BOZZA DI STAMPA NON CORRETTA

d All. n. 10859/77

✠ S. P. Q. R.

COMUNE DI ROMA

GIUNTA MUNICIPALE

Prot. Serv. Deliberazioni n. 15973/77

Segretariato Generale

Schema di deliberazione che si sottopone all'approvazione della Giunta Municipale.

La Giunta Municipale decide di sottoporre all'On. Consiglio Comunale il seguente schema di deliberazione.

D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616 concernente: « Attuazione della delega di cui alio art. 1 della legge 22 luglio 1975, n. 382 ». Determinazione procedure e competenze ai sensi del II comma dell'art. 19 del D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616.

Premesso che con D.P.R. 24 luglio 1977 n. 616, concernente l'attuazione della delega di cui all'art. 1 della legge 22 luglio 1975 n. 382, sono state — tra l'altro — attribuite ai Comuni le funzioniamministrative indicatenel decreto medesimo;

Che — relativamente al settore della polizia locale urbana e rurale — l'art. 18 precisa che le funzioniamministrative concernono le attività di polizia che si svongono esclusivamente nell'ambito del territorio comunale e che non siano proprie delle competentii autorità statali;

Che il primo comma dell'art. 19 attribuisce ai Comuni una serie di specifiche funzioni previste dal T.U. delle leggi di P.S. approvat con R.D. 18 giugno 1931n. 773 e successive modificazioni, mentre il secondo comma del medesimo articolo dispone testualmente che: « fino alla entrata in vigore della legge di riforma degli Enti Locali territoriali, i Consigli Comunali determinano procedure e competenze dei propri organi in relazione all'esercizio delle funzioni di cui al comma precedente »;

Che al fine di dare concreta attuazione al disposto del secondo comma del citato articolo 19 si rente necessario adottare apposita deliberazione al duplice scopo di determinare le procedure e le competenze concernenti le funzioni attribuite ai Comuni dall'art. 19 medesimo, e di armonizzare ls stesse funzioni con quelle che i Comuni già esercitano in base alle vigenti disposizioni;

Che la determinazione delle procedure e delle competenze di cui al secondo comma dell'art. 19 devono essere finalizzate ad assicurare servizi adeguati alle esigenze della collettività senza far ricorso, peraltro, alla istituzione di nuovi uffici in quanto le attuali strutture del decentramento sono — di massima — in grado di espletare le nuove funzioni, anche se quete comporteranno la revisione degli organici del personale sia sotto l'aspetto numerico che sotl il profilo tecnico-professionale;

Che, pertanto, le funzioni elencate nel 1 comma dell'art. 19 ossono trovare appropriata collocazione, sia pur limitatamente alla fase istruttoria, nelle attuali strutture circoscrizionali, in attesa della completa attuazione del decentramento amministrativo previsto dalla legge n. 278 dell'8 aprile 1976;

Che l'orientamento sopra espresso consentirà maggior snellezza alle procedure le quali dovranno essere adeguate alle diverse esigenze sociali ed economiche delle Circoscrizioni medesime;

Che, pertanto, l'esercizio delle funzioni di cui all'art. 19 del D.P.R. n. 616/77 dee essere disciplinato e regolamentato con riferimento alle attuali strutture amministrative e con riserva di apportare alle medesime le necessarie modifiche in correlazione alla attuazione del Decentramento Amministrativo;

IL CONSIGLIO COMUNALE

delibera di determinare nel modo seguente, fino a quandonon sarà data completa attuazione al Decentramento Amministrativo di cui alla legge n. 278 dell'8 aprile 1976 le procedure e le competenze ai fini dell'esercizio delle funzioni attribuite ai Comuni dall'art. 19 del D.P.R. 24 luglio 1977 n .616, previste dal T.U. della Legge di Pubblica Sicurezza, approvato con R.D. 18 giugno 1931 n. 773 e successive modificazioni, e che vengono diseguito specificate:

n. 1) *rilascio licenza prevista dall'art.* co *e dalle altre disposizionispeciali vigenti in materia di impianto ed esercizio di ascensori per il trasporto di persone o di materialic* le istanze, corredate dalla documentazione prescritta dalle vigenti disposizioni in materia, devono essere presentate alle Circoscrizionile quali — accertata la regolarità e la completezza della documentazione medesima — ne cureranno l'ulteriore inoltro allaRipartizione VI - Servizi Tecnologici.

