

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

Doc. XVII
n. 15

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

nella seduta del 20 settembre 2000

Relatore DI ORIO

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 18 febbraio 1998, svolta nelle sedute del 17 dicembre 1998 e del 23 febbraio 1999 e con sopralluoghi compiuti in Amsterdam, Francoforte sul Meno, Zurigo, Madrid e Lisbona, nonchè in Genova, in Reggio Calabria, in Santa Cristina di Aspromonte, in Rimini e in Montescudo tra il 14 febbraio 1999 e il 5 luglio 2000, conclusa il 20 settembre 2000

SULLE MODALITÀ E SUI RISULTATI DEGLI INTERVENTI DI PRIMO SECONDO E TERZO LIVELLO PER LA LOTTA ALLE TOSSICODIPENDENZE ADOTTATI IN ITALIA, NONCHÈ SULLE PRINCIPALI ESPERIENZE STRANIERE

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 27 settembre 2000

L'indagine conoscitiva si è articolata in due fasi: nella prima, tra il febbraio e l'aprile 1999, una delegazione della Commissione ha approfondito alcune realtà europee di particolare interesse, recandosi nelle città di Amsterdam per l'Olanda, Francoforte sul Meno per la Germania, Zurigo per la Svizzera, Madrid per la Spagna e Lisbona dove ha sede l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze; nella seconda fase, tra il luglio 1999 e il luglio 2000, al fine di verificare la situazione italiana nelle diverse aree (Nord, Centro e Sud) del paese, la delegazione ha effettuato sopralluoghi presso i Servizi per le tossicodipendenze (Sert) di Genova, Rimini e Reggio Calabria e le comunità terapeutiche private di San Benedetto al Porto e del Centro di solidarietà a Genova, del Centro reggino di solidarietà e della Comunità Incontro di Santa Cristina di Aspromonte in provincia di Reggio Calabria, della comunità Vallecchia e della comunità di San Patrignano in provincia di Rimini.

Amsterdam

L'obiettivo prioritario della legislazione olandese è quello di limitare al massimo i rischi che l'uso di stupefacenti comporta per i consumatori, per le persone che li circondano e per l'intera società. La legge olandese non vieta il consumo di droga, ma prevede un rigido controllo sulla sua produzione (nonostante ciò l'Olanda è a tutt'oggi il principale produttore di *ecstasy*); inoltre, pur tenendo conto dei possibili rischi per la società, si cerca di evitare che le procedure giudiziarie e la detenzione arrechino ai tossicodipendenti un danno maggiore di quello causato dall'abuso stesso di stupefacenti. In altri termini, lo scopo principale della politica olandese in materia di lotta alle tossicodipendenze è quello di tutelare la salute dell'individuo attraverso l'adozione di una strategia di tolleranza riguardo all'uso delle droghe, tendente peraltro a differenziare l'uso delle droghe leggere rispetto a quello delle droghe pesanti. Questo tipo di politica ha consentito all'Olanda di ottenere risultati positivi in termini di consumo di stupefacenti: l'Olanda è infatti uno dei pochi paesi in cui l'uso delle droghe non è aumentato rispetto agli anni '70.

Nell'incontro con il dottor Ernest Buning, psicologo e responsabile dell'Ufficio internazionale delle politiche antidroga del servizio sanitario municipale, è stata fatta un'introduzione generale alle politiche ed esperienze di contrasto alle tossicodipendenze nella città di Amsterdam.

Uno degli esempi più appariscenti della politica di tolleranza adottata è costituito dalla presenza di numerosi locali pubblici denominati *coffee shops* (400 nella sola Amsterdam) nei quali è possibile acquistare e consumare una dose di 5 grammi di droga leggera nel rigoroso rispetto delle

seguenti condizioni: assenza nel locale di droghe pesanti; divieto di vendita a persone di età inferiore ai 18 anni; rispetto della quantità massima di presenza nel locale di droghe leggere (30 grammi in teoria, ma in realtà è tollerata la presenza fino a 500 grammi); divieto di vendita e consumo di alcolici; assenza di pubblicità; divieto di disturbo della quiete pubblica. Il rispetto delle citate condizioni è frequentemente verificato dalla polizia; la loro violazione può comportare la revoca della autorizzazione e l'apertura di un procedimento giudiziario a carico del titolare del locale. È inoltre da osservare che, essendo illegale la produzione e lo spaccio di droga, inevitabilmente il gestore del *coffee shop*, per rifornirsi di droga, intrattiene rapporti illegali con la criminalità, sui quali tuttavia la polizia chiude anche un occhio. Norme più stringenti di divieto alla produzione di droghe leggere sono state introdotte negli anni passati in ossequio alle convenzioni internazionali cui l'Olanda ha aderito.

Come illustrato dal dottor Buning, le politiche di riduzione della domanda si articolano su tre pilastri: la prevenzione primaria, i trattamenti terapeutici disintossicanti e la riduzione del danno.

Per quanto riguarda la prevenzione primaria, nelle scuole, a partire dai 12 anni di età, è previsto un insegnamento di 2 ore settimanali di cura ed igiene della persona denominato «Prenditi cura di te stesso» in cui viene affrontato il problema dell'uso delle droghe, dell'alcool e del tabacco. Si privilegia un'informazione in cui la droga viene presentata non come uno spettacolo degli orrori (un simile approccio potrebbe tradursi in una involontaria pubblicità), ma come un aspetto della vita rispetto al quale l'adolescente deve sviluppare una propria capacità di resistenza; inoltre, per rendere più efficace la comunicazione, si cerca di fare appello al linguaggio e ai modelli del gruppo al quale ci si rivolge. Nell'ambito del citato insegnamento nelle scuole, le strutture del servizio sanitario, in collaborazione con il Centro Jellinek (vedi oltre), offrono un servizio a livello nazionale, comprensivo di *depliants*, video e corsi di formazione dei docenti. Esistono poi specifici progetti di prevenzione rivolti ai giovani considerati maggiormente a rischio (ad esempio coloro che abbandonano la scuola).

Per quanto riguarda i trattamenti terapeutici disintossicanti, si tratta di terapie a lunga durata, sia ambulatoriali che domiciliari, che comprendono psicoterapia e riabilitazione, e sono in genere rivolti, almeno nella prima fase, a soggetti che assumono metadone. Esiste peraltro un elevato rischio di ricaduta: su 100 persone che iniziano il trattamento disintossicante, infatti, solo 5 lo portano a termine con successo.

In materia di riduzione del danno sicuramente stimolanti sono apparse le considerazioni svolte da Peter Cohen, professore di sociologia presso l'università di Amsterdam, il quale ha osservato che vari e discutibili sono i concetti di «danno» soprattutto in relazione ad un fenomeno, come la droga, che non può considerarsi del tutto oggettivo. In particolare, a suo giudizio, va tenuto presente che non è neutrale, rispetto al danno, la scelta politica di ritenere legale o illegale il consumo di una determinata sostanza; in generale può dirsi che la riduzione del danno è funzione del

contesto socio-politico-culturale e che il concetto di danno deve includere anche i danni sociali del consumo, quali quelli derivanti dall'emarginazione di cui possono essere vittima i consumatori di droga. Pertanto, secondo il professor Cohen, una maggiore accettazione sociale dell'uso di droga ha come conseguenza una diminuzione dei connessi fenomeni di criminalità nonché dei relativi rischi sanitari. Nella prospettiva di una politica dinamica di riduzione del danno, ottimi risultati sono stati raggiunti in Olanda grazie alla strategia dei «mercati separati» che comportano un'ampia tolleranza per il consumo di droghe leggere e di maggiori barriere invece per l'uso di droghe pesanti. Attraverso tale distinzione, ha sottolineato il professor Cohen, si persegue l'obiettivo di scoraggiare il giovane consumatore di droghe leggere dal passare all'uso di droghe pesanti.

Il dottor Gien Van Brussel, capo del dipartimento droga del servizio sanitario municipale, ha illustrato le concrete iniziative assunte in Olanda per la riduzione del danno, soffermandosi inizialmente sui *trend* del consumo dei vari tipi di droga e dei rischi connessi. Il consumo di eroina è attualmente in Olanda minoritario rispetto agli altri tipi di droga: si calcolano in 25-30.000 gli eroinomani presenti, con una durata media della dipendenza piuttosto elevata; tra i giovani è diffuso il consumo di cannabis (il 15-18 per cento dei diciottenni), con insorgenza di problemi di memoria negli studenti che ne fanno uso; in crescita è il consumo di *ecstasy* e delle altre nuove droghe (il 5-6 per cento di giovani ne fa uso almeno una volta), per le quali sono stati evidenziati rischi di neurotossicità.

Dal 1983 sono stati creati spazi circoscritti al cui interno è possibile, per un numero limitato di utenti, consumare droga e avere, senza spesa, siringhe pulite in cambio di quelle usate: tale iniziativa - che, come è stato verificato nel seguito dell'indagine, rappresenta l'analogo della *safe injection room* svizzera e della *konsumraume* tedesca - ha lo scopo non solo di ridurre l'espandersi di malattie correlate alla droga quali *Human immunodeficiency virus* (HIV), *Virus hepatitis B* (HBV) e *Virus hepatitis C* (HCV), ma si propone anche di limitare l'attività di spaccio.

È in corso un programma, limitato a 20 soggetti altamente problematici, di somministrazione terapeutica di eroina.

I programmi a base di metadone (il cui numero è raddoppiato negli ultimi dieci anni) si sono rivelati efficaci ai fini della riduzione del consumo di eroina, dei connessi fenomeni di criminalità e della trasmissione di malattie correlate; inoltre dopo l'avvio di tali programmi è migliorata la qualità dell'eroina che viene spacciata e ne è diminuito il prezzo. Il dottor Van Brussel ha sottolineato l'importanza di coinvolgere, nella somministrazione di metadone, anche i medici di medicina generale.

