europa così preponderante sull'altro da far spingere molto celermente in quella direzione.

Cerchiamo di illustrare cosa è successo in questi anni e come questa nuova politica di intervento nel mondo della droga abbia avuto o non abbia avuto dei risultati.

I primi dati invitano ad un certo ottimismo: la mortalità, dal 1996 al '99 risulta in diminuzione. La diminuzione non è forte ma è costante. E questo ci fa pensare che in fondo siamo sulla strada giusta.

Se analizziamo i dati più analiticamente osserviamo che la caduta della mortalità è stata inversamente proporzionale all'aumento dell'uso del metadone. Cioè l'introduzione del metadone su larga scala nei tossicodipendenti e il suo uso prolungato e non solo limitato al breve periodo, è stato benefico.

L'altro elemento favorevole è stata l'azione straordinaria dei SERT. L'ha già detto Livia Turco ma lo ripeto anch'io, i SERT sono una grandissima, validissima rete di azione e quanto più questa popolazione di malati si affida ai SERT tanto più è facile pensare di potere controllare la loro condizione di salute. I SERT, sapete, sono cinquecentocinquantacinque in tutta Italia, impiegano settemila persone, il quaranta per cento delle quali sono medici e psicologi, hanno in carico centoquarantacinquemila utenti, assistiti con molta attenzione. Rappresentano quindi una rete preziosissima per il Paese e credo che tutti dovremmo esprimere a loro un ringraziamento infinito.

Ai SERT sono collegati, poi, i CABS, Centri a Bassa Soglia, in inglese drop in centers, strutture in cui il ragazzo può andare, quando vuole, come vuole, senza bisogno di stabilire dei protocolli, senza essere costretto a delle terapie. Ci va solo per essere confortato, ci va abbandonando momentaneamente la strada, ci va per bere un caffè, un the, vedere la televisione, leggere, parlare con altre persone, comunicare e liberarsi delle proprie angosce. Quindi è un'azione utilissima perché è totalmente libera. Chiunque può entrare, non deve dichiarare né il nome né il cognome. Si tratta di un'iniziativa molto civile, avanzata che si avvicina e si collega molto proficuamente a quell'altra realtà costituita dalle "unità di strada".

Gli interventi di strada sono un'altra forma innovativa di aiuto che si è dimostrata preziosissima: lo sapete come funziona, la praticano gruppi di persone (che sono altamente meritorie) che nelle periferie cercano di "catturare" il tossicodipendente, di vivere insieme al ragazzo che si è autoemarginato e che vive isolatamente, magari sulle panchine di un parco, cercano il dialogo, cercano un'alleanza. Alleanza nella comunicazione, una forma di empatia, di reciproco rispetto e di reciproca comprensione che è alla base del recupero di un ragazzo che è caduto in questa sfortunata condizione.

Oltre ai SERT vanno tenuti in considerazione anche il ruolo e il peso assistenziale molto importante delle strutture riabilitative, cioè delle comunità, in grande aumento e molto efficienti che sono in qualche maniera collegate ai SERT.

Un tema che non sempre viene affrontato, ma che invece merita un approfondimento riguarda l'età media degli utenti dei SERT: essa è aumentata, ed è in continuo aumento, sia nei maschi sia nelle femmine. Oggi si avvale dell'assistenza dei SERT solamente il quindici per cento dei ragazzi al di sotto dei venticinque anni. L'ottantacinque per cento è sopra i venticinque, quindi non siamo più davanti ad una popolazione di adolescenti o di giovanissimi. La popolazione dei tossicodipendenti è rappresentata ormai da "giovani adulti" o da adulti.

È questo è un dato molto incoraggiante, vuol dire che le nuovissime generazioni non entrano, o entrano meno che nel passato, nel mondo della tossicodipendenza. Se negli

anni '90 c'erano, diciamo, duecentomila tossicodipendenti, adesso ce ne sono ancora grosso modo duecentomila, duecentocinquantamila, allora viene da chiedersi dove sono finiti gli altri?

Evidentemente una parte è rimasta "dentro la droga": una minima parte (quella che, come dicono i dati, in misura per fortuna minima, ha avuto la disavventura dell'overdose), ma una grande parte è uscita definitivamente da questa condizione. Quindi possiamo concludere che le percentuali di guarigione sono elevate, che di droga si può guarire.

Anche la politica del metadone, che per molti anni aveva concretizzato poca efficacia perché era somministrato solo per brevissimi periodi, oggi che viene usato sul lungo periodo permette di controllare il paziente in modo più efficace, di avere con il tossicodipendente un rapporto sempre più dialogico, quindi sempre più avvicinato anche umanamente.

