

# Conferenza per un progetto delle Regioni sulle dipendenze – Bologna, 7 e 8 febbraio 2005

## Documento delle Regioni

*Provincia Autonoma di Bolzano, Regioni Campania, Emilia-Romagna, Friuli - Venezia Giulia, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria.*

Obiettivo: mettere in luce le scelte strategiche comuni alle Regioni, evidenziando i punti di discordanza con il disegno di legge nazionale

Premessa: la *Strategia dell'Unione Europea in materia di droga (2005 – 2012) (Consiglio Europeo 15 novembre 2004)* presenta un approccio integrato, multidisciplinare ed equilibrato. In tema di riduzione della domanda, si pone alcuni obiettivi, da ottenersi attraverso lo sviluppo e il miglioramento di un sistema efficace, integrato, completo e basato sulle conoscenze, che includa la prevenzione, gli interventi precoci, il trattamento, la riduzione del danno, la riabilitazione e il reinserimento sociale; si sottolinea la necessità di tenere conto dei problemi sanitari e sociali prodotti dall'uso di sostanze psicoattive illegali e del policonsumo in associazione con sostanze psicoattive legali come il tabacco, l'alcol e i farmaci.

Gli obiettivi sono:

- prevenire l'inizio del consumo di sostanze;
- prevenire il passaggio dall'uso sperimentale all'uso regolare;
- mettere a disposizione interventi precoci per i consumatori a rischio;
- mettere a disposizione programmi di trattamento;
- mettere a disposizione programmi di riabilitazione e reinserimento sociale;
- ridurre i danni sanitari e sociali droga-correlati.

Tutte le azioni sono complementari e dovrebbero essere offerte in modo integrato e contribuire a ridurre l'uso e la dipendenza da droghe e a ridurre le conseguenze sanitarie e sociali droga-correlate.

A partire dalla strategia dell'UE in tema di prevenzione, trattamento e riduzione del danno, le Regioni concordano sui seguenti punti:

### Prevenzione

Le Regioni si impegnano a:

- Promuovere la partecipazione dei giovani e valorizzare le risorse presenti nei gruppi informali e nei singoli come risorse per le comunità locali
- promuovere il benessere delle giovani generazioni e sostenere il conseguimento dell'autonomia e del senso critico dei giovani, con l'attuazione di politiche regionali e locali complessive e coordinate tra diversi soggetti istituzionali e l'attivazione di tutte le risorse istituzionali, formali ed informali presenti nelle comunità locali
- attivare percorsi personalizzati di ascolto, supporto, accoglienza ed eventuale presa in carico e offerta di prestazioni anche specialistiche per i gruppi, le situazioni ed i comportamenti a rischio;
- sviluppare e qualificare il lavoro di prossimità (interventi sul posto), anche prevedendo la riorganizzazione, in una logica di prossimità, dell'offerta dei servizi sociali e sanitari

- sviluppare e qualificare gli interventi di promozione della salute nei luoghi del divertimento
- garantire la necessaria formazione e riqualificazione degli operatori
- promuovere stili di vita sani e consapevoli

no a:

- messaggi di tipo terroristico
- messaggi che equiparano tutte le sostanze e tutte le modalità di assunzione
- interventi non progettati in relazione al contesto

**Trattamento:**

Le Regioni si impegnano a

- garantire tutti i trattamenti riconosciuti efficaci ed appropriati, ambulatoriali e residenziali, compresi i farmaci oppioidi, per tutte le persone dipendenti da sostanze
- valorizzare le competenze dell'utente
- privilegiare i trattamenti integrati medici psicologici e sociali
- coinvolgere l'Ente locale e la comunità locale in senso lato nelle sue funzioni di supporto all'inclusione sociale.

no a:

- trattamenti limitati da considerazioni che non siano dettate da evidenze scientifiche
- riduzione degli interventi residenziali a sostituti della carcerazione
- confinamento delle persone dipendenti da sostanze in un percorso di trattamento chiuso al territorio

**Riduzione del danno:**

le Regioni si impegnano a:

- garantire l'accoglienza e il supporto alle persone che abusano o sono dipendenti da sostanze a prescindere dalla loro intenzione a cessarne o meno l'uso
- migliorare la qualità della vita
- ridurre la mortalità e morbilità correlata
- sostenere il lavoro di prossimità (interventi sul posto)
- favorire l'accesso ai servizi di cura
- migliorare l'inclusione sociale attraverso il coinvolgimento dell'Ente locale e della comunità locale nel suo complesso, tenendo conto dell'impatto sociale degli interventi

no a:

- emarginazione di chi non può o non vuole cessare l'uso
- rifiuto di utilizzare misure di profilassi contro la diffusione delle malattie infettive

Le Regioni si impegnano a conseguire questi obiettivi attraverso una organizzazione dei servizi con idonee caratteristiche.