La delegazione della Commissione ha infine incontrato Ian Huib Blans, responsabile del settore prevenzione del Centro Jellinek, interamente finanziato dallo Stato. Sotto il profilo della prevenzione, il Centro ha focalizzato l'attenzione sui gruppi di persone cosiddette a rischio attraverso la sperimentazione di un programma denominato «antenna». Esso prevede un monitoraggio nelle scuole (con riferimento a gruppi bersaglio dell'età di 15-17,5 anni), ed ha lo scopo di raccogliere nella prima fase

dati informativi provenienti da diverse fonti; questi vengono poi analizzati ed interpretati da esperti, dopo di che il Centro decide in ordine alle strategie e ai progetti da adottare in chiave di prevenzione, avendo come principale riferimento il consumo delle nuove droghe. La tipologia di prevenzione mira ad incrementare la consapevolezza dei consumatori (è disponibile anche un laboratorio che offre un controllo di qualità delle sostanze), attraverso un sistema di avvertimento che, tra l'altro, sottopone ad alcune rigide condizioni igienico-sanitarie l'autorizzazione per gli *house parties* nei quali si fa generalmente uso di *ecstasy*.

Alla luce delle informazioni acquisite, è possibile affermare che in Olanda la politica di tolleranza adottata è il risultato di una mediazione pragmatica fra l'orientamento favorevole della cittadinanza alla legalizzazione delle droghe leggere e l'esigenza di rispettare le convenzioni internazionali sottoscritte, nonché di limitare il fenomeno del *drug tourism* attraverso misure più restrittive rispetto al passato. Particolarmente sviluppate risultano le strategie di riduzione del danno in una prospettiva che comunque, in linea di massima, intende il consumo di droghe come una scelta individuale da lasciare alla singola persona. Il giudizio espresso dai responsabili ed esperti incontrati sui risultati conseguiti dalla politica di tolleranza è sicuramente positivo, pur con l'avvertenza che non necessariamente analoghi risultati potrebbero essere conseguiti in contesti socio-culturali diversi da quello olandese.

Francoforte sul Meno

La politica antidroga seguita dall'attuale Governo tedesco presenta aspetti innovativi, sulla base del riconoscimento che in passato in Germania la criminalizzazione dei consumatori di droga aveva avuto l'effetto di incrementarne i prezzi e di alimentare la criminalità e la prostituzione. Adottando lo slogan «aiutare i tossicodipendenti, punire gli spacciatori» il Governo tedesco si è pertanto dimostrato favorevole alla somministrazione controllata dell'eroina, per la prima volta sperimentata in Svizzera, ed ha manifestato anche l'intenzione di rendere meno severe le sanzioni sul possesso delle droghe leggere. Secondo i suoi fautori, il progetto di distribuzione controllata di eroina non deve essere inteso come una sorta di droga di Stato da distribuire a chiunque la richieda, ma rappresenta una sperimentazione terapeutica su piccoli gruppi di persone, accompagnata da misure di sostegno psico-sociale con progressive e prudentissime verifiche dei risultati. Il progetto nasce dalla convinzione che il problema principale non è costituito dall'eroina in quanto tale, ma dalla «dipendenza», intesa come uno stile di vita complessivo comportante rischi sanitari e comportamenti illegali. Sulla base del presupposto che l'eroina non è un veleno, visto che l'organismo umano è capace di metabolizzarla, occorre quindi intervenire per migliorare la qualità di vita del tossicodipendente. Il drogato è un paziente che deve seguire un *iter* terapeutico sotto precise condizioni: frequenza quotidiana del centro per assumere la sostanza, divieto

assoluto di far ricorso al mercato nero, lo scopo è educarlo a prendersi cura della propria salute.

In Germania vi sono attualmente 1-1,5 milioni di consumatori di droga; di essi 400.000 sono abituali mentre 600.000 assumono droga solo una volta alla settimana. È da osservare che il problema della tossicodipendenza nella parte orientale della Germania non ha dimensioni rilevanti, in particolare il numero dei decessi è ancora basso. È in aumento il fenomeno della politossicomania da più droghe pesanti e l'estendersi del consumo di *ecstasy* sta mobilitando una campagna informativa a livello nazionale.

A Francoforte la delegazione della Commissione ha inizialmente incontrato il dottor Glaser, assessore municipale per le finanze e la sanità, il quale ha posto in evidenza la rilevante riduzione dei morti per consumo di droga verificatasi nella città tra il 1991 e il 1997 (si è passati da 147 a 22 decessi). A suo giudizio, alla base di tale risultato vi è una politica di contrasto alla droga fondata su una rete integrata dei servizi sanitari e sociali interessati, compreso il settore della giustizia, e sulla doppia strategia di repressione da un lato e di aiuto e di assistenza dall'altro; sono inoltre stati considerevolmente potenziati ed estesi i programmi di riduzione del danno a base di metadone, il cui obiettivo finale è comunque la fuoriuscita dalla dipendenza; sono state inoltre realizzate le cosiddette *konsumraume*, locali dove i tossicodipendenti, soprattutto eroinomani, possono consumare la dose in condizioni igieniche controllate.

Per quanto riguarda la somministrazione controllata di eroina è in fase di avvio un progetto sperimentale che dovrebbe coinvolgere 7 grandi città, tra cui Francoforte, per un totale di 1000 tossicodipendenti.

La delegazione ha poi visitato il centro di emergenza per tossicodipendenti ubicato nel quartiere della stazione ferroviaria che, come centri analoghi, si ispira al principio di offrire una molteplicità di servizi che dal primo contatto si sviluppano attraverso il sostegno e l'assistenza fino alla consulenza e al trattamento. Tale centro, presso il quale lavora una équipe multiprofessionale di medici, infermieri e assistenti sociali, affronta le problematiche di primo impatto e stabilisce un contatto iniziale con i tossicodipendenti che frequentano la zona. Comprende un'unità di strada, una sala di consumo, un ambulatorio medico con erogazione di trattamenti sostitutivi a base di metadone ed anche trattamenti per casi gravi di politossicodipendenza e letti per pernottamenti di emergenza.

La delegazione ha quindi incontrato la signora Schardt, direttrice dell'associazione *European Cities on Drug Policy* (ECDP) che comprende attualmente 31 città europee ed è nata nel 1990 sulla base di una risoluzione che ha come punti caratterizzanti l'abbandono dell'illusione di una società senza droga e l'esigenza di attribuire un ruolo determinante ai comuni. La signora Schardt ha affermato che i pilastri di un'efficace politica anti-droga, secondo il programma dell' ECDP, sono la prevenzione, la terapia, la riduzione del danno e la repressione; viene anche sottolineata l'esigenza di una chiara ripartizione delle competenze tra diversi organismi e servizi pubblici e privati e la necessità di un approccio pragmatico e coordinato.

Successivamente, presso il centro ambulatoriale per la terapia sostitutiva del servizio di soccorso dell'Ordine di Malta, il direttore del centro, dottor Krause, ha illustrato gli interventi sostitutivi a base di metadone, sottolineando l'importanza della collaborazione tra le strutture impegnate nel campo della tossicodipendenza e gli altri servizi sanitari, con particolare riferimento a quelli ospedalieri in caso di necessità di ricovero. Il trattamento dei tossicodipendenti affetti da AIDS è realizzato dal centro in collaborazione con il policlinico universitario di Francoforte. Caratteristica originale del centro è la pratica dell'agopuntura su pazienti cocainomani: pur in assenza di studi controllati a riguardo, sembra che le applicazioni quotidiane riducano la dipendenza.

È stata poi visitata la struttura diurna-notturna East Side, nata nell'intento di togliere dalla strada i tossicodipendenti e la prima in Germania ad essere dotata di una *konsumraume*. L'esperienza di questa struttura ha dimostrato - secondo il direttore, dottor Happel - che anche le persone affette da tossicodipendenza sono in grado di integrarsi autonomamente in un contesto di regole di convivenza sociale, come è stato evidenziato in quei momenti di crisi in cui il frequente ripetersi di fenomeni di violenza e aggressività ha avuto fine con la minaccia della chiusura dell'istituto.

Di grande interesse è risultata poi l'attività di recupero socio-scolastico svolta dall'istituto Herman Hesse, una struttura modello unica nel suo genere nell'intera Germania. Compito di questa struttura, dotata di 150 posti, è quello di preparare soggetti con problemi di droga ai diversi esami scolastici fino alla maturità. Il professor Schmitt ha precisato che condizione per l'iscrizione è la volontà del soggetto di vivere senza droga: circa il 50 per cento degli iscritti supera gli esami di maturità e circa il 25 per cento continua a studiare all'università.

Nell'ultimo incontro a Francoforte sono state affrontate con il responsabile del reparto per la terapia delle tossicodipendenze e per le consulenze psichiatriche dell'ospedale civico, dottor Koher, le problematiche mediche relative alla tossicodipendenza e alle patologie psichiatriche associate.

Zurigo

In Svizzera la legge federale sugli stupefacenti vieta il consumo e il traffico di droga.

La politica del Consiglio federale nella lotta contro la tossicodipendenza si fonda su quattro pilastri: la prevenzione, la terapia, la riduzione dei danni/aiuto alla sopravvivenza, la repressione. In tutti questi settori la Confederazione lavora in stretta collaborazione con i cantoni, le città, i comuni e le organizzazioni private. Obiettivi di tale politica sono quelli di ridurre il numero di nuovi consumatori, di incrementare il numero di coloro che intendono liberarsi dalla tossicodipendenza, di ridurre i rischi in cui incorrono i consumatori di droghe e, infine, di proteggere tutta la po-

polazione da quelle che sono le conseguenze negative della tossicodipendenza.

Si noti la dizione «ridurre i danni/aiuto alla sopravvivenza»: essa contribuisce a chiarire la complessità di questo punto programmatico della politica antidroga, nel quale gli aspetti psicologici e sociali risaltano al pari di quelli sanitari. Va in questa direzione la principale finalità dei trattamenti con metadone a lungo termine e con eroina: la stabilizzazione del paziente cui può seguire nel tempo il suo reinserimento sociale e il suo rientro nel mondo del lavoro. In sostanza si intende abbattere lo stereotipo che vuole i tossicodipendenti irrimediabilmente invalidati, dimostrando invece che con opportune politiche di sostegno essi possono essere integrati socialmente.