Questa, esperiti i dovuti accertamenti, predisporrà il titolo da rilasciarsi dal Sindaco o, per delega, dall'Assessore preposto alla Ripartizione VI.

La Ripartizione VI, per quanto attiene agli adempimenti tecnici previsti dalle norme vigenti, potrà avvalersi dell'E.N.P.I fino a quanto il Comune non provvederà a tali adempimenti mediante proprie e autonome strutture.

n. 2) *rilascio della licenza per l'esercizio dei mestieri di guida, interpreti, corriere o portatore alpino e per l'insegnamentodello sci di cui all'art. 123:* le istanze, corredate dalla documentazione prescritta dal R.D.L. 18 gennaio fli?k n. 448, devono essere presentate alla Ripartizione X - Turismo, che — esperiti gli adempimenti di rito — predisporrà il titolo da rilasciarsi dal Sindaco, o per delega, dall'Assessore preposto alla Ripartizione predetta.

n. 3) *ricezione dell'avviso preventivo per riprese cinematografiche in luogo pubblico o aperto al pubblico, previsto dall'articolo76:* le comunicazioni in argomento si intendono assorbite dalla competenza già attribuitaallaRipartizione XIV in merito alle istanze di concessione temporanea di suolo pubblico;

n. 4) *rilascio licenza temporanea di esercizi pubblici in occasione di fiere, mercati e altre riunioni straordinarie previstedall'art. 103 primo e secondo comma:* le istanze devono essere presentate alle Circoscrizioni le quali, dopo aver provveduto alla relativa istruttoria di cui all'art. 28 del Decreto Ministeriale 28 aprile 1976, predispongono il titolo da rilasciarsi dal Sindaco o, per delega, dall'Assessore preposto al decentramento;

n. 5) *concessione licenza per rappresentazioni teatrali o cinematografiche, accademie, feste da ballo, corse dei cavalli,altri simili spettacoli o trattenimenti, per aperture di esercizio di circoli, scuole di ballo e sale pubbliche di audizione di cui allo art. 68:* le istanze devono essere presentatealla Ripartizione X - Turismo la quale, dopo aver provveduto alla relativaistruttoria secondo le disposizionipreviste dal R.D. 6 maggio 1940 n. 635 e dalle leggi speciali e dopo aver esperito gli adempimenti di rito, predisporrà il titolo da rilasciarsi dal Sindaco o, per delega, dallAssessore preposto alla Ripartizione predetta.

Neppure si esclude di poter ricorrere secondo protocolli di comportamento che dovranno essere definiti, al coinvolgimento, per quanto riguarda eventuali trattamenti di mantenimento, di medici di base operanti nei presidi sanitari pubblici opportunamente formati ai quali affidare un numero limitato di pazienti, che contemporaneamente ricevono assistenza psico - terapeutica riabilitataiva dalle Unità territoriali.