Il modello organizzativo deve garantire al cittadino con problemi di abuso o dipendenza da sostanze percorsi di trattamento di qualità, efficaci ed appropriati, destinando a questo settore adeguate risorse e prevedendo le necessarie iniziative di formazione ed aggiornamento di tutti gli operatori dei servizi. Il servizio pubblico garantisce l'erogazione

delle prestazioni e collabora a questo fine con le organizzazioni del privato sociale, fin dalla fase di lettura dei bisogni. La dimensione territoriale deve essere valorizzata attraverso una assunzione di responsabilità dell'Ente locale nella sua veste di titolare delle politiche locali di promozione della cittadinanza sociale e del benessere dei cittadini.

Questo modello non prevede quindi competizione o contrapposizione tra servizi delle Aziende USL e del privato sociale, che al contrario concorrono al medesimo obiettivo, con strumenti diversi ma in integrazione fra loro. Inoltre questo modello non relega l'Ente locale a semplice fornitore di "assistenza sociale", ma ne valorizza le competenze e le funzioni programmatiche attraverso lo strumento dei Piani sociali di zona di cui alla L. 328/2000.

In particolare:

- Le Aziende UsI assicurano l'erogazione del livello di assistenza direttamente attraverso i Sert nelle loro diverse articolazioni (Centri alcolologici, servizi a bassa soglia ecc..) e gli altri servizi aziendali coinvolti e, mediante accordi, attraverso le organizzazioni del privato sociale.
- I Sert e le organizzazioni del privato sociale devono produrre le prestazioni richieste secondo criteri di qualità come previsto dai requisiti per l'accreditamento
- Le Aziende USL riservano adeguate risorse per assicurare l'effettiva erogazione del livello di assistenza
- La definizione delle tariffe per le strutture del privato sociale, in mancanza di una definizione nazionale, viene effettuata a livello regionale, in relazione alle tipologie di offerta previste nella normativa per l'accreditamento
- I rapporti tra i Sert e le organizzazioni del privato sociale sono improntati alla collaborazione, e prevedono la condivisione della lettura dei bisogni, dell'offerta presente sul territorio, delle eventuali necessità di modifiche dell'offerta, di sperimentazione di percorsi innovativi che rispondano al mutare del fenomeno.

Trattandosi di prestazioni a natura sociosanitaria, le Regioni si impegnano ad una responsabilizzazione degli Enti locali, i quali, attraverso lo strumento di programmazione territoriale (Piano di zona) definiscono con l'Azienda USL, con la collaborazione delle organizzazioni del privato sociale, gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo e di riduzione del danno.

Riguardo alla prevenzione, pur in assenza di una necessaria legislazione nazionale sui giovani, le Regioni concordano sul fatto che, per ottenere risultati significativi sul piano della prevenzione primaria, occorre investire risorse nelle politiche per i giovani.

Tali politiche, la cui titolarità prevalente è dell'Ente Locale, vanno attuate con la collaborazione di tutti i soggetti pubblici e del Terzo settore coinvolti, ciascuno con responsabilità e ruoli diversi, fin dalla fase di lettura dei bisogni e di definizione dell'offerta, sperimentando anche percorsi innovativi che rispondano al mutare dei bisogni.

# Conferenza per un progetto delle Regioni sulle dipendenze

Bologna, Palazzo dei Congressi, 7 e 8 febbraio 2005

## ***Sintesi delle Sessioni parallele*** (a cura di Giuseppe Vaccari – Itaca Italia)

Non si tratta di un report fedele del vastissimo ed articolato lavoro di approfondimento (8 gruppi per oltre 32 ore di dibattito che hanno coinvolto con interventi diversi oltre 100 persone, con una media di 300 partecipanti per sessione), ma di una semplice focalizzazione dei punti che i relatori dei diversi gruppi hanno ritenuto di dover porre all'attenzione di Amministratori regionali, politici nazionali e governo.

