

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

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

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

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

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

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

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

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

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

dente CEAS, Coordinamento Enti Ausiliari Regione Sicilia.»

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Da giovane amministratore, perché sono vent'anni che sono in consiglio comunale, la Usl mi ha chiamato a dirigere un'esperienza che doveva essere innovativa, creare una comunità di recupero in un piccolo territorio destinato solo a utenti di quel territorio in colla-



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

costituire una commissione di lavoro per il rinnovo dell'atto di intesa Stato - regioni, per le comunità, a Lungo Tevere Ripa c'erano un centinaio di persone in rappresentanza di tutte le sigle del variegato mondo delle comunità private, associate, di vario tipo e di varia natura. Di tutto l'apparato pubblico, comunità, SERT e aziende sanitarie. In mezzo a cento e più persone, ce n'erano due soli: il dottor CONSOLI e io. Mi sono battuto per la pari dignità, perché il pubblico abbia la voce giusta. Perché non sempre, in tutti gli organismi, il pubblico è parimenti rappresentato. Non me ne vogliate, ci sono testimoni oculari. E lo stesso per quanto riguarda alcune lungaggini. Non devo difendere l'apparato pubblico, non è mio compito, anche se un po' di parrocchia la faccio anch'io. Il discorso dell'atto di intesa. Riccardo DE FACCI dice: è colpa del privato, colpa del pubblico. No. Ci sono alcuni passaggi alle volte che non sono colpa né dell'uno né dell'altro. Quando abbiamo elaborato l'atto di intesa, dico abbiamo perché poi alla fine, in qualche modo il pubblico è riuscito ad avere un pezzettino di rappresentatività all'interno della commissione, abbiamo voluto, a norma di garanzia di tutti, che l'atto di intesa non arrivasse così nel dettaglio da poter diventare un atto che veniva imposto in tutte le sue parti e tutelare la specificità della potestà regionale normativa. Per offrire la possibilità di dare degli sviluppi di interazione a livello regionale e a livello locale, una serie di norme sono dichiarate e rinviate alla determinazione regionale locale. È il discorso della coprogrammazione di cui stiamo parlando, quindi che non riesce a decollare. L'atto di intesa è stato pubblicato a ottobre. Non è passato un anno. Si dice che non sono tempi ragionevoli. Ma la settimana scorsa abbiamo abrogato la legge Crispi del 1890. Con un po' di pazienza ci arriviamo. Che cosa volevo dire? Che quando si valutano questi tempi è facile fare demagogia da parte di chiunque. Allora dovete sapere, non credo di svelare nessun mistero, ma l'atto di intesa predeterminato, pronto per essere pubblicato, è stato fermo sei mesi nella sede ministeriale perché un Don Ciccillo di turno ha avuto il documento, non riconosceva nella specificità, nel ventaglio di tutte le articolazioni, che avete visto. Due anni e mezzo per fare una stesura. Se adesso le Regioni si pigliano qualche mese in più per fare il regolamento di attuazione, invito tutti alla tolleranza. Rappresento, Don Andrea, le comunità pubbliche, e da un certo punto di vista anche un po' l'azienda pubblica che è sempre assente ai vari tavoli. C'è il ministero, c'è la Regione, ci sono le comunità. Poi quelli che hanno i soldi, quelli che devono decidere il dettaglio, quelli che in qualche modo devono lavorare insieme stranamente non ci sono. Anche questa è un'anomalia che in qualche modo andrebbe sistemata. Allora qualcuno si domanda: le comunità pubbliche che senso hanno? Vanno un po' contestualizzate, sono circa una cinquantina in Italia. Noi ne abbiamo già verificate circa trentadue, quindi siamo in grado nei prossimi giorni di darvi un prontuario, proprio di fornire una specie di manuale con le destinazioni, le tipologie degli interventi, le prestazioni e quant'altro. Sono nate non in contrapposizione, salvo qualche caso, ma in ragione delle rigidità del sistema; quindici o vent'anni fa l'offerta di comunità pubblica era a tal punto, per certi versi, rigida, ingessata o ideologicamente, o nei programmi, o nelle fasi, che non sempre era facile prendere i ragazzi con i loro problemi e metterceli dentro. Allora è nata da parte di qualcuno la necessità di cominciare quel percorso che oggi ci vede felicemente, e tutti molto più avanzati, a dire: costruiamo sul bisogno, e non sulle tipologie. Questa è stata la ragione per cui in molte parti d'Italia sono nate delle comunità pubbliche che non volevano contrapporsi al privato. Avevano l'esigenza di dare risposte a quelle nicchie di bisogni e di problemi che non trovavano soddisfazione. Per anni, non me ne vogliano i cattolici, lo sono anche io, avveniva la selezione dell'utente. Non ci scordiamo le cose. Per cui in alcune comunità non si entrava se non c'era un pedigree, una professione, una famiglia. Come servizio pubblico avevamo il dovere di dare risposta anche a questa gente. Quindi è nata questa rete. È indubbio che oggi la situazione si è notevolmente evoluta. E io, ripeto, sono d'accordo con la Bianca COSTA quando dice che nonostante i punti di criticità del nostro rapporto, perché siamo un sistema complesso, di passi avanti ne abbiamo fatti onestamente tanti. Dal punto di vista culturale,