L'avvio di tale sistema integrato di interventi e competenze nell'ambito di una strategia multimodale, che non esclude ma neppure privilegia indiscriminatamente alcun trattamento, in particolare quello a base di narcotici, volto essenzialmente a soddisfare le richieste di programmi terapeutici personalizzati dovrà permettere di

- ridurre in conseguenza i costi sociali dell'epidemia eroinica pagata dalla comunità vuoi sotto forma di attività criminose che per sostenere l'oneroso apparato giudiziario-carcerario e degli organi di controllo che nel migliore dei ca casi intercettano quantità di narcotico illegale non superiore al 10% di quanto ne viene poi immesso nel mercato;
- attenuare il clima di diffidenza e di contrapposizione tra cultura dominante e sottocultura del 'mondo della droga" e i conseguenti fenomeni di rigetto legati alla condizione di illegalità e conseguente marginalità sociale alla quale sono costretti individui che non riescono a sottrarsi al compulsivo ricorso ai narcotici;
- recuperare ad un costruttivo inserimento sociale soggetti che, pur perdurando per periodi più o meno lunghi in una condizione di dipendenza farmacologica, sono di fatto in grado di inserirsi nel mondo del lavoro, di coltivare validi e duraturi rapporti umani ed essere, quindi, a pieno diritto membri partecipi e costruttivi della comunità;
- attutire le già gravi difficoltà nel rapporto assistenziale con il tossicodipendente favorendo le condizioni di un meno difficoltoso ritorno alla scuola, al lavoro e di avvio ad altri tipi di intervento psicoterapico e socio-riabilitativo;
- acquisire, soprattutto tramite il rapporto interpersonale, conoscenze più precise circa gli eventi che costellano la biografia del tossicodipendente e circa gli incidenti che segnano l'avvio dell'assunzione della droga, approfondendo le motivazioni di ordine personale e sociale nonchè i referenti familiari e di gruppo.

Riguardo alla scelta dei FARMACI da utilizzare nei trattamenti di divezzamento si vogliono rifiutare motivazioni preconcette nei confronti dei diversi nar

%

cotici disponibili e operare al contrario scelte opportune alla luce di criteri scientificamente validi e superando i condizionamenti generati da precedenti situazioni di "malaprassi".

La scelta dei narcotici non può prescidenre, al momento, dalle concrete possibilità di utilizzo degli stessi, a seguito di norme nazionali che regolano la prescrivibilità di quelle sostanze e pongono espliciti limiti di impiego per alcuni in particolare (vedi i decreti sulla limitazione alle strutture ospedaliere nella somministrazione del metadone).

Nel discorso più generale sulle modalità di impiego dei narcotici si ritiene proporre le seguenti linee orientative:

- i narcotici vanno usati alle dosi minime possibili, ma sufficienti a controllare l'insorgenza dei disturbi astinenziali e comunque tenendo conto, nel non facile giudizio globale sul grado di dipendenza psicofisica, anche di quanto riferito dal tossicodipendente a proposito dei disturbi soggettivi riferiti;
- anche la durata del trattamento deve essere la più breve possibile, sempre però tenendo conto delle richieste avanzate dal tossicodipendente senza l'attiva partecipazione del quale al processo disassuefacente vano risulterebbe ogni decisione presa d'autorità da parte del sanitario;
- il tossicodipendente deve essere generalmente informato sulla dose di narcotico ricevuta;
- la via di somministrazione preferibile e quindi estremamente consigliata è quella orale. I sanitari saranno invitati pertanto ad utilizzare ove possibile prodotti somministrabili per bocca e che scoraggino la possibilità di autosomministrazioni endovenose.

%

Considerate le attuali limitazioni dell'armamento farmacologico di prodotti prescrivibili per via orale, gli organi competenti si adopereranno per facilitare l'inclusione nella farmacopea ufficiale di narcotici somministrabili per bocca e, nelle more, verificheranno la possibilità di avviare la produzione di preparati galenici ad iniziare dalle farmacie comunali e d altre disposte a collaborare.

La somministrazione di narcotici in ogni caso succederà ad una accurata indagine diagnostico-anemnestica tesa a cautelare il tossicomane da possibili errore di sovradosaggio ed altre complicazioni di carattere medico-tossicologico.

I trattamenti a base di narcotici non vogliono proporsi come strumenti di nociva passivizzazione del tossicodipendente.