Occorre inoltre osservare che in Svizzera le politiche antidroga hanno avuto grande sviluppo anche in risposta al fenomeno, di grande impatto sociale, delle cosiddette scene all'aperto - ovvero raduni di centinaia tossicodipendenti con relative attività di spaccio e consumo - verificatesi a Zurigo dapprima, tra il 1986 e il 1992, nel parco di Platzsspitz, e successivamente, tra il 1992 e il 1994, nella vecchia stazione di Letten.

Nell'incontro con la delegazione della Commissione il dottor Uli Loker, vice direttore dell'Ufficio federale di sanità e responsabile per i problemi connessi alle dipendenze e all'AIDS, ha inizialmente riassunto nei seguenti termini i risultati conseguiti negli ultimi anni: chiusura delle cosiddette scene all'aperto; riduzione del 50 per cento dei morti per *overdose*; riduzione del numero dei tossicodipendenti sieropositivi; raddoppio, tra il 1991 ed il 1998, del numero di persone che entrano in terapia e dei soggetti che seguono il trattamento sostitutivo a base di metadone (circa il 30 per cento degli utenti riesce a disintossicarsi in media dopo due anni); miglioramento delle condizioni generali di vita dei tossicodipendenti ed incremento delle loro possibilità di reinserimento sociale. Ha poi sottolineato l'importanza dell'approvazione, nell'ottobre 1998, di una disposizione di legge che consente la somministrazione controllata dell'eroina. Tale trattamento terapeutico è considerato utile solo con riferimento alle problematiche presentate da quei tossicodipendenti che non risultano altrimenti integrabili. L'ammissibilità al trattamento deve rispettare rigorose condizioni: un'età minima di 18 anni, uno stato di dipendenza di almeno 2 anni, almeno due fallimenti in precedenti trattamenti terapeutici, la presenza di gravi *deficit* a livello psichico, sanitario o sociale. I pazienti devono accettare le regole di condotta previste dal programma e devono collaborare con il connesso programma di ricerca: ciò rappresenta una rottura psicologica rispetto al precedente contesto di vita assolutamente sregolata. La somministrazione di eroina è consentita solo nei 18 centri autorizzati sottoposti al controllo e alla verifica del centro federale di sanità. Il dottor Loker, ha inoltre dato conto, giudicandola positivamente, della possibilità di introdurre in Svizzera la non punibilità del semplice uso di droghe leggere o eventualmente di un sistema di opportunità al consumo controllato di tali sostanze sul modello olandese.

Il programma a base di eroina è stato illustrato dal dottor Daniel Teichman, responsabile medico del policlinico Zokl 2, istituto privato riconosciuto che offre all'utente numerosi servizi di supporto, tra i quali un asilo nido dove la madre può lasciare il bambino durante la terapia. Nel 1999 circa 80 soggetti hanno ricevuto il trattamento di eroina presso tale istituto (su un totale di 800 nell'intera Svizzera). Gli utenti ritirano allo sportello la loro dose prescritta di eroina: quella liquida è consumabile solo nella *safe injection room* del centro, mentre l'eroina in pillole dopo una prima fase in cui è obbligatorio consumarla nel centro può essere consumata anche a casa, ma solo per la dose rimanente per il giorno in cui si ritira.

I pazienti devono pagare 15 franchi svizzeri per la dose giornaliera; i disoccupati sono sovvenzionati dalla assistenza sociale. Il trattamento a base di eroina è più intenso e più costoso di quello a base di metadone; in particolare vi è una maggiore assistenza socio-psicologica, con un colloquio ogni settimana invece che ogni tre mesi. Il rapporto costi-benefici del programma è, a giudizio dei responsabili, positivo: infatti il costo individuale giornaliero del programma è di 51 franchi a fronte del quale devono calcolarsi 95 franchi di risparmio per minori spese sanitarie e giudiziarie.

Il dottor Teichman ha inoltre evidenziato che in linea di principio il programma di eroina è orientato all'astinenza, anche se naturalmente fino al momento della decisione di tentare un trattamento disintossicante esso ha lo scopo concreto di ridurre i danni connessi al consumo di eroina. Si stima che nell'intera Svizzera i potenziali utenti del programma siano circa 3000 e si intende pertanto aumentare le strutture ad esso dedicate.

Nel successivo incontro il dottor Daniel Meli, responsabile medico della associazione Arud cui appartengono i policlinici Zokl 2 (programmi di eroina) e Zokl 1 (programmi di metadone), ha illustrato tali ultimi programmi volti alla riduzione del danno e alla stabilizzazione delle condizioni di vita e al sostegno nei trattamenti di astinenza. In particolare è stato sottolineato che all'utente ben integrato è consentito di portare a casa un certo numero di dosi fino ad un massimo pari alla quantità necessaria per una settimana (in Svizzera peraltro il metadone può essere prescritto anche dai medici generici che abbiano frequentato un corso della durata di mezza giornata). Il policlinico Zokl 1 offre inoltre trattamenti specifici per pazienti sieropositivi e per quelli affetti da epatite C.

Come illustrato dal dottor Michael Herzig coordinatore per i problemi connessi all'uso di droga del dipartimento municipale degli affari sociali, nell'ambito della organizzazione socio-sanitaria in materia di droga esistono a Zurigo 7 centri di contatto, di cui 6 dispongono di una *safe injection room*. Si è cercato di evitare il più possibile l'ubicazione di questi centri nella periferia, favorendo al contrario una loro integrazione nei quartieri centrali; si è inoltre usata l'accortezza di prevedere orari diversi di apertura allo scopo di evitare prolungate soste degli utenti nello stesso luogo. In particolare la *safe injection room* del centro di Sailer Graven è aperta tutti i giorni dalle ore 12,00 alle 19,00. Come sottolineato da Clau-

dius Naisch, responsabile del centro, è stata la prima sala aperta a Zurigo: gli utenti sono 60-100 al giorno e l'età media è di circa 30 anni. Nella struttura opera costantemente un'*équipe* di 4 persone tra operatori sociali, infermieri e assistenti psichiatrici e pedagogici; un medico è presente due volte alla settimana e comunque sempre reperibile. Il centro opera rispettando l'anonimato degli utenti; all'ingresso una guardia privata controlla la carta di identità solo per verificare la residenza a Zurigo dell'utente e l'età: i tossicodipendenti con meno di 18 anni sono indirizzati verso altre strutture.

La situazione concernente lo stato di salute dei tossicodipendenti è stata presentata dal dottor Alfred Studer, responsabile dei programmi sanitari per tossicodipendenti della città di Zurigo. In Svizzera si sono compiuti grandi sforzi realizzando massicce campagne informative per ridurre i rischi di contagio da HIV e garantendo la distribuzione gratuita di siringhe pulite. A Zurigo sono stati predisposti 14 distributori automatici di *kit* di sopravvivenza a pagamento acquistabili anche in farmacia; si calcola ne vengano venduti 200.000 all'anno. A Zurigo il servizio pubblico si occupa inoltre dei trattamenti ambulatoriali e di pronto soccorso. Vi è poi una clinica municipale di disintossicazione con due reparti: di disintossicazione (12 posti letto) e di assistenza a lungo termine orientata all'astinenza e al reinserimento (20 posti). Dei pazienti che si sottopongono a trattamenti di disintossicazione, circa il 30 per cento abbandona prima della conclusione, il 20 per cento porta a termine con successo il trattamento, mentre il restante 50 per cento viene inserito in un programma di trattamento a lungo termine. Importante in tale ambito è la collaborazione con gli enti e le strutture private.

Le strategie di ordine pubblico sono state illustrate dal tenente Norbert Klossner, capo del reparto antidroga della polizia criminale di Zurigo, il quale ha sottolineato come la forte e costante presenza di polizia nelle strade ha contribuito molto ad impedire il riformarsi delle ormai storiche «scene all'aperto». In linea di principio il consumo di droghe leggere non gode di alcuna tolleranza anche se in via di fatto la Polizia privilegia la repressione del consumo e dello spaccio di droghe pesanti. Esistono peraltro in Svizzera negozi che vendono cannabis e attirano turisti: solo nella città di Zurigo nel 1998 sono stati denunciati 30 casi di vendita di droghe leggere in esercizi commerciali. In materia si è in attesa di un intervento legislativo.

Assai interessante è risultato il riepilogo dei costi delle misure adottate in materia di droga dai comuni e dai cantoni: complessivamente vengono spesi 500 milioni di franchi per la repressione e una cifra oscillante fra i 300 e i 500 milioni di franchi per la prevenzione, la riduzione dei danni e la terapia. La repressione assorbe dunque da sola oltre la metà delle risorse a discapito degli altri tre pilastri (in particolare i responsabili elvetici hanno lamentato l'insufficienza delle risorse per la prevenzione). Appare pertanto legittimo domandarsi quanto sia opportuna una simile distribuzione, anche tenendo presente che l'attività di polizia e giudiziaria

non hanno finora ottenuto risultati decisivi nel ridurre l'importazione, il commercio ed il consumo di droga.

Lisbona

Una delegazione della Commissione ha visitato l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) e ne ha incontrato i dirigenti.

L'Osservatorio, dotato di un organico di 50 dipendenti, è un'agenzia semiautonoma dell'Unione europea istituita nel 1993 ed operativa dal 1995. Il compito dell'OEDT consiste nel fornire all'Unione e agli Stati membri informazioni obiettive, affidabili e comparabili a livello europeo sul fenomeno delle tossicodipendenze. Le informazioni trattate o prodotte dall'istituto dovrebbero contribuire a fornire una visione globale del fenomeno utile ai fini delle misure e degli interventi che l'Unione o gli Stati membri intendano assumere.

Nell'incontro con il dottor Georges Estievenart, direttore dell'Osservatorio, sono state illustrate le principali funzioni dell'istituto:

- raccogliere ed analizzare i dati sulle droghe comunicati dagli Stati membri o da fonti comunitarie, nazionali non governative, e da organizzazioni internazionali;

- migliorare la comparabilità, l'obiettività e l'affidabilità dei dati;

- diffondere le informazioni prodotte;

- cooperare con enti e organizzazioni europee e internazionali e con paesi terzi.