Un altro dato statistico favorevole è la caduta progressiva delle infezioni HIV. L'HIV è fortunatamente una patologia in via di soluzione, almeno parzialmente nel nostro Paese, o che ha molto ridotto i suoi effetti nocivi, grazie ad un maggior controllo del tossicodipendente. Anche la mortalità per overdose è in calo rispetto ad altre cause di mortalità. Secondo i dati di un importante studio dell'Università di Torino la mortalità per overdose risulta in coda nelle cause di morte della popolazione dai 15 ai 44 anni. Prima vengono gli incidenti stradali, il suicidio, l'Aids.

Vorrei adesso dedicare un minuto alla situazione europea. Perché ormai siamo cittadini europei, dobbiamo in qualche maniera guardare al di là dei nostri confini, vedere cosa succede in altri Paesi, perché tutti devono affrontare lo stesso problema che noi abbiamo. E ci sono delle novità.

Il programma dell'uso del metadone è entrato in forma massiva in tutti i Paesi d'Europa indistintamente, come è entrato altrettanto massivamente il programma siringhe monouso.

In via sperimentale in alcuni Paesi è stato avviato l'utilizzo di prescrizioni di morfina, o di eroina, e la creazione delle cosiddette sale di iniezione. Inoltre in alcuni Paesi il metadone è prescritto dal medico curante, cioè dal medico di famiglia. Si tratta di una procedura diversa rispetto a quella praticata nei nostri SERT: in altri Paesi è il medico di famiglia che diventa il protagonista e l'interlocutore, giustamente secondo me, nell'assistenza terapeutica del dipendente. E' quanto avviene in Belgio, in Danimarca e in Francia. In Austria è in atto una sperimentazione di prescrizione di morfina a lento rilascio, nei casi refrattari al metadone. In Francia si è conclusa la sperimentazione di uso controllato di morfina. La Germania sta sperimentando l'uso di eroina per vena ai dipendenti che si mostrano resistenti al metadone. E lo stesso vale per l'Olanda, tutti Paesi che stanno tentando nuove strade di terapie sostitutive. Infine la Svizzera: ha scelto una posizione molto... io la chiamerei coraggiosa, perché, dopo qualche anno di sperimentazione, ha reso legale l'uso dell'eroina come alternativa al metadone, sempre nei casi in cui i pazienti si mostrino resistenti al metadone.

Ecco, questi paesi, la Svizzera, l'Olanda, la Germania, hanno creato strutture dove il tossicodipendente può entrare e trovare una stanza protetta in cui può iniettarsi o farsi iniettare la sostanza, sotto controllo medico, in modo che non ci siano rischi di sovradosaggio. E' una proposta innovativa, tutta da verificare, i dati sono preliminari anche se la somministrazione controllata di eroina per i tossicodipendenti refrattari ad una terapia col metadone è ormai legalizzata dal '98 in Svizzera. Abbiamo un rapporto preliminare da parte del governo federale svizzero, quindi attendibile perché viene da un'autorità molto competente, secondo cui si è verificato un buon recupero dei pazienti in senso clinico ma anche in senso sociologico con una diminuzione della morte di overdose, una diminuzione di infezioni da HIV e una riduzione - questa è un altro elemento molto importante - della criminalità. Quindi, i risultati sono interessanti ma, ripeto, siamo in una fase ancora di osservazione.

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

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

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

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

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

Un cenno sulle nuove droghe. Questo è un mondo nuovo, un mondo diverso, lontanissimo dall'eroina, anzi di segno opposto all'eroina. Queste nuove sostanze sono definite degli eccitanti. Voi sapete che l'eroina rappresenta la cultura dell'autoemarginazione, del rifiuto, della non accettazione di una società che è considerata ingiusta o sbagliata, o comunque che non attira i giovani, per cui il ragazzo che si dà all'eroina è un ragazzo che desidera emarginarsi. È una forma, se volete, di autoeliminazione o, quasi, di impulso suicida davanti a una società che egli non accetta e dalla quale si sente rifiutato.

Le nuove droghe sono di segno opposto, sono eccitanti. Semmai esaltano la personalità, portano alla ricerca della conferma del proprio potere, della propria capacità espressiva. È quello che viene definito lo "sballo" nel gergo giovanile, e che quindi è di segno esattamente opposto alla tendenza dell'autoemarginazione cercato e voluto con l'uso dell'eroina. Quando dicevo che oggi meno ragazzi entrano nell'eroina, è perché c'è questa nuova tendenza, questa nuova "filosofia" originata da una pulsione diversa. E anche rituali diversi. È quello del fine settimana, il luogo lo sapete, è la discoteca. La discoteca è un luogo appunto di eccitazione, di autoesaltazione, che io credo in buona sostanza sia da considerare quasi benefica.

Non vorrei dire una cosa che può suonare bizzarra, ma io penso che nella discoteca, questo luogo usuale dove i nostri giovani si raccolgono con i loro riti e le loro consuetudini e dove anche le droghe leggere e l'ecstasy entrano e non sono certamente le benvenute, nessuno qui vuol sostenere che l'ecstasy sia una sostanza benefica; nella discoteca, dicevo, il giovane trova uno sfogo naturale della sua esuberanza. Certamente molti giovani trovano altre strade per divertirsi, ma la maggioranza preferisce la discoteca e in discoteca trova anche le droghe leggere. Questo è un dato di fatto, una realtà che tutti conoscono, come non si può ignorare che in discoteca lo sballo, lo spinello sia un rito immancabile.