organizzativo, degli strumenti normativi. Avete visto, sia pure con la nota celerità di applicazione, che abbiamo un po' più di strumenti. Oggi c'è una situazione particolarmente interessante: la possibilità di riattribuzione di compiti e di tipologie di interventi. Cioè se quel discorso della concertazione, che poi diventa coprogrammazione, viene, con un minimo di buon senso, attivato sui tavoli, forse, per la prima volta, siamo in grado di metterci al tavolo fra pubblico e privato e dire: chi fa che cosa. E insieme vedere quello che manca. E questa non è fantasia. E' negli strumenti giuridici e amministrativi che ci sono dati, anche se manca qualche dettaglio. Allora il problema diventa, per noi, la costruzione della rete. Ma non di tante catenelle, come quelle che abbiamo in qualche modo ora. Per cui c'è la rete delle comunità di Tizio, la rete delle comunità di Caio e poi il pubblico che interagisce per spezzoni di attività. Forse dobbiamo fare un passo avanti per andare verso la costituzione del complesso del sistema, dell'offerta e quindi poi ripartire dal discorso del percorso assistenziale e dei bisogni individuali per far coincidere questa domanda con questa offerta. Allora, visto che il tempo è stringato, evito tutta una serie di altre osservazioni e ripropongo il problema delle comunità pubbliche.

Noi riteniamo di avere ancora un senso, perché la domanda a questo punto potrebbe essere: ma se, a questo punto, la rete in qualche modo si è diffusa, i servizi vanno meglio, ha ancora oggi un senso mantenere delle strutture a gestione diretta delle aziende? Secondo noi sì, se facciamo un qualche distinguo. Se qualcuno pensa di mantenere in piedi la rete delle strutture pubbliche solo per la gestione della routine o per sterili ulteriori contrapposizioni territoriali, sbaglia tutto. Dal nostro punto di vista e quindi dell'associazione che rappresentiamo riteniamo che, con un minimo di intelligenza, si possa invece rivalutare tutta la positività del percorso che abbiamo fatto. Allora in questo ambito, noi per primi, e quindi noi come associazione, ci sentiamo, dicevi di fare delle proposte, di proporre alle nostre aziende e alle nostre strutture comunitarie di recuperare una dimensione di ricerca e di sperimentazione. Cioè di valorizzare tutta la risorsa che siamo, e non è poco, perché? Perché come struttura pubblica abbiamo una pluralità di professionalità e di mezzi; abbiamo dei costi che già vengono sopportati e quindi non si tratta di andare a cercare risorse aggiuntive, ma di spostare il limite del nostro intervento. Le nostre strutture sono abbastanza piccole, la media di ricettività delle nostre strutture è attorno a sedici, diciassette, diciotto persone, il che ne dà una dimensione interessantissima. Se insieme, ripeto, cominciamo ad immaginare questa piccola rete come una rete di servizio a disposizione. Perché noi pensiamo di poter essere utili in una differenziazione di offerta sui nuovi bisogni, come la comorbidità, tutte le dipendenze ai vari livelli, tutte le patologie associate. Cioè tutti i problemi che richiedono strutture complesse alle spalle, che spesso il privato nonostante la sua buona volontà non è in grado di dare come risposta complessiva. Noi possiamo beneficiare di quello che siamo, per entrare nella rete, ma non per litigare. Per essere quella parte, è stato ricordato stamattina, di complementarietà, di ricerca avanzata, di struttura che può dare delle risposte. Tra le varie patologie, lo vediamo, c'è l'alcool, ma oserei dire, perché è un problema anche per noi, il gioco d'azzardo. Cioè tutta quella gamma di dipendenza, come è stato ricordato, che comincia a rappresentare per noi delle nuove frontiere di bisogni, perché non c'è solo l'eroina, e lo sappiamo tutti. Ormai il complesso della situazione sta evolvendo in una maniera tale per cui abbiamo necessità di prepararci a dare risposte. Ebbene, noi diciamo: siamo una parte delle risorse del territorio, non vogliamo essere né di più né di meno degli altri. Forse possiamo diventare una risorsa complementare, se si va tutti nella stessa direzione. Quindi non le comunità pubbliche per la gestione delle routine, non le comunità pubbliche per le contrapposizioni vuote e sterili, ma come risorsa di rete per poter costruire questo sistema. Quindi la complementarietà che noi offriamo, partendo dalla programmazione, quindi dall'utilizzo dei nuovi strumenti, perché veramente si possa andare ragionevolmente, cristianamente questa volta Don GALLO, verso un sistema veramente integrato senza stupide e antistoriche contrapposizioni.»

Chairman Don Andrea GALLO:- «Molto bene. Allora, un ringraziamento a tutti coloro che