L'Osservatorio dispone di una rete informatizzata denominata «Rete europea di informazione sulle droghe e le tossicodipendenze» (REITOX). Tale rete collega tra loro le reti nazionali di informazione sulle droghe, i centri specializzati esistenti negli Stati membri e gli organismi internazionali che collaborano con l'Osservatorio. Per ogni Stato membro viene designato un centro specializzato, governativo o non governativo, al quale possono essere affidati compiti specifici. Il centro governativo italiano è presso il Ministero dell'interno.

Gli obiettivi prioritari perseguiti nel triennio 1998-2000 dall'OEDT sono:

- il consolidamento e miglioramento dei sistemi epidemiologici e relativi alla riduzione della domanda, con particolare riferimento alle informazioni e alla valutazione scientifica dei rischi associati alle nuove droghe sintetiche;

- il consolidamento e rafforzamento della rete informatizzata REITOX;

- il miglioramento dell'affidabilità e della comparabilità dei metodi dei sistemi informativi e degli indicatori-chiave adottati dai vari Stati membri. In proposito è stata concordata l'adozione comune di cinque indicatori chiave: la domanda di trattamenti, i decessi legati alla tossicodi-

pendenza, le percentuali di mortalità tra i consumatori di droga, la prevalenza di consumo dei vari tipi di droga, le stime di prevalenza della tossicodipendenza. È stata inoltre raccomandata l'adozione di linee-guida per la valutazione degli interventi diretti alla riduzione della domanda e di adeguati tempestivi indicatori del consumo di droghe sintetiche;

lo sviluppo di strumenti e metodologie per la comparazione delle legislazioni esistenti nei paesi dell'Unione.

Il ruolo del Dipartimento degli indicatori epidemiologici è stato discusso nell'incontro con il responsabile Mr. Richard Hartnoll. Obiettivo del Dipartimento è la puntuale descrizione della situazione esistente nei vari paesi membri; la difficoltà principale è costituita dalla raccolta di dati che siano il più possibile omogenei, considerato che le definizioni e le metodologie sono diverse nei vari Stati: si rende pertanto necessario adottare strumenti standardizzati comuni. Esempi di tal genere sono un questionario comune ai vari paesi sul consumo delle diverse droghe e un protocollo di valutazione standardizzato in materia di trattamenti.

Altre importanti attività svolte dal Dipartimento sono il monitoraggio del consumo di droghe e della sua evoluzione, e l'analisi scientifica dei dati acquisiti, con specifico riferimento al rapporto tra il consumo di droga e le problematiche sociali e politiche connesse nonché agli effetti delle politiche seguite e delle possibili alternative.

Per il Dipartimento concernente le attività di riduzione della domanda, la dottoressa Petra Paola Merino ha illustrato i principali ambiti di attività, quali in particolare:

la promozione della cultura dell'informazione e della valutazione, con lo scopo di adottare programmi di riduzione dei danni e di prevenzione dotati di sistemi di valutazione non esclusivamente scientifica, ma relativa anche alla qualità dei servizi offerti (rapporto costi/benefici, tasso di soddisfazione degli utenti);

studi di carattere teorico: ultimamente è stato realizzato uno studio sulle attività di riduzione della domanda nel sistema della giustizia penale, e riguardante in particolare le misure alternative al carcere, mentre si sta realizzando, in collaborazione con la regione Lazio, uno studio sui trattamenti sostitutivi attivati in Europa;

sistemi di informazione e comunicazione soprattutto via *internet*.

Il dottor Danilo Ballotta, funzionario dell'Ufficio legislazione comparata e strategia, ha fatto presente che a partire dal 1998 l'Osservatorio ha avviato un nuovo ambito di lavoro, diretto a fornire un'informazione comparata sugli aspetti legislativi e politici che caratterizzano i sistemi in vigore nei vari Stati membri. L'obiettivo è quello di evidenziare i problemi ed i differenti modi di affrontarli, facendo riferimento non tanto alla lettera della legge ma alle sue concrete modalità applicative; l'intento è anche quello di contribuire ad una più corretta informazione da parte dei *mass media* sui temi attinenti alla droga. In prospettiva questa attività di

comparazione dovrebbe svilupparsi nel senso di offrire ai Governi informazioni attendibili sugli effetti delle varie strategie possibili.

Madrid

In Spagna detenere droga in quantità limitata per consumo personale non costituisce reato, pur rientrando nei poteri discrezionali della polizia sequestrare tali quantitativi. La posizione ufficiale del Governo e del Parlamento è contraria alla liberalizzazione di qualsiasi tipo di droga compresa la cannabis. I tossicodipendenti condannati a pene detentive al di sotto di un certo limite hanno la facoltà di scegliere tra la detenzione ed il sottoporsi ad un trattamento terapeutico. Per quanto riguarda un programma di somministrazione controllata di eroina, la posizione ufficiale del Governo spagnolo è quella di attendere, prima di assumere decisioni in merito, risultati della valutazione dell'esperienza Svizzera da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità. In Andalusia, peraltro, si pensa di avviare un'iniziativa pilota rivolta a quegli eroinomani che non riescono a stabilizzarsi con l'uso del metadone.

La delegazione della Commissione ha incontrato il dottor Emiliano Martin, vice direttore generale del Dipartimento governativo per il *Plan Nacional sobre Drogas* (PNsD), il quale dispone di forti poteri di impulso e di coordinamento rispetto alla 17 comunità autonome che hanno la gran parte delle competenze attuative, mentre il ruolo dei comuni varia a seconda del rilievo che nel loro territorio assumono i problemi attinenti alla droga. Il dottor Martin ha ricordato come l'obiettivo principale degli anni '80 sia stato quello di creare una grande rete di centri di assistenza principalmente rivolti agli eroinomani: sono stati istituiti 700 centri pubblici che assistono circa 120.000 tossicodipendenti all'anno.

Ora invece, con il declino del consumo di eroina e l'affermarsi di nuove droghe, le priorità di intervento si sono modificate: da un lato si tratta di gestire i vecchi eroinomani con i problemi sanitari e sociali associati, dall'altro lato occorre affiancare ad un'efficace politica di prevenzione lo sviluppo di servizi di assistenza in grado di rispondere ai nuovi problemi. Fino all'inizio degli anni '90 esistevano unicamente programmi miranti al recupero e al reinserimento del tossicodipendente (denominati «liberi dalla droga») i quali, pur assicurando un maggior controllo del fenomeno ed il conseguimento di qualche successo nella attività di recupero, lasciavano irrisolti problemi importanti, quali il controllo e il trattamento delle malattie associate e l'esistenza di un gran numero di tossicodipendenti che non si rivolgevano ai centri di assistenza. Si è così dato avvio alla distribuzione controllata di metadone nell'ambito dei programmi diretti alla riduzione del danno che comprendono anche la distribuzione di siringhe e preservativi: attualmente in Spagna circa 60.000 tossicodipendenti seguono un trattamento di metadone (erano 30.000 nel 1997).

Il dottor Francisco Rabado e la dottoressa Sonia Moncada, entrambi funzionari del Dipartimento governativo per il PN_sD, si sono soffermati sulle problematiche evocate dalle nuove droghe. In particolare hanno evidenziato che, a differenza dell'immagine associata al consumo di eroina, l'uso di droghe sintetiche non ha niente a che fare con l'emarginazione, essendo percepito dai giovani come poco rischioso, socialmente accettato e anzi facilitante le relazioni e l'integrazione sociale. Per tale motivo in Spagna si sta compiendo uno specifico sforzo in materia di prevenzione con un duplice obiettivo: sensibilizzare l'intero ambiente sociale, creando una cultura alternativa alla droga, ed educare gli adolescenti a stili di vita salutari. Occorre pertanto intervenire sia nel sistema educativo (soprattutto con programmi di formazione degli insegnanti i quali, in ogni singola materia, dovrebbero contribuire ad impartire un'educazione alla salute e a potenziare negli adolescenti la capacità individuale di scelte responsabili) sia nei *mass media* (non solo con campagne di sensibilizzazione ma anche responsabilizzando gli stessi mezzi di informazione).

La dottoressa Nieves Herrero, capo del Dipartimento del Piano municipale contro le droghe della città di Madrid, ha illustrato le attività di prevenzione primaria nella capitale. Nel 1995 è stato avviato uno specifico programma di prevenzione contro l'alcolismo giovanile che si articola nella formazione degli insegnanti, nella sensibilizzazione delle famiglie e in campagne pubblicitarie, anche televisive, rivolte a trasmettere un messaggio positivo sulle possibilità di divertimenti alternativi. Uno studio di valutazione dell'impatto del programma ha accertato che esso ha contribuito a sviluppare, soprattutto negli adolescenti infradodicesenni, un atteggiamento più critico nei confronti del consumo di alcool e dei connessi messaggi pubblicitari, nonché una maggiore capacità di resistere alla pressione del gruppo; sembra inoltre che il consumo di alcool da parte dei minori si stia lievemente riducendo (è da ricordare che in Spagna la vendita è proibita ai minori di 16/18 anni a seconda del tasso alcolico della bevanda).

La dottoressa Herrero si è poi soffermata sui 7 centri di attenzione al tossicodipendente (CAD) esistenti a Madrid: in ognuno di essi lavora un'équipe di 3 medici, 4 psicologi, 3 operatori sociali, 3 psicoterapeuti, 1 infermiere e 1 educatore sociale. Risulta opportuno che lo stesso centro offra sia programmi di metadone sia programmi «liberi dalla droga», in modo che l'utente dei primi possa usufruire di tutti i servizi di appoggio di chi segue i secondi. L'obiettivo di tale accostamento è quello di facilitare il passaggio dalla stabilizzazione al recupero, anche stimolando per emulazione le motivazioni dei soggetti. Dal 1992 è inoltre attivo un programma di attenzione agli adolescenti a rischio con lo scopo di evitare che in tali casi si instaurino l'abitualità e la dipendenza: attualmente il programma dà assistenza a circa 1500 giovani.