### **1 *Legalità, giustizia e legislazione*** (Coordinatore Achille Saletti – Saman)

Il percorso che ci conduceva dalle politiche di *esclusione* a quelle di *inclusione* sociale pare essersi interrotto e, al tempo stesso, avviato verso una dimensione di governo dei fenomeni complessi, quali l'uso di sostanze, in termini custodialistici.

Si svuota il principio di legalità nel momento in cui la norma giuridica diventa l'elemento regolatore di comportamenti e di stili di vita.

Si demanda al carcere, che dovrebbe intervenire solo in caso di *extrema ratio*, il contenimento di un fenomeno diffuso. Si riempie, nel contempo, di significati simbolici il concetto che lo Stato possa farsi etico, determinando il comportamento degli individui.

Rispetto a tale approccio, tutti gli operatori che hanno partecipato alla sessione hanno espresso con forza il loro dissenso, indicando altresì alle Regioni ed al Governo nazionale la necessità di recuperare la gestione politica del fenomeno in termini di rilancio di un Welfare dell'accoglienza e dell'inclusione.

Recuperare la cultura della legalità declinandola in termini di "responsabilità della società" e, al tempo stesso, porre in essere le politiche sociali ed economiche che sostengono questo processo di recupero, diventa imperativo categorico.

In tal senso occorre riattivare alcuni strumenti quali il reddito minimo di inserimento (o, come più felicemente lo definisce la Regione Campania, che autonomamente lo ha reintrodotta,

*reddito di cittadinanza*) in quanto rappresenta un passo necessario da compiere al fine di ridurre la distanza tra mondo legale e mondo illegale.

E' in tale direzione che il gruppo sulla legalità auspica sia avviata la riflessione e l'elaborazione teorica e pratica dei prossimi anni.

## 2 *Giovani e codici del piacere* (Coordinatore Claudio Cippitelli – CNND)

1. La gran parte del mondo giovanile presenta una propria specificità che difende fortemente e che bisogna rispettare se ci si vuole addentrare e restare in rapporto con esso.
2. Le équipes di operatori che si sono andate costituendo, dalla seconda metà degli anni '90 in poi, formandosi su e con interventi nel mondo del *loisir* notturno, del divertimento e più in generale in attività di prossimità con i tanti ambiti dell'universo giovanile, sono riuscite a raggiungere gruppi e realtà aggregative sino ad allora ignorate dal mondo adulto, stabilendo collegamenti e mantenendoli nel tempo.
3. Queste équipes sono le uniche che permettano, tra le altre cose, un qualche dialogo fra le realtà giovanili più *liminali* e mondo adulto e istituzionale. È interesse della società mantenere e potenziare queste esperienze, capaci non solo di efficaci interventi di prevenzione, promozione della salute e riduzione dei rischi, ma anche di registrare precocemente e interpretare manifestazioni di comportamenti, stili di vita e di consumo inediti.
4. Tali attitudini e peculiarità vanno riconosciute, stabilizzando anche economicamente le attività rivolte al mondo *loisir* notturno e diurno massicciamente frequentato da tanti e diversi gruppi giovanili. Si impone, inoltre, un potenziamento di tali interventi, integrandoli con iniziative volte a favorire una presa in carico precoce, anche sanitaria, di coloro che manifestano problematicità e sofferenza nei loro percorsi di consumo e di abuso. Si deve rendere possibile un'azione di accompagnamento tempestiva di tale utenza verso i servizi esistenti, favorendo l'adattamento e l'aggiornamento di questi ultimi ai bisogni di consumatori dalle caratteristiche profondamente diverse da quelle dei tossicodipendenti.
5. Queste iniziative non possono essere concepite con rigide limitazioni territoriali: équipes di diverse regioni da anni attuano pratiche di intervento comuni in grandi eventi, festival, *technival*. Le caratteristiche nomadiche di molti gruppi giovanili impongono momenti di scambio e aggiornamento comuni e costanti tra coloro che, istituzionalmente o professionalmente, sono interessati al benessere dei giovani.
6. Si auspica una iniziativa forte del Parlamento e delle Regioni per la realizzazione di una legge che promuova il protagonismo e la partecipazione dei giovani, dei loro gruppi e delle loro forme aggregative, collegandosi il più possibile al loro sorgere spontaneo, più che pretendendo di dirigerlo.