A tal fine lo stesso si impegnerà a partecipare attivamente al processo di svincolo della condizione di dipendenza farmacologica impegnandosi in altre iniziative psico-socio-terapeutiche che di volta in volta si renderanno disponibili.

Il tossicodipendente ha diritto di essere edotto sull'azione tossica, i rischi, gli effetti collaterali e le controindicazioni legate all'assunzione di narcotici.

La prossima istituzione dei servizi di salute mentale (SSM), nell'ambito delle USL, consente di identificare i referenti prioritari nell'assetto che l'assistenza alle diverse forme di patologia psicoadattiva, ivi comprese le tossicomanie dovranno avere.

Nell'insieme degli interventi alle diverse forme di minorazione psicolo_ gica o di devianza, si ritiene che detti servizi debbano essere direttamente interes_ sati alla copertura di detto compito assistenziale attraverso l'identificazione di forme concretamente ed agilmente utilizzabili di intervento.

A tal fine si prevede che ogni SSM rinvenga tra gli operatori socio-sanita_ ri alcune figure su cui detto servizio dovrà gravitare prioritariamente costituendo quella struttura di riferimento essenziale ai servizi di base.

Detti referenti per il tipo di mansioni richieste si identificano essenzial_ mente nella figura dell'assistente sociale, dello psicologo, dello psichiatra come elementi portanti, ed eventualmente dell'assistente vigilatrice, del consulente tos_ sicologo , del legale, del sociologo, dell'animatore sociale e dello psicoterapeuta, come figure di ausilio ma non meno importanti nel quadro di un più organico intervento riabi_ riabilitativo.

Ogni SSM disporrà in altri termini, di operatori responsabilizzati completamente o parzialmente, a seconda della rilevanza del problema nel bacino di utenza per gli interventi a questo tipo di patologia nel contesto del più generale progetto di assistenza alla popolazione, vuoi utilizzando gli stessi spazi adibiti ad altri servizi, vuoi, ove si rendesse opportuno, spazi appositamente identificati per una migliore elargizione dei servizi.

Il tossicomane in concreto troverà nell'assistenza sociale il primo referente che provvederà a fissare gli incontri con i diversi operatori interessati al problema nei tempi e nelle sedi prestabilite.

Superata la fase diagnostica che per quanto concerne la valutazione del grado di tossicodipendenza da oppiacei, potrà prevedere un breve periodo di osservazione in ambiente ospedaliero, il tossicodipendente verrà affidato ad una struttura dispensariale per trattamenti a base di farmaci sostitutivi per quanto riguarda gli interventi chimico - farmacologici e all'attenzione di altri operatori di base o specialisti per tutti gli altri tipi di intervento sanitario e p sico - socio - riabilitativo di cui l' USL disporrà o direttamente o tramite forme diverse di convenzione.

Ogni SSM disporrà cioé di una unità operativa per i servizi di assistenza ai tossicodipendenti (S. A. T.) composta dalle figure professionali e para - professionali già menzionate che provvederà al collegamento, all'affidamento ed alla elargizione diretta degli interventi ritenuti idonei vuoi nella fase ospedaliera che extra - ospedaliera.

Caratteristiche dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti

Un piano di intervento a favore dei tossicodipendenti, oltre a costituire il necessario supporto progettuale ed un'integrata strutturazione dei servizi, deve provvedere acciocché gli stessi godano di caratteristiche che li rendano concretamente ed efficacemente fruibili da parte degli utenti.