Un dato particolarmente interessante fornito dalla dottoressa Herrero riguarda le percentuali di successo dei programmi «liberi dalla droga»: con l'avvertenza che tale quantificazione è attendibile solo per i trattamenti più risalenti nel tempo, si può affermare che il 30 per cento dei sog-

getti riesce nell'intento di cambiare vita, il 30 per cento consegue un parziale successo (si registrano ricadute), mentre il restante 40 per cento non viene dimesso dal programma.

La delegazione della Commissione ha quindi incontrato il dottor José Cabrera Forneiro, direttore della Agenzia antidroga della comunità autonoma di Madrid, ente che gestisce 10.000 trattamenti (dei quali 6000 di metadone) e si occupa anche della formazione degli operatori nonché di progetti di prevenzione in bacini rilevanti quali l'esercito e l'università.

Infine è stato visitato il Cad del distretto di Tetuan, il cui vice direttore, dottor Manuel Berdullas, ha tra l'altro illustrato uno specifico programma gestito dalla Croce Rossa per i tossicodipendenti (circa 500 a Madrid) che non intendono smettere, ed ha precisato che i soggetti che oltre al metadone continuano ad assumere altre droghe vengono indirizzati dal Cad alle comunità di strada al fine di evitare dannose interferenze con gli altri pazienti. A Madrid, nei quartieri dove vi è maggiore spaccio di droga, esistono alcune *safe injection rooms* gestite da associazioni non governative e sostanzialmente tollerate dalla polizia.

Di rilievo il fatto che, ai fini della programmazione delle attività dei vari Cad di Madrid, la composizione e i bisogni della popolazione della città sono accertati periodicamente utilizzando un apposito questionario.

Genova

Nella città di Genova una delegazione della Commissione, ha visitato il Sert della competente ASL, nonché le comunità terapeutiche di «San Benedetto al Porto» e del «Centro Solidarietà di Genova».

Il direttore del Sert, dottor Giampaolo Guelfi, ha indicato quali principali problemi aperti nella gestione della struttura (i cui utenti superano le 3000 unità, delle quali oltre 2500 in trattamento), la persistente carenza e precarietà del personale, nonché l'inadeguatezza delle sedi e la loro insufficiente distribuzione sul territorio, evidenziando che l'opposizione della cittadinanza rappresenta un grave ostacolo all'apertura di nuovi insediamenti del Sert. In particolare, per quanto riguarda il centro di somministrazione di metadone di Mura degli Zingari ha evidenziato che il notevole afflusso di utenti (il centro serve oltre 300 soggetti, di cui 177 direttamente e i restanti in affidamento settimanale o bisettimanale), rende assai difficile erogare prestazioni di qualità; d'altra parte, soprattutto a causa delle resistenze sociali esistenti, non è stato possibile programmare l'apertura di un altro centro nella città. Inoltre è da tener presente che il centro di somministrazione di metadone presso l'ospedale regionale San Martino (che non è gestito dal Sert), opera da anni in condizioni assolutamente inadeguate.

Il dottor Guelfi ha inoltre illustrato alcuni progetti gestiti dal Sert in collaborazione con associazioni di volontariato tra le quali si segnala il progetto «Fenice», nel cui ambito opera una unità di strada che offre servizi di distribuzione e ritiro di siringhe, di distribuzione di preservativi, di pronto soccorso e di *counselling*; il Sert ha anche attivato un corso di pronto soccorso rivolto agli stessi tossicodipendenti. Il direttore del Sert ha sottolineato la stretta collaborazione tecnico-operativa e funzionale esistente tra la ASL e il Comune, la quale si esplica soprattutto nella gestione di progetti finanziati con i fondi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Sono stati poi ascoltati la direttrice generale del Sert di Savona, dottoressa Francesca Romani, e il responsabile dell'unità operativa del Sert della ASL 4 «Chiavarese» dottor Giorgio Rebolini, i quali hanno confermato le osservazioni già formulate dal dottor Guelfi circa la buona integrazione esistente, nella realtà ligure, tra l'attività dei Sert e quella delle comunità terapeutiche, mentre hanno ribadito le condizioni di insufficienza numerica e di precarietà che caratterizzano i dipendenti dei Sert.

Il direttore generale della ASL di Genova, dottor Giusti, ha richiamato l'attenzione sulla necessità di maggiori investimenti strutturali e sull'esigenza, per quanto concerne la prevenzione, di realizzare il coinvolgimento dei medici di famiglia.

Il dottor Sergio Rossetti, assessore ai servizi sociali e alla sanità del comune di Genova, ha sottolineato che la gran parte delle attività svolte dal comune in materia di tossicodipendenza sono state realizzate in stretta collaborazione con il Sert e gli enti ausiliari, sulla base di una concezione globale del territorio e delle sue esigenze, nel cui quadro all'ente locale spetta una responsabilità politica di coordinamento e di aggregazione a fronte di quella gestionale spettante alla ASL. Si è quindi soffermato sulle iniziative assunte per il sostegno e l'inserimento socio-lavorativo degli ex tossicodipendenti in uscita da comunità terapeutiche ed in particolare sulle borse lavoro presso aziende private, le quali hanno avuto un confortante successo essendo state seguite nel 30-40 per cento dei casi da assunzioni definitive. In materia di prevenzione ha poi sollecitato una maggiore azione di coordinamento e di impulso a livello statale e regionale, poiché a suo giudizio le iniziative che attualmente interessano la scuola risultano insufficientemente integrate e coerenti.

La delegazione della Commissione ha quindi ascoltato don Andrea Gallo, direttore della comunità San Benedetto al Porto: si tratta di una comunità che accoglie quanti si trovano in situazione di disagio, con particolare attenzione al mondo della tossicodipendenza e del disagio psichico, con un approccio sensibile alle esigenze di riduzione del danno, di offerta di servizi a bassa soglia e di rispetto dell'autodeterminazione dell'utente. La comunità può ospitare fino a 120 persone in 6 strutture residenziali e in 14 appartamenti: il lavoro si svolge preferibilmente in piccoli gruppi (10 - 20 persone), al fine di conferire un carattere il più possibile personalizzato all'accoglienza.

Don Gallo ha sottolineato come sin dall'inizio della sua attività (1975) la comunità da lui diretta si sia caratterizzata come una presenza sul territorio attiva e collaborativa con i servizi pubblici, ai quali riconosce la centralità dell'intervento sociale. L'azione della comunità non vuole essere né assistenziale né sostitutiva e si dimostra tanto più efficace quanto più l'Ente pubblico sviluppa una rete diversificata di servizi integrata da una strategia di prevenzione. Tale approccio è confermato dalla circostanza che tutte le persone accolte nella comunità sono proposte dal Sert o da altre strutture pubbliche.

Tra le principali difficoltà relative all'attività del Centro ha indicato il finanziamento delle opere di manutenzione e ristrutturazione degli edifici della comunità (problema acuito dall'elevazione degli *standard* richiesti per gli enti ausiliari in base al nuovo atto di intesa tra lo Stato e le regioni). Inoltre, per quanto concerne la situazione genovese, ha denunciato un grave problema di accettazione sociale rispetto al mondo della tossicodipendenza: oltre alle permanenti difficoltà alla apertura di nuovi centri del Sert, è purtroppo assai significativo il risultato di un'iniziativa della circoscrizione del centro storico, la quale ha interpellato 400 medici chiedendo loro di collaborare con il Sert e le comunità: le risposte pervenute sono state solo 4.

Infine don Gallo ha espresso preoccupazione per la situazione nelle carceri ed ha richiamato l'attenzione sul rischio di depotenziare gli interventi di riduzione del danno, privilegiando soltanto percorsi terapeutici ad alta soglia.

La dottoressa Bianca Costa, direttrice del Centro di solidarietà di Genova e presidente della federazione italiana Comunità terapeutiche (che comprende circa 60 centri) ha illustrato le attività del Centro che, fondato nel 1973, si ispira ai principi del «Progetto Uomo» il cui percorso riabilitativo si articola in tre fasi della durata complessiva di circa tre anni: l'accoglienza (sia residenziale che semiresidenziale, con un distacco dalla dipendenza fisica e psichica dalla droga), la comunità e il reinserimento sociale. L'istituto offre servizi nei settori della prevenzione e formazione, del sostegno alle famiglie, dell'assistenza sanitaria, dell'assistenza legale, della promozione culturale e spirituale.

Tra le principali attività, la dottoressa Costa ha in particolare segnalato: il progetto «Casa bella» che, nato dalla collaborazione con il Sert, il Comune e la Comunità San Benedetto al Porto, offre un servizio di accoglienza notturna per tossicodipendenti senza fissa dimora, consentendo loro di disporre di un lasso di tempo per elaborare una scelta attiva di cambiamento; il progetto «Diogene», che mira a creare un primo contatto con i tossicodipendenti e si svolge nelle ore notturne nella zona della stazione Principe; la casa di accoglienza per malati di AIDS «la Tartaruga».

La dottoressa Costa ha poi richiamato l'esigenza, per quel che riguarda i contributi del Fondo nazionale per la lotta alla droga, di riunire in un unico soggetto le funzioni connesse all'erogazione e quelle relative alla gestione e al controllo. Ha infine espresso la necessità di una maggiore chiarezza nella lotta agli spacciatori e al narcotraffico, nonché la

ferma contrarietà a qualsiasi tentativo di sperimentare, sulla scorta di taluni esempi europei, la somministrazione controllata di stupefacenti.

Reggio Calabria

La delegazione della Commissione ha dapprima effettuato un sopralluogo presso l'attuale sede del Sert della ASL di Reggio Calabria, constatandone l'assoluta inadeguatezza sia in termini di spazi disponibili che di arredi e di strumentazione in dotazione. È risultata ben evidente l'estrema difficoltà di svolgere le delicate funzioni affidate al Sert - tra cui in particolare la somministrazione di metadone - in una situazione logistico-ambientale di tal genere. La delegazione ha poi visitato i più spaziosi locali presso i quali, non appena ultimati i lavori di ristrutturazione, verranno trasferite una parte delle attività del Sert (i trattamenti psicologici, l'unità alcolologica e l'osservatorio sulle tossicodipendenze), mentre l'attuale sede continuerà ad essere utilizzata per i soli trattamenti di somministrazione di metadone.