### 3 *I servizi di prossimità tra riduzione del danno e bisogni sociali* (Coordinatore Edo Polidori – FederSerD)

- Nella sezione dedicata alla RdD e ai servizi di prossimità si è fatto il punto sulla situazione attuale e in particolare sono stati evidenziati i seguenti punti:
- Ci si trova concordi nel non limitare la RdD ad una mera funzione sanitaria, ma ad estendere interventi e competenze alla sfera sociale dell'inclusione e della cittadinanza.
- La RdD ha una storia e delle evidenze ormai assodate all'interno del mondo scientifico che devono essere parte integrante delle politiche sociali
- La RdD fa parte di un sistema di interventi che devono dialogare tra loro: dalla prevenzione alla cura, facilitando l'integrazione/comunicazione tra quelli che sono i quattro pilastri delle politiche europee sulle droghe (prevenzione, cura, RdD e repressione del traffico)
- La RdD come pilastro è in grado di attivare circolarità poiché non è "solo" una tecnica ma un paradigma che aiuta a ridisegnare un sistema di intervento. Tuttavia nel nostro paese questa potenzialità innovativa è ancora ampiamente sottovalutata e oggi anche apertamente osteggiata da molti esponenti del Governo
- Un aspetto importante è che la RdD è un modello di mediazione dei conflitti alternativo rispetto alla gestione securitaria, con ricadute positive sulla vita dell'intera collettività
- La RdD è quindi una cultura che come tale va comunicata con strumenti e modalità appropriate
- La RdD mette al centro la persona non solo in termini di ascolto dei suoi bisogni, ma come generatrice di competenze e abilità nel promuovere e tutelare la propria salute e qualità della vita
- La RdD agisce sui contesti, riconoscendone l'influenza sulla qualità della vita dei consumatori
- La RdD risponde al bisogno di tutela dei diritti delle persone, non solo diritto alla salute ma anche per es. diritto di cittadinanza
  
- RICHIESTE
- Necessità che i progetti diventino parte dell'attività ordinaria dei servizi, con la tutela opportuna sia dal punto di vista della copertura finanziaria, sia della tutela contrattuale e professionale degli operatori
- Inserire nei LEA gli interventi di RdD
- Applicare l'accordo stato/regioni con un servizio pubblico garante con ruolo di regia; creare il Sistema dipartimentale dei servizi per quanto attiene all'aspetto sanitario e per i diritti sociali vincolare quote della 328 per garantire gli interventi necessari
- Valorizzare il contesto europeo e sperimentare nell'ambito dell'autonomia regionale innovazioni nel sistema dei servizi, per esempio le "Stanze di salute" e l'analisi delle sostanze
- Elaborare un documento programmatico che espliciti almeno i seguenti punti:
- analisi dei bisogni e priorità

- presa di posizione rispetto alla distinzione tra consumo e abuso/dipendenza e alle differenti strategie opportune per affrontare questi fenomeni
- scelta chiara dell'opzione coesione/inclusione sociale contro ogni ipotesi di criminalizzazione e penalizzazione dei consumatori
- Prestare particolare attenzione nell'ambito della programmazione a sottogruppi maggiormente esposti a rischio di emarginazione come, per esempio, detenuti e migranti, senza fissa dimora
- Scrittura partecipata delle linee guida di intervento inclusi i consumatori/cittadini
- Esplicitare i criteri della valutazione sin dall'inizio della progettazione