Tali caratteristiche possono sinteticamente riassumersi nelle seguenti :

a) - massimo decentramento dei servizi di base, vuoi ambulatoriali che ospedalieri;

b) - relativa centralizzazione della fase dello "INTAKE" (valutazione clinico-tossicologica, psicosociale e stesura concordata dal piano di trattamento);

c) - facile agibilità (semplificazione delle procedure, definizione delle competenze e chiarezza nei livelli di integrazione fra i servizi, continuo aggiustamento della corrispondenza tra domanda ed offerta dei servizi, disincentivazione di interventi poco produttivi, specie se costosi e disfunzionali);

d) - omogeneizzazione delle procedure e delle prestazioni elargite dai servizi assistenziali di base;

e) - diversificazione dei servizi, estendendo la gamma delle prestazioni ed iniziative autogestite, vuoi a livello volontaristico che privato, tramite adeguate forme di convenzione;

f) - integrazione funzionale dei servizi, tramite un organo di raccordo con compiti di promozione e di verifica sulle prestazioni soggette a convenzione;

g) - continuità terapeutica, grazie al superamento di smagliature nell'assetto dei diversi interventi;

./.

h) - qualificazione degli interventi stessi tramite opera di stimolo, verifica e promozione culturale da parte degli organi centrali responsabili.

Interventi di tipo riabilitativo

Allo scopo di facilitare la piena riabilitazione del tossicodipendente attraverso un superamento della sua condizione di assuefazione, una sue emancipazione definitiva della cultura della droga, un diverso e più soddisfacente inserimento sociale, si ritiene di dover esaminare con particolare attenzione le diverse esperienze di comunità.

Tali esperienze vanno incoraggiate in quanto momenti di mediazione e di transizione di un più generale processo di recupero, i quali, in ogni caso, non possono indeterminatamente vicariare l'esigenza di un autonomo inserimento sociale dell'ex tossicomane.

Vanno, perciò, incoraggiate soluzioni analoghe e diverse in momenti concorrenti o successivi, volti a favorire il recupero da parte del soggetto della sua piena autonomia ed indipendenza, rispetto anche a quella tutela e a quella dipendenza affettiva che può caratterizzare il dissuto della comunità.

L'esperienza di comunità, in tale prospettiva, può favorevolmente evolversi in esperienza di cooperativa.

Vanno soprattutto incoraggiate tutte quelle in grado di recuperare l'apporto dei giovani alla realtà produttiva in forma di volontariato, apprendistato, tirocinio, stages, tramite istituti particolari e nuovi che rinsaldino i legami tra studio e lavoro, tra occupati e non ancora occupati, tra generazioni.

Iniziative di questo genere appaiono importanti, non soltanto dal punto di vista riabilitativo, ma anche dal punto di vista preventivo.

./.

Intervento di tipo preventivo

Si prevedono sei tipi di intervento :

- Informazione e sensibilizzazione dei "moltiplicatori sociali";
- promozione di occasioni di aggregazione sociale;
- avvio di ricerche specifiche su zone ad alto rischio e su popolazioni particolarmente esposte;
- interventi nel mondo del lavoro;
- interventi nel mondo della scuola;
- creazione di centri socio-culturali polivalenti.

Per quanto riguarda gli interventi del primo tipo si ritiene doversi impegnare più incisivamente nella formazione di quegli operatori che più frequentemente hanno la possibilità di influenzare autorevolmente la condotta dei singoli: il medico, gli insegnanti, i diversi operatori di strutture pubbliche o private, ai quali la gente si rivolge o dai quali la gente viene orientata sui temi della salute, dello sviluppo, dell'igiene in senso più generale. Perché tale impegno non si arresti ad una semplice informazione è necessario che il discorso droga si colleghi col discorso più generale di educazione alla salute, delle sue esigenze, dei suoi scambi con l'ambiente esterno, degli effetti connessi all'introduzione di sostanze chimiche per uso terapeutico e non terapeutico. In questo modo si intende restituire al tecnico della salute un ruolo determinante di prevenzione, in qualità di agente autorevole di informazione e sensibilizzazione sul presupposto che la prevenzione migliore coincide con l'approfondimento delle conoscenze, cioè con la possibilità che viene offerta a ciascuno di conoscere, controllare, respingere ciò che è nocivo.