Come è emerso dalla audizione del dottor Pasquale Bova, direttore generale della ASL, del dottor Rubens Curia, direttore sanitario, e della dottoressa Caterina De Stefano, responsabile del Sert, l'attuale situazione operativa del Sert è lungi dal ritenersi soddisfacente: a fronte di un rilevante aumento di utenti (passati negli ultimi quattro anni da 400 a 1000, di cui circa 150 in trattamento di metadone), deve registrarsi la già richiamata inadeguatezza logistica insieme alla grave carenza di personale infermieristico (delle 3 unità previste in organico ne è presente solo una), il che non può non determinare un particolare sovraccarico e *stress* per lo *staff* medico presente. È da aggiungere che, anche per difficoltà conseguenti a tale situazione, si sono registrati nella sede del Sert alcuni casi di comportamenti aggressivi di pazienti, sfociati anche in atti di violenza nei confronti degli operatori; inoltre, date le condizioni in cui è effettuata la distribuzione del metadone, risulta frequente il verificarsi di episodi di spaccio di droga all'interno degli stessi locali.

Ciò posto, le iniziative di organizzazione e di gestione poste in atto dalla dirigenza risultano senza dubbio apprezzabili. Si sta compiendo uno sforzo per realizzare pienamente il modello integrato, comprendente le figure professionali del medico, dello psicologo e dell'assistente sociale, e settimanalmente si svolge un incontro di *équipe* nel quale sono discussi i casi clinici e i programmi personalizzati che presentano maggiori difficoltà. I vertici dell'azienda hanno peraltro osservato che, almeno per quanto concerne l'invio dei pazienti al Sert, è assai scarsa la collaborazione dei medici di famiglia, nonostante siano stati svolti a tal fine tre corsi di informazione. Al momento dell'accoglienza per ogni paziente viene svolta un'indagine clinica (i dati di interesse sono trasmessi dal Sert di appartenenza se il paziente non è residente nel territorio della ASL) e viene quindi stilato uno specifico programma.

I suindicati dirigenti si sono inoltre soffermati sulle iniziative di inclusione sociale e lavorativa degli ex tossicodipendenti, sottolineando come sia in fase di positivo superamento una prassi che nel recente passato registrava una scissione tra le iniziative del Comune e il Sert. È stato istituito un nucleo – che riunisce rappresentanti dell'ANCI, delle comunità terapeutiche e del Sert – al quale è affidata l'elaborazione di progetti in comune; tra questi vi è una unità di strada ora gestita dalla comunità Cereso su un progetto inizialmente del solo Comune. È in atto un particolare sforzo, nonostante l'indubbia carenza di finanziamenti, volto all'inclusione dei tossicodipendenti, anche attraverso centri di accoglienza a bassa soglia, in una realtà sociale in cui sono ben note le difficoltà sia ambientali che occupazionali.

Per quanto concerne la prevenzione, le attività del Sert nelle scuole sono iniziate circa quattro anni fa sulla base di un protocollo di intesa tra la ASL e il Provveditorato agli studi: è stato istituito il Centro di informazione e consulenza presso una ventina di istituti secondari superiori, coinvolgendo gli operatori del Sert nell'area medica e psico-educativa, con lo svolgimento di interventi diretti sia ai professori che agli studenti. Sono inoltre svolti specifici interventi in casi di particolare disagio segnalati dal preside dell'istituto.

La delegazione della Commissione ha poi ascoltato il dottor Giovanni Pensabene, assessore alle politiche sociali del comune di Reggio Calabria, e della dottoressa Beatrice Modafferi, responsabile della programmazione e progettazione dell'assessorato, i quali hanno illustrato i progetti e le iniziative del Comune concernenti la tossicodipendenza, evidenziando come negli ultimi anni l'attenzione prevalente sia stata portata agli interventi di prevenzione nonché di recupero e reinserimento scolastico e lavorativo. In particolare da un lato si è operato uno sforzo per interventi nella scuola e a sostegno delle famiglie, dall'altro è stato implementato un progetto di borse lavoro in aziende private, di cui però si è dovuto constatare il parziale fallimento rispetto all'obiettivo di inserimenti a lunga scadenza.

Sulla base di tale esperienza è ora in atto un tipo di intervento basato sul collegamento con le associazioni sia *no profit* che di volontariato operanti sul territorio: si tratta in sostanza di sostenere iniziative volte da una parte al recupero e al reinserimento dei tossicodipendenti, dall'altra a creare realtà di tipo imprenditoriale diverse dal modello della comunità. Un esempio assai positivo è a questo riguardo costituito dall'impresa di produzione di piccole piante ortofrutticole diretta dal dottor Calabrò che, finanziata con i fondi del programma europeo «Urban», è riuscita a conquistare un posto nel mercato ed è in fase di ulteriore espansione. In tale impresa, che la delegazione della Commissione ha visitato, lavorano circa 15 ragazzi e ragazze ex tossicodipendenti, sotto la guida di tecnici e esperti volontari.

La delegazione si è quindi recata in Santa Cristina di Aspromonte, località Zervò, per visitare la Comunità Incontro (che fa parte delle comunità fondate e dirette da Don Gelmini), la quale opera nelle strutture, ri-

cevute in comodato, del sanatorio costruito negli anni '30 ed in seguito utilizzate dal corpo delle Guardie forestali.

Nella comunità sono ospitati in media dai 20 ai 40 ragazzi, tutti di sesso maschile, i quali seguono per un periodo di almeno 3 anni un percorso dal quale sono escluse le terapie farmacologiche (metadone), ed il recupero è realizzato attraverso la partecipazione ad un programma di educazione alla responsabilità personale e sociale. I residenti, la cui giornata è scandita da attività rigorosamente programmate (con variazioni che tengono conto delle esigenze e dei problemi di giorno in giorno emergenti), si dedicano tra l'altro ad impegni lavorativi quali la cura degli animali presenti nello zoo della comunità, la falegnameria, la cucina, la pulizia dei locali, la ristrutturazione delle strutture dell'abbandonato sanatorio. I contatti con i familiari sono assenti nei primi mesi e comunque molto limitati nel prosieguo del programma.

Il centro non è accreditato e pertanto, non potendo essere convenzionato con la ASL, non riceve da questa alcuna retta.

Sono stati quindi ascoltati don Pietro Catalano, presidente del «Centro reggino di solidarietà» (Cereso) e il dottor Antonio Polimeni, vice presidente, i quali hanno illustrato le attività del centro che è ente di diritto pubblico, Onlus, ed aderisce alla federazione italiana delle comunità terapeutiche presieduta dalla dottoressa Costa. Il Cereso segue in media circa 50 casi all'anno e fino al 1999 si ispirava ad un progetto di stampo tradizionale, occupandosi soltanto di tossicodipendenti che avessero cessato di drogarsi; attualmente in considerazione dei molti soggetti che restavano esclusi da un simile approccio, è stata istituita una pre-accoglienza durante la quale, in collaborazione con il Sert, viene distribuito ai pazienti un trattamento di metadone terminato il quale il soggetto può essere inserito nel progetto comunitario.

I responsabili del Cereso hanno osservato che le insufficienze operative dei Sert calabresi implicano una non adeguata rilevazione dell'utenza con effetti penalizzanti per la regione Calabria in sede di riparto del fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. Hanno inoltre lamentato il mancato trasferimento alle comunità che ne hanno fatto richiesta di beni confiscati alla criminalità organizzata, nonché la grave insufficienza delle attuali rette corrisposte dalla ASL, il cui sistema di pagamento comporta peraltro per le comunità ulteriori oneri finanziari.

Rimini

La realtà operativa del Sert di Rimini si inserisce in un contesto socio-sanitario per molti versi più strutturato ed avanzato, anche con specifico riferimento alle problematiche connesse alla tossicodipendenza, rispetto alle situazioni verificate in Liguria e, soprattutto, a Reggio Calabria. Indubbiamente l'articolazione del Sert, la sua dotazione in termini di personale e di strutture, la collaborazione esistente con le comunità terapeutiche private, il coordinamento con le varie iniziative degli enti pubblici,

possono definirsi buoni, almeno in termini relativi. Il che ha consentito di affrontare, nel corso del sopralluogo, anche argomenti che vanno oltre le problematiche di ordine meramente gestionale e che riguardano invece le tendenze che attualmente caratterizzano le tossicodipendenze e le proposte avanzate per migliorare il livello di risposta disponibile.

Il Sert di Rimini ha un'utenza di circa 10.000 unità, nelle quali sono compresi anche i 2000 soggetti ospitati in comunità terapeutiche a carico del Servizio sanitario nazionale; l'età media degli utenti, in linea con la tendenza nei Paesi del nord Europa, sta crescendo ed è ora intorno ai 34-35 anni, con in media 15 anni di tossicodipendenza pregressa; il consumo di eroina attraversa una fase di stabilizzazione (sono in calo le morti per overdose), mentre un elemento di preoccupazione è costituito dall'incremento della cocaina.

Per quanto concerne l'attività del Sert, il dottor Tiziano Carradori, direttore generale della ASL, ha sottolineato l'esigenza di stabilizzarne le risorse in materia di personale, superando le ambiguità e le difficoltà applicative che purtroppo penalizzano la vigente normativa, nonché di adottare opportuni strumenti per moderare l'eccessivo *turn over*. In prospettiva futura ha rappresentato la necessità di procedere ad una sistematizzazione ed estensione, anche al di fuori del mondo della scuola, degli interventi di promozione volti a creare le condizioni culturali per scelte individuali alternative all'uso di droga.