#### 4 *I servizi per le dipendenze in un welfare in trasformazione* (Coordinatore Pietro Fausto D'Egidio – FederSerD)

- Si ritiene di importanza cruciale la integrazione socio-sanitaria con una definizione più estesa del ruolo del settore pubblico che preveda il coinvolgimento attivo, anche nelle scelte strategiche, del terzo settore, evitando interventi concorrenziali.
- Il sistema dei servizi deve poter contare su un dipartimento messo in condizione di gestire un budget definito per gli interventi sulle dipendenze patologiche. Si chiede comunque alle regioni di mantenere gli impegni presi con gli accordi Stato-Regioni che garantiscono anche una definizione omogenea dei modelli organizzativi.
- Si auspica la definizione di politiche rivolte non solo alle problematiche legate alle dipendenze patologiche, ma anche ai consumatori non dipendenti, con modelli di intervento diversificati (le politiche giovanili degli Enti Locali, le attività di prevenzione all'interno delle scuole, il sostegno all'associazionismo sportivo, ricreativo, culturale, ecc.)
- E' opportuno dotarsi di Agenzie territoriali per offrire attenzione, risposte ed interventi ai consumatori.
- E' opportuno che all'interno degli Ambiti Territoriali si realizzino livelli alti di integrazione tra il sociale ed il sociosanitario. In tal senso i Piani di zona, l'impianto della legge 328/2000 e tutta l'attuale normativa debbono trovare una corretta applicazione, con la partecipazione a pieno titolo degli operatori del sistema, in accordi di programma.
- Le amministrazioni centrali e locali devono mettere a disposizione del sistema dei servizi per le dipendenze le risorse economiche sufficienti per realizzare i programmi definiti e comunque i Livelli Essenziali di Assistenza.
- Programmi e allocazione di risorse non possono che essere il risultato di una serie di processi e di scelte condivise.
- Gli operatori chiedono di mettere al centro della programmazione e dell'agire:
  - Le evidenze scientifiche;
  - Il sapere frutto dell'esperienza degli operatori del sistema dei servizi accumulato in Italia negli ultimi 30 anni e che ha prodotto una molteplicità di esperienze, di buone pratiche, che è opportuno far conoscere e valorizzare;
  - La consapevolezza che "le cure funzionano" (come anche sostengono le Nazioni Unite);
  - La consapevolezza che "la bassa soglia funziona" (come anche sostiene il Parlamento Europeo)
- I consumatori e non solo i soggetti dipendenti da droghe;

- La necessità di creare strutture capaci di leggere i cambiamenti dei fenomeni.
- 
- Gli operatori del Sistema dei Servizi sulle dipendenze sottolineano come il welfare di domani passa non solo per un incremento di risorse, ma anche per un incremento del capitale sociale dei territori e per una radicale modificazione di quelle che sono le rappresentazioni sociali delle droghe, dei consumatori di droghe e dei tossicodipendenti.
- Hanno una importanza cruciale per il miglioramento continuo del sistema dei servizi la formazione e la valutazione, comprensiva dei sistemi di intervento.
- 
- C'è la assoluta convinzione che un miglioramento del welfare, il welfare che desideriamo per il futuro, passa non attraverso una legge che è organica ad un sistema che opera nella direzione di uno smantellamento dello stato sociale, abrogando lo stato di diritto e parlando con gli slogan di un capitalismo compassionevole. Anche il disegno di legge Fini partecipa alla definizione di un modello di welfare sul quale si va ad esprimere una critica radicale, stigmatizzando in modo particolare la trasformazione dei servizi inserendoli in un circuito assistenziale-carcerario. Tutti gli operatori e le agenzie territoriali sono consapevoli che il disegno di legge Fini non può essere emendato, va ritirato!

## 5 *Carcere, consumi e dipendenze* (Coordinatore Stefano Regio - Coop. Il Cammino)

La situazione in carcere con l'attuale normativa è già drasticamente problematica, la proposta di legge Fini rischia di peggiorarla ulteriormente.

I nodi problematici attuali sono:

- 1) Il carcere è, sempre più, la risposta penale ad un disagio sociale dell'individuo, una risposta dovuta ad una cattiva interpretazione dell'ansia di sicurezza che le città ed i cittadini esprimono;
- 2) La tendenza italiana, ed europea in generale, ad imitare il modello americano, ci porta ad un aumento della popolazione detenuta, in particolare di persone appartenenti alle fasce più deboli;
- 3) I dati statistici ci dicono che le persone che espiano la pena in carcere hanno una recidiva di circa il 70%; dai follow up sugli affidati, risulta invece che si abbassa al 27% nel caso dei tossicodipendenti e al 12% per gli altri;
- 4) Bisogna quindi intervenire sulla penalità, intesa come reclusione, perché sia adottata soltanto nei casi limite, non per reati lievi e quindi per il consumo e la detenzione di piccole quantità di sostanze illegali. Occorre intervenire inoltre sulle modalità di espiazione della pena perché sia garantito l'accesso alle misure alternative.

Tra le diverse proposte alternative al disegno di legge di Fini, il gruppo ritiene che quella che vede primi firmatari Boato e Turco meriti particolare attenzione, ed un maggior approfondimento non solo per la depenalizzazione del consumo ma anche per la parte che riguarda l'operatività dei servizi.



Nei frequenti casi in cui coesistono esigenze di salute e di giustizia, occorre far sì che le seconde (le sanzioni penali) non prevalgano sulle prime (la tutela della salute innanzitutto).