Col promuovere occasioni di aggregazione e discussioni nell'ambito delle circoscrizioni, dei quartieri, delle sezioni, delle parrocchie,

./.

dei circoli ricreativi, dei caseggiati, si intende sollecitare a livello di base un coinvolgimento popolare più esteso che sia premessa ad un controllo sociale nuovo e più efficace. Anche qui il principio ispiratore è che soprattutto attraverso una consapevolezza più diffusa, nelle forme proprie alle caratteristiche dei diversi ambienti sociali è possibile attivare iniziative concrete tese al riconoscimento ed al controllo dei fattori che sottintendono i diversi fenomeni di emarginazione,di devianza , di lacerazione del tessuto sociale.

L'avvio di programmi di ricerca psicosociale sistematici su zone ad alto rischio e su popolazioni particolarmente esposte ai fenomeni di emarginazione e devianza, dovrebbe, infine, costituire la premessa per l'acquisizione di dati più puntuali circa i fattori obiettivi e soggettivi che favoriscono o sui quali si innestano tali fenomeni, circa le carenze di strutture atte a fornire una risposta adeguata ai bisogni della popolazione in genere e della popolazione giovanile in particolare circa le motivazioni che preparano e sostengono sul piano individuale le condotte devianti, circa gli incidenti, i canali, i modi di proselitismo, di iniziative a tali condotte, circa gli interventi da provvedere contestualmente a livello individuale, familiare, scolastico, lavorativo allo scopo di potenziare le resistenze spontanee nei confronti di scelte e stili comportamentali devianti.

Con ciò si intende evidentemente dotarsi di metodologie di intervento capaci di articolarsi differentemente nei deiversi ambienti secondo progetti di interventi contestuali, secondo la stessa logica che a livello di trattamento ha indotto a sostenere la validità di progetti terapeutici personalizzati.

Larga parte di tali niziative potrebbero convergere e trovare forme appropriate di stimolo e di coordinamento nella costituzione dei centri socio-culturali polivalenti.

Interventi nel mondo del lavoro

Una società che, per costituzione, si dice fondata sul lavoro, che adotta il compenso in denaro come merce universale di scambio e che non consente a molti suoi memebri, specie ai giovani, di trovare un inserimento lavorativo, pone condizioni per l'esplosione di una contraddizione interna, di cui attività delinquenziali e compartimenti tossicomanici, costituiscono ovvie conseguenze.

Tutte le vie vanno, quindi, percorse per contenere il drammatico fenomeno della disoccupazione giovanile, che rappresenta l'elemento disgregatore di più grave portata sul tessuto sociale e sulla credibilità di una società che vuole dirsi civile.

Le misure necessarie per affrontare un problema di tale portata vanno al di là di quanto un'amministrazione comunale può, realisticamente, proporsi, ma è indubbio che sforzi adeguati in tal senso vanno affrontati a tutti i livelli, per diminuire ilcomprensibile disagio delle nuove generazioni in un aspetto così importante della vita associata.

L'intervento preventivo nel settore in oggetto si salda, a questo punto, con tutta una serie di iniziative di competenza di altri Assessorati dell'Amministrazione Comunale, nel duplice intento di potenziare specifiche funzioni e creare, al contempo, unallargamento degli spazi occupazionali aperti a giovani con diversi livelli di qualificazione.

Il giustificato obiettivo di integrare ogni lavoratore nel pieno soddisfacimento dei diritti legati alla copertura di un posto sicuro di lavoro, non deve far trascurare forme iniziali di impegno lavorativo, anche "part time", o periodiche purché rapidamente usufruibili da chi ne è interessato.

./.

Con i giovani, in modo del tutto particolare, vanno, infatti, create possibilità di lavoro, che si adattino più facilmente alle diverse esigenze, riducendo al minimo le dilazioni legate a faticosi iter burocratici, in applicazione ad una norma avanzata spesso protestatariamente, e non senza buoni motivi, dai giovani: "lavorare meno, ma lavorare tutti".