In questa prospettiva è apparso significativo il progetto «Fai la cosa giusta», che è stato illustrato dal dottor Sergio Semprini Cesari, responsabile del Sert, che utilizza anche 10 *computer* informativi posti all'entrata delle discoteche e che è diretto a formare una corretta cultura del divertimento. Per quanto riguarda i rapporti con le scuole, il dottor Semprini Cesari ha affermato che le maggiori difficoltà sono costituite dalla tendenza ad emarginare i soggetti difficili e dai limiti di intervento da parte dei professori ai quali non è fornito un adeguato supporto: si tratta in effetti di una tematica così ampia che può essere affrontata solo in un contesto complessivo, favorendo il diffondersi di una cultura nel territorio non più caratterizzata da chiusura e timore nei confronti del tossicodipendente.

Anche in tale prospettiva è stata sottolineata la rilevanza, all'interno del Sert, del «Gruppo ricerca e organizzazione delle risorse» il quale, dotato di professionalità prevalentemente dell'area sociologica, svolge il compito di individuare le possibilità che nei vari settori (dalla gestione del tempo libero all'inserimento lavorativo), sono offerte dal territorio nelle sue diverse componenti; al Gruppo viene altresì affidata la funzione di fornire una lettura dei risultati finali cui i vari interventi pervengono. In effetti quest'ultima funzione è ormai avvertita come un'esigenza primaria, insieme a quella di costruire una rete di governo degli interventi sia pubblici che privati in grado di diversificarne l'offerta e di ottimizzare l'uso delle risorse sulla base dei risultati ottenuti. In questa prospettiva opera il Comitato di coordinamento tecnico territoriale (che è composto da rappresentanti del Sert, delle comunità, compresa quella di San Patrignano, del

volontariato, delle Onlus) che valuta i progetti di intervento ai fini della loro ammissione al finanziamento regionale.

Un altro argomento che è stato oggetto di approfondimento, con il contributo anche del dottor Adriano Salsi, responsabile del servizio politiche dell'accoglienza della regione Emilia Romagna, è stato il potenziamento degli interventi per la riduzione del danno. Sembra ormai imporsi la consapevolezza che per una percentuale assai elevata di tossicodipendenti «anziani» il ritorno alla vita normale rappresenta una speranza purtroppo utopistica. Si può calcolare infatti in una percentuale tra il 15 e il 20 per cento il numero degli eroinomani in grado di reinserirsi pienamente nella società (si tratta in genere dei soggetti più giovani, la cui dipendenza dalla droga è temporalmente più ridotta); appare pertanto inevitabile ipotizzare, per coloro che non sono in grado di uscire del tutto dalla dipendenza, adeguati percorsi di mantenimento.

Il concetto di riduzione del danno deve essere interpretato come coinvolgente l'intero percorso terapeutico, quest'ultimo a sua volta inteso non limitatamente all'aspetto clinico, ma comprensivo anche dell'inserimento sociale e possibilmente lavorativo. Interventi di riduzione del danno al momento attivati non si limitano alla distribuzione del metadone, ma comprendono anche progetti realizzati con il concorso degli enti ausiliari e che si avvalgono di strutture a bassissima soglia di carattere residenziale e semiresidenziale.

Un maggior ruolo del Comune nelle politiche di contrasto alla tossicodipendenza, in passato interamente delegato alla ASL, è stato rivendicato dal dottor Stefano Vitali, assessore ai servizi sociali di Rimini, soprattutto per quel che riguarda gli interventi di prevenzione primaria. Dal punto di vista del Comune è da sottolineare che se la presenza nel territorio di importanti comunità terapeutiche rappresenta una risorsa preziosa, d'altra parte essa comporta anche conseguenze negative. Infatti, nella maggior parte dei casi le persone che escono dalle comunità tendono a rimanere nel comune di Rimini invece di far ritorno a quello di provenienza, e ciò determina una pesante ricaduta sul bilancio comunale in termini di interventi di sostegno sociale soprattutto per esigenze abitative.

Un altro grave problema segnalato dal dottor Vitali è quello dei pazienti affetti da cosiddetta doppia patologia (ovvero tossicodipendenza che si innesta su disturbi di carattere psichico), i quali, in quanto *border line*, rischiano di non rientrare in nessuna delle categorie protette e di rappresentare quindi casi sociali a vita. In ragione degli esposti argomenti, l'assessore ha lamentato l'insufficienza del finanziamento che la città di Rimini riceve per gli interventi connessi alla lotta alla tossicodipendenza, evidenziando l'opportunità di affrontare il problema in sede di riparto delle risorse tra le varie Regioni.

La delegazione della Commissione ha poi visitato la comunità terapeutica di Vallecchia, la quale, nata nel 1984 anche con l'apporto dei Sert di Rimini e di Riccione, gestisce programmi terapeutici della durata media di 18 mesi residenziali, a cui si aggiungono 5 mesi per la fase di rientro. Nella comunità possono risiedere circa 40 soggetti; vengono in ge-

nere preferiti i soggetti già disintossicati o comunque alla fine del trattamento di metadone. Si tratta di una comunità aperta nella quale viene incoraggiato lo scambio con l'esterno e, dopo i primi mesi, il contatto con le figure affettivamente significative; a partire dall'ottavo mese le uscite sono progressivamente lasciate all'autogestione. All'interno della comunità si svolgono attività lavorative, quali coltivazioni agricole e la gestione di un maneggio e di un canile. È da rilevare che alcuni dei soggetti dimessi hanno organizzato, all'interno della cooperativa «Centofiori», di cui la comunità di Vallecchia fa parte, attività lavorative in cui hanno trovato stabile occupazione.

La comunità terapeutica di San Patrignano costituisce una realtà importante nel panorama riminese: attualmente ospita 1200 ospiti (tra cui 120 bambini) e 251 operatori e gestisce in piena autonomia le richieste di ingresso, comunque mai accettando i soggetti sotto trattamento di metadone. Rispetto ad essa – come illustrato dal dottor Cosimo Argentieri, medico della direzione sanitaria – il Sert punta a sviluppare un rapporto di vigilanza diretto anche ad elevare gli *standard* di sicurezza all'interno della comunità, con riferimento in particolare ai requisiti minimi richiesti per gli enti ausiliari a partire dal giugno 2001.

Nel marzo 2000 è stata rinnovata la convenzione per il riconoscimento del centro medico polivalente esistente a San Patrignano, comprendente circa 50 posti letto della annessa casa alloggio. La convenzione prevede che i moduli di ammissione nella casa alloggio siano verificati dalla ASL, che quest'ultima assicuri la presenza di infettivologi dell'ospedale di Rimini per le problematiche connesse all'HIV e che l'ammissione alla casa alloggio avvenga su proposta del primario infettivologo dell'ospedale. Sull'attività della struttura l'ASL esercita la vigilanza ed il controllo igienico sanitario. A partire dal 1998 è notevolmente cresciuta l'utilizzazione della casa alloggio da parte di pazienti a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN), sia residenti nella Regione che extraregionali: attualmente i ricoveri a carico del SSN ammontano a circa l'80 per cento del totale e riguardano per lo più pazienti affetti da AIDS o da cosiddetta doppia patologia.

La visita a San Patrignano ha riguardato le varie strutture e i vari settori di carattere lavorativo presenti nella comunità, molti dei quali di elevata qualità e tecnologicamente avanzati: allevamento di cani e di cavalli, allevamento di bovini e caseificio, produzione di vini, produzione di carta da parati e di oggetti in cuoio, falegnameria, grafica informatizzata, editoria.

Si è poi svolto un incontro con il responsabile della fondazione San Patrignano, dottor Andrea Muccioli, il quale ha denunciato la grave carenza, a livello sia nazionale che internazionale, di attendibili ricerche scientifiche di *follow up* di trattamenti terapeutici erogati dalle varie comunità e strutture pubbliche e private e ha rilevato che in effetti, secondo calcoli approssimativi, la percentuale dei recuperi effettivi a lungo termine sembra, in generale, non superiore al 30 per cento. Egli ha per contro rivendicato alla comunità di San Patrignano una percentuale di successi ben

superiore documentata da una specifica ricerca di *follow up* realizzata dalle università di Bologna e di Urbino sulla base di un campione significativo di soggetti rimasti a San Patrignano per almeno di 14 mesi (periodo peraltro inferiore a quello medio complessivo pari a tre anni e mezzo). A giudizio del dottor Muccioli, tale successo è da collegare alla metodologia terapeutica utilizzata a San Patrignano, comunità in cui si cerca di riprodurre condizioni di vita il più possibile simili a quelle esterne; unici elementi di diversità sono rappresentati dall'assenza di droga e da una completa partecipazione affettiva, psicologica e sociale ai bisogni delle persone.

Il dottor Muccioli ha inoltre affermato che se è certamente giusto avere a disposizione una pluralità di risposte ai problemi connessi alla tossicodipendenza, è indispensabile che tutte queste risposte siano dirette al recupero integrale della persona. Secondo questa prospettiva sono inaccettabili i programmi di distribuzione controllata di eroina, giacché non mirano al recupero della persona ma solo al controllo sociale dell'individuo.

Considerazioni conclusive

L'indagine svolta si è rivelata utile al fine, da un lato, di verificare gli orientamenti e le tendenze emergenti in alcuni Paesi europei di riferimento e, dall'altro lato, di disporre se non di un quadro esaustivo del funzionamento del sistema italiano di contrasto alla droga, almeno di alcune spie significative, con particolare riferimento a quegli aspetti che possono richiedere interventi migliorativi.

Per iniziare da questo secondo profilo, i sopralluoghi effettuati in Italia hanno messo in evidenza situazioni tra loro non omogenee, soprattutto per quel che attiene al funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze (Sert), delle ASL visitate. Mentre infatti il Sert di Rimini può nel complesso considerarsi operativamente adeguato, sia quello di Genova sia, soprattutto, quello di Reggio Calabria hanno denunciato evidenti difficoltà riguardanti in particolare l'insufficienza e la precarietà del personale e l'inadeguatezza logistica delle sedi.