Si deve dar corso a quanto previsto dalla recente normativa (legge 419 e decreto legge 230) che prevede il completo passaggio delle competenze in materia di salute dei detenuti, dal ministero della Giustizia al S.S.N.; un esempio eclatante delle lentezze in materia, è dato dagli OPG e dal settore minorile.

Circa la proposta di legge Fini, le principali preoccupazioni riguardano lo stravolgimento di alcuni fondamenti storico-culturali dei servizi e dei trattamenti fin'ora effettuati, in particolare:

- a) il chiedere alle Comunità Terapeutiche di svolgere funzioni di custodia;
- b) Il riconoscere la possibilità di certificare lo stato di tossicodipendenza ad altri soggetti diversi dall'Ente pubblico.

## 6 *La comunicazione tra scienza e mistificazione* (Coordinatore Grazia Zuffa – Forum Droghe)

Sui temi della comunicazione e della scienza si intrecciano diverse questioni:

- i differenti filoni e indirizzi della ricerca;
- il rapporto fra la ricerca e la politica;
- come la ricerca orienta chi opera sul campo;
- come l'esperienza degli operatori si traduce in "sapere" e cultura diffusa;
- la rappresentazione sociale del consumo di droghe illegali sui media;
- i messaggi in relazione ai differenti target (la popolazione giovanile / la popolazione in generale).

In generale il gruppo ritiene che nonostante i cauti cambi di indirizzo a livello europeo nelle politiche sulle droghe, persista nelle rappresentazioni medianiche lo stereotipo del consumatore di droghe illegali equiparato al "drogato", al "tossicodipendente", indipendentemente dal modello di consumo.

La ricerca stessa è prevalentemente orientata dal modello di interpretazione del consumo di droga. Quello prevalente è il modello epidemiologico, focalizzato sulla malattia della *addiction*.

Una ricerca dunque perlopiù orientata a ricercare i fattori biologici, psicologici e sociali che rendono gli individui vulnerabili allo sviluppo della malattia "conclamata" e molto meno attenta agli studi antropologici, ai modelli di consumo non additivi.

Il gruppo si è interrogato quindi sul ruolo della politica nel perpetuare gli stereotipi e sul ruolo che gli operatori del pubblico e del privato sociale possono giocare per una diversa rappresentazione sociale del fenomeno e sulle scelte che ciò comporta.

In particolare occorre:

- 1) Attivare programmi di formazione regionale, sia rivolti al pubblico che al privato, sulle revisioni ed i lavori scientifici a livello nazionale ed internazionale (la cultura delle evidenze);
- 2) Promuovere ricerche sui modelli e traiettorie di consumo in setting "naturali" (la strada, i luoghi del divertimento, i servizi);

- 3) Migliorare la comunicazione locale, che non parli in termini generali ma parta dalla quotidianità, evitando che il tema droga emerga solo quando è una posta in gioco nell'arena politica o sull'onda delle cosiddette emergenze;
  - 4) Tenendo conto di una diffusa carenza sul piano delle capacità comunicative, programmare stages di formazione nella comunicazione per operatori dei servizi, dirigenti della sanità, personale del terzo settore;
  - 5) Sviluppare un'ampia ed approfondita strategia di documentazione sia a supporto dei comunicatori che degli operatori stessi;
  - 6) Promuovere campagne di informazione/prevenzione istituzionale, non generiche, valide per chiunque, ma mirate per target, evitando stereotipi banali del tipo "o ci sei o ti fai";
  - 7) Ribadire l'indipendenza professionale degli addetti all'informazione ed alla ricerca, denunciando ogni tentativo di avallare informazioni distorte o parziali o di strumentalizzazione della ricerca;
- 
- 8) Dare più spazio alla comunicazione "di denuncia" ogni qual volta personalità politiche od istituzioni distorcono il pensiero e la ricerca scientifica in materia di droghe e dipendenze;
  - 9) Abbandonare la tendenza ad utilizzare slogan comunicativi troppo riduttivi del tipo "consumi zero", che si prestano troppo ad essere equivocati nel loro significato e che sembrano riprendere concettualmente modalità comunicative tipiche di chi non cerca il dialogo o la comprensione ma si chiude ad ogni esperienza diversa (in questo senso si muove ad es. l'espressione "tolleranza zero");
  - 10) Sottolineare l'importanza strategica del fare ricerca nel contesto e favorire la nascita e l'implementazione, da parte delle regioni, di centri di documentazione, in rete tra di loro.