A 15 anni di età "fumano" dal 10 al 15% dei ragazzi che diventano a 18 anni il 38% nelle femmine e il 56% nei maschi. Fenomeno di massa quindi. Come considerarlo, a quali rischi va incontro?

Le statistiche epidemiologiche dimostrano che la mortalità per droghe leggere è pari a zero, che esse non danno assuefazione e che non sono il tanto temuto "ponte" di passaggio alle droghe pesanti, in particolare all'eroina. Di quel 56% che a 18 anni fuma la cannabis solo lo 0,8% è passato all'eroina.

Anche l'ecstasy fortunatamente non è mortale, né dà grande dipendenza. I pochi morti che si sono avuti sono dovuti alle sostanze impure assunte o a preparati "artigianali". Se dovessimo scegliere tra il mondo della droga tradizionale, quello dell'eroina, della tossicodipendenza pesante, con tutti i problemi che comporta di rischi e di morte e il mondo della discoteca e delle droghe leggere, anch'esse dai molti problemi eccezionali fatta per la morte e la dipendenza, io credo che non sarebbe difficile scegliere sulla base dei rischi che ognuna di queste scelte comporta.

Vorrei ora tornare ai cannabinoidi. Non tocca a me dire se e quanto sia giusto o sbagliato tenerli fuori dalla legge, è un problema che tocca al Parlamento. Mi permetto di esporre i dati di un'indagine effettuata dall'ESPAD (European Survey Project on Alcohol and Other Drugs promossa dal governo svedese e coordinato dal "Gruppo Pompidou" del Consiglio d'Europa) sugli studenti delle scuole superiori. Interrogati su quale fosse stato il loro atteggiamento nel passato nei riguardi di alcune sostanze voluttuarie (alcol, sigarette, cannabinoidi, ecstasy, cocaina, eroina) l'ottantasei per cento ha detto di avere usato alcolici, magari saltuariamente, il settanta per cento di aver fumato una sigaretta o delle sigarette, ma il trentatré per cento di aver fumato cannabinoidi. Poi nella graduatoria delle risposte si crolla verso cifre molto basse, sedativi sette per cento, cocaina cinque per cento, ecstasy due per cento e l'eroina zero otto per cento.

Vi invito ora a una riflessione: Se alla classifica dei consumi affianchiamo invece la classifica dei danni e dei rischi scientificamente dimostrati, vediamo che il tabacco causa 80 mila morti l'anno per tumori, l'abuso di alcol 30 mila, l'eroina direttamente o indirettamente

mente non supera il migliaio; tra le droghe leggere eccitanti, l'ecstasy neppure una decina.

Tralascio considerazioni di ordine sociologico, le abitudini delle persone, stili di vita ecc.: dico solo che se noi accettiamo tranquillamente, senza alcun intervento, che si consumino alcolici senza troppe difficoltà pensando pure che l'alcolismo provoca trentamila morti all'anno, se accettiamo che i ragazzi fumino sigarette sapendo che il fumo di tabacco provoca ottantamila morti all'anno in Italia, be' in fondo siamo molto allineati con i cannabinoidi che sono usati nel trentatré per cento dei giovani ma fortunatamente non provocano mortalità.

I dati di queste indagini ci devono far riflettere, non per trarre conclusioni ma per riprendere un dibattito in termini razionali. Ho combattuto da medico per tutta la vita contro l'uso di droghe, e anche come padre di sette figli so quali problemi la tossicodipendenza si porta dietro. Ma si deve guardare a strade nuove, a percorsi più illuminanti, ad atteggiamenti più aperti e non solo repressivi.

Vorrei concludere tornando all'origine di questo mio intervento, al primo pensiero che ho citato come risultato del messaggio di Napoli, tre anni fa. Il tossicodipendente, questa persona malata, va messa al centro di ogni intervento di cura e assistenza; occorre accettarne i problemi e le esigenze, le discordanze caratteriali; bisogna curarlo anche quando le sue premesse e intenzioni differiscono da quelle dell'operatore. Questo è quello che io credo debba essere l'atteggiamento nel futuro, di grande umanità, di grande tolleranza, di grande dolcezza verso persone che hanno sperimentato una vicenda per tante possibili ragioni sfortunata, che sono cadute in una trappola, in un vortice a cui non erano forse preparati, certamente per debolezza, qualche volta per ingenuità, qualche volta per un tentativo di rifiuto di una condizione umana che non ritengono nel mondo di oggi, pieno di violenze e sopraffazioni, vicino al proprio ideale di vita. Ecco, il grande bisogno di amore che questi ragazzi hanno deve essere esaudito. Grazie.»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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