Pur nelle giuste cautele per non cadere in iniziative di tipo assistenzialistico, meritano attenzione provvedimenti presi da alcune amministrazioni pubbliche, in particolare comunali di città straniere e di recente anche italiane, di favorire l'impiego di ex tossicodipendenti o persone in trattamento farmacologico di "mantenimento" attraverso la corresponsione ai datori di lavoro di un contributo pari all'ammontare dei contributi previdenziali da parte delle amministrazioni pubbliche destinatarie di specifici fondi a favore dei tossicodipendenti.

Favorire la costituzione di cooperative di lavoro e promuovere iniziative di qualificazione professionale, in particolare per quelle attività che risultano ai giovani più congeniali, rappresentano del pari aree importanti di intervento in cui l'amministrazione pubblica, ai diversi livelli, è chiamata ad intensificare i propri sforzi.

Interventi nel mondo della Scuola

Un piano di intervento che si proponga di intervenire a livello di prevenzione non può non identificare nella scuola un referente privilegiato/obbligato per interventi di diverso tipo che possono essere sinteticamente enumerati come segue :

./.

- sostenere di comune accordo con i comitati provinciali previsti dalla 685 (titolo IX) dei provveditorati agli studi e nel quadro delle iniziative promosse a livello di distretto scolastico, iniziative di formazione, informazione per insegnanti e genitori, sia distintamente che tramite iniziative comuni di confronto e dibattito su argomenti di interesse.

- favorire la costituzione, il potenziamento e la qualificazione dei servizi socio-psico-pedagogici che operano nelle scuole.

- favorire funzionali modalità di raccordo tra il mondo della scuola e i servizi socio-assistenziali del territorio.

- sviluppare iniziative di formazione per operatori che svolgono attività didatti_ che nelle prime fasi di avviamento scolare (asili nido, scuola materna, scuo_ le elementari) specie sulla tematica relativa alle prime tappe evolutive del bambino.

- promuovere corsi per insegnanti delle scuole medie inferiori e superiori su argomenti di psicopedagogia riguardanti la problematica adolescenziale, in particolare la tematica relativa al processo di identificazione - differenziazione, al vissuto corporeo, al significato dei miti del nostro tempo, alla fun_ zione del gruppo dei coetanei, ai rapporti con le figure genitoriali, i loro sostituti ed il problema dell'autorità in generale, ai delicati aspetti del distacco dal nucleo familiare, della dipendenza dallo stesso, alla distruttività, alla formazione dei movimenti di contro-cultura, ecc..

- favorire iniziative di ricerca e di dibattito su aspetti significativi, su temi di educazione sanitaria e difesa dell'ambiente.

- favorire la possibilità di recupero scolastico, per diminuire le conseguenze negative di esperienze di fallimento scolare, frequente presupposto di inizio o di aggravamento di una condotta deviante.

./.

- sviluppare programmi di educazione sessuale nella scuola, arricchendo l'insegnamento con rudimenti di tipo psicologico nell'ottica di una più ampia concezione dello sviluppo della sessualità umana.

La formazione degli operatori

Per la messa in atto dei diversi interventi il problema della formazione degli operatori ai quali si è fatto riferimento esplicitamente o implicitamente (personale medico, paramedico, psicologi, assistenti sociali, sociologi) è determinante e non consente soluzioni improvvisate, impone una chiara scelta politica nella direzione di investimenti rivolti al recupero di una professionalità sovente trascurata o decaduta. E' necessario spingersi ben oltre la semplice trasmissione di informazioni di carattere generale, pur necessaria, per superare la condizione di generica sensibilizzazione in cui "la fuga nel sociale" ha fornito spesso il pretesto per arrestarsi a generic he affermazioni di principio a proposito delle disfunzioni della nostra società.

E' necessario un recupero delle competenze e delle tecniche, a partire da una valutazione critica dei risultati conseguiti nelle diverse esperienze. Ciò significa un