## *7 Le comunità come luoghi di libertà* (Coordinatore Teresa Marzocchi – CNCA)

La riflessione si è orientata, così come previsto dal tema assegnato, sull'importanza della filosofia di approccio all'intervento terapeutico. Praticamente si sono sviluppate considerazioni sui necessari antecedenti alla cura.

Alcuni temi forti emersi:

- Oggi è necessario uscire dal rischio di ricadere sulla significazione della salute in chiave morale, la modernità fin da Foucault, aveva superato questo concetto. L'esperienza delle prime comunità per tossicodipendenti aveva, per alcuni aspetti, recuperato questo vissuto (salvare le persone) che poi nel lavoro di presa in carico successivo si è emancipato. La situazione attuale rischia di riportarci a questi antecedenti, la semplificazione scientifica sta avvenendo sostenuta poi in modo plateale dall'approccio potente dei media.

- E' necessario acquisire la consapevolezza che nel moralismo non c'è libertà, il moralismo se usato in maniera educativa è prigionia ermeneutica. E' necessario sicuramente un nesso tra salute e comportamento ma occorre cercarlo con lucidità. Ogni pratica di cura è una relazione di potere (favorire o impedire il cambiamento). Valorizzare la relazione fra potere e responsabilità dando un peso determinante verso la responsabilità.

- Nella realtà attuale, anche alla luce dei lunghi anni di sperimentazione, ci sono i presupposti tecnico/scientifici per determinare quando e come i trattamenti residenziali sono luoghi di libertà sia per l'operatore che per l'ospite (e su questo le relazioni ne hanno dato ampia dimostrazione). E' altresì importante valorizzare il lavoro terapeutico a scapito di quello assistenziale (no all'accadimento generalizzato delle comunità), il senso di non proporsi come ricette uniche ma parte di percorsi, lavorare contro le resistenze al cambiamento in ogni tipologia di intervento. Approfondire quindi questo contesto trattamentale (la comunità) che è parte di un tutto del prendersi cura.

- I dati di realtà, i fallimenti, le modificazioni del fenomeno e dell'utenza evidenziano ogni giorno con maggior chiarezza che chi ha la titolarità del trattamento ha anche la responsabilità di cercare ogni possibilità di incontro affinché si possa gestire insieme alla persona accolta (utente) gli obiettivi di cura da raggiungere. Oggi si lavora in una negoziazione continua che ha come presupposto primo il rispetto dei diritti della persona che comprendono anche la sua volontà rispetto alle ipotesi di "guarigione" (quanto, quando e come vuol guarire).

Alcune proposte:

- Avere il coraggio di riprendere a parlare del trattamento comunitario senza ambiguità (le comunità sono di destra, il trattamento ambulatoriale di sinistra...) e partendo dai presupposti etici che sostengono l'intervento.
- Il trattamento comunitario è importante nonostante "San Patrignano". Comunità non è solo una comunità terapeutica, comunità non è solo la comunità di venti/trenta anni fa.
- Ragionare approfonditamente (e scientificamente) sul trattamento comunitario, dati alla mano (valutazione e valorizzazione), senza semplificazioni affinché la comunità sempre più si affini tecnicamente e sempre più sia inserita nella complessità dell'intervento sulla persona.

## 8 *Consumo, consumatori e sistemi di intervento* (Coordinatore Leopoldo Grosso – Gruppo Abele)

La sessione, sviluppata autonomamente su interventi programmati dal cartello "Confini zero", ha posto l'accento sul fatto che occorre tenere sempre ben presenti le diverse forme del consumo, che implicano riflessioni, strategie, interventi, fortemente diversificati a seconda che si parli di:

- a) consumo non problematico;
- b) policonsumo;
- c) consumo medico e terapeutico;
- d) consumo problematico;
- e) abuso;
- f) dipendenza.

Dalla sessione scaturiscono le seguenti proposte:

- 1) piena depenalizzazione dei consumi;
- 2) implementazione e consolidamento degli interventi a bassa soglia;
- 3) pill-testing;
- 4) rilancio dei Sert e del Privato sociale potenziandone le competenze di accoglienza e consulenza sanitaria e legale rivolta ai consumatori ed alle loro famiglie;
- 5) uso della cannabis a scopo terapeutico;
- 6) sperimentazione di questioni "difficili" quali le Sale di iniezione;
- 7) apertura di un dibattito con gli operatori sulla opportunità e fattibilità di sperimentare la somministrazione controllata di eroina.