Quanto al primo aspetto, anche nel settore delle tossicodipendenze si scontano carenze che affliggono più in generale il sistema sanitario: ciò vale per la gravissima, perdurante insufficienza di personale infermieristico. È tuttavia emerso anche che l'intervento di stabilizzazione perseguito dalla legge 18 febbraio 1999, n. 45, ha avuto in sede applicativa un inadeguato riscontro, anche perché sembra essere stata disattesa la raccomandazione rivolta al Governo da questa Commissione a far sì che il concorso per il personale dei Sert previsto dall'articolo 2, comma 3, della citata legge n. 45 del 1999, venisse bandito a livello regionale e in tempi rapidi.

Le carenze di ordine logistico sono apparse gravi sia a Genova – dove l'apertura di una seconda sede del Sert si scontra con l'opposizione degli abitanti del quartiere interessato – sia, in misura maggiore, a Reggio Calabria – dove sotto tale profilo le condizioni di lavoro del personale del Sert sono apparse davvero critiche (anche se dovrebbero migliorare entro breve, vista l'imminente apertura di una nuova sede).

Inoltre la situazione ambientale generale in cui opera il Sert di Reggio Calabria presenta particolari ulteriori problemi, tali da condizionare significativamente la capacità del servizio, al di là dell'encomiabile impegno di chi vi lavora, ad avere un'utenza corrispondente al bacino potenziale.

Un elemento invece positivo – sia pure, ancora una volta, con le diversità «strutturali» e socio-economiche che caratterizzano realtà come Genova, Rimini e Reggio Calabria – è invece rappresentato dal buon livello di collaborazione riscontrato tra servizio pubblico e comunità terapeutiche private. Sembra nel complesso prevalere la consapevolezza che, rispetto alla molteplicità e complessità delle problematiche e delle esigenze connesse all'universo droga, sia preferibile un approccio il più possibile integrato e coordinato. Se tradizionalmente il servizio pubblico assicura attività di assistenza socio-sanitaria e di riduzione del danno (programmi a base di metadone), le comunità terapeutiche private, oltre a svolgere i programmi di recupero e reinserimento, sono in alcuni casi più presenti rispetto al passato anche nella realizzazione di progetti a bassa soglia.

Di particolare interesse in tale ambito è l'esperienza riminese del Comitato di coordinamento tecnico-territoriale (di cui fanno parte rappresentanti del Sert, delle comunità, del volontariato, delle Onlus) che opera in chiave programmatoria valutando i vari progetti di intervento ai fini del loro finanziamento regionale.

Un ruolo più attivo, di aggregazione e di coordinamento, viene oggi rivendicato dai Comuni. Ambiti privilegiati di questo opportuno impegno sono costituiti dalle attività di prevenzione primaria e dagli interventi per il reinserimento sociale e lavorativo, tra i quali vanno ricordati quelli per le cosiddette borse-lavoro presso aziende private. È da osservare peraltro che per quanto concerne le attività di prevenzione rivolte al mondo della scuola è stato richiesto un maggior impulso e coordinamento a livello sia regionale che centrale.

Appare inoltre opportuno segnalare, come la modalità operativa cui fare riferimento, che i centri di quartiere per le tossicodipendenze di Madrid, programmano la loro attività sulla base di dati concernenti la composizione e i bisogni della popolazione che vengono accertati periodicamente attraverso un apposito questionario.

Per quel che attiene agli elementi di sofferenza denunciati dalle comunità terapeutiche visitate, il principale riguarda la lamentata insufficienza delle rette corrisposte dalle ASL per i regimi residenziale, semiresidenziale e residenziale vigilato. In proposito sembra apprezzabile l'intento della regione Emilia Romagna di introdurre un sistema di tariffe dif-

ferenziali concordato con le comunità. Queste ultime hanno inoltre richiamato l'attenzione sul problema del finanziamento per i lavori di manutenzione e ristrutturazione delle loro sedi connessi al soddisfacimento dei nuovi *standard* richiesti per l'accreditamento come enti ausiliari.

Allargando lo sguardo agli esiti dei sopralluoghi effettuati all'estero, una prima considerazione riguarda l'evoluzione del consumo di droga negli ultimi anni, evoluzione che inizia a trovare riscontro anche nella realtà italiana. Si è in presenza di una stabilizzazione e tendenziale riduzione del consumo di eroina, mentre nelle giovani generazioni si sono affermate le cosiddette nuove droghe sintetiche, il cui consumo è spesso associato a quello di bevande alcoliche e presenta modalità di tipo diverso, tali da rendere meno facile l'instaurazione di una dipendenza (ciò tuttavia non significa che le nuove droghe debbano considerarsi «leggere», anche perché esse comportano rischi di neurotossicità). Si registra inoltre un consumo assai esteso, soprattutto nella popolazione giovane, delle droghe cosiddette leggere, quali la *cannabis*.

Rispetto a tale quadro, quali sono le risposte disponibili e quali interventi occorre avviare o rafforzare? Appare preferibile, per chiarezza, distinguere gli specifici problemi sollevati da ciascuno dei tre tipi di consumo sopra ricordati, non senza premettere che la questione droga rappresenta comunque un argomento scottante e controverso per l'intera opinione pubblica e che il dibattito che la riguarda, soprattutto su alcuni temi, come ad esempio le strategie di riduzione del danno, resta tuttora in corso.

I consumatori di eroina sono caratterizzati da una durata della dipendenza spesso superiore ai 10 anni e rappresentano tendenzialmente (paradigmatico il caso dell'Olanda) un numero quasi chiuso, nel senso che in linea di massima le nuove generazioni preferiscono rivolgersi ad altri tipi di droga, pur essendo presenti un certo numero di casi di politossicomania. Rispetto a tale tipo di consumo i Governi centrali dei Paesi visitati hanno intrapreso, sia pure con sfumature diverse, politiche incentrate soprattutto sulla riduzione del danno, in base al riconoscimento che si è di fronte ad una realtà che è illusorio ipotizzare di recuperare subito ed integralmente, anche alla luce dei risultati ottenuti sinora. In questa prospettiva si pongono sia le cosiddette *safe injection rooms* istituzionalmente adottate in Svizzera, Germania e Olanda e che anche in Spagna hanno fatto la loro comparsa, sia i programmi di distribuzione controllata di eroina adottati in via sperimentale nei primi tre Paesi appena citati (ma in Svizzera esplicitamente consentiti dalla legge fin dal 1998). Tali programmi si rivolgono a quei tossicodipendenti che non intendono o non sono in condizioni di smettere il consumo di eroina, e si propongono appunto l'obiettivo di ridurre, sia per l'individuo che per la società in cui vive, i danni che da tale consumo possono derivare.

Al di là delle pur legittime riserve etiche che questa scelta può in alcuni suscitare, occorre prendere atto che i risultati ottenuti in Svizzera sono stati positivi, tanto da convincere i Governi olandese e tedesco a ten-

tare la stessa strada. Non va dimenticato, del resto, che la distribuzione controllata di eroina consente una prima stabilizzazione dei pazienti, quantomeno in termini di accettazione di regole di vita, di riduzione dei rischi sanitari e di sottrazione al mondo della criminalità, e può porsi come primo passo di un successivo percorso di fuoriuscita dalla droga.

A differenza dell'eroina, le nuove droghe sintetiche esercitano una forte attrazione sulle attuali giovani generazioni ed il loro consumo presenta caratteristiche tali da richiedere un mutamento di approccio nelle iniziative di contrasto, partendo dalla presa d'atto che tali sostanze godono di un'immagine positiva nel mondo giovanile in termini di socializzazione e di facile controllabilità dei rischi di dipendenza. Il fenomeno si presenta perciò tanto più insidioso perché non è associato a scelte e stili di vita necessariamente alternativi o emarginanti rispetto a quelli considerati socialmente accettabili: occorre pertanto da un lato contrapporre in positivo altri modelli di comportamento e impiego del tempo libero, dall'altro lato sviluppare le capacità critiche individuali sin dalla prima adolescenza.

Da questo punto di vista la strategia di informazione e prevenzione messa in atto in Olanda e soprattutto in Spagna è sembrata quella più adeguata a fronteggiare le nuove droghe; in particolare è apparsa condivisibile l'attenzione prestata in questo ultimo Paese sia al sistema educativo sia ai *mass media* e ai messaggi, più o meno espliciti, da essi veicolati.

Restano le droghe cosiddette leggere (*cannabis*) il cui consumo riveste caratteristiche di dannosità e pericolosità sociale relativamente limitate, insieme ad una diffusione tale da far sembrare velleitario il ritorno a forme di repressione conosciute in passato. In quella che è stata definita una «concezione dinamica della riduzione del danno», l'esempio olandese dei *coffee shops* rappresenta il tentativo di sviluppare un atteggiamento di maggiore tolleranza sociale, sia pure nel rispetto di alcune precise condizioni, mirante anche a far risaltare in maniera più evidente le barriere che si riferiscono invece al consumo di droghe pesanti. In una simile prospettiva pragmatica appare in altre parole più produttivo concentrare gli sforzi di repressione sulla produzione e lo spaccio delle sostanze stupefacenti più nocive.

Infine un aspetto sul quale è stata ripetutamente richiamata l'attenzione nel corso dell'indagine è costituito dall'esigenza, al momento largamente insoddisfatta, di disporre a livello nazionale ed internazionale di attendibili dati concernenti i risultati conseguiti dai vari programmi realizzati tanto nel campo della prevenzione, quanto in quelli della riabilitazione, del recupero e del reinserimento. Si tratta certamente di un ambito nel quale è necessario impegnarsi anche al fine di disporre in breve tempo, sulla scorta delle indicazioni dell'Osservatorio europeo sulle tossicodipendenze, di parametri e criteri standardizzati a livello europeo, cosicchè ciascun programma possa essere seguito da uno studio di *follow up* scientificamente valido. L'utilità di simili dati risulta evidente se non altro in funzione delle scelte concernenti la destinazione di risorse necessariamente limitate. Occorre però ribadire la ne-

cessità, comunque prioritaria, di disporre di una vasta gamma di strumenti e di interventi coordinati, tutti indispensabili rispetto all'obiettivo di fronteggiare adeguatamente un problema che, coinvolgendo la persona umana nella sua totalità, presenta infinite sfaccettature e complessità ed i cui percorsi di soluzione possono essere tra loro assai diversi.

DI ORIO, *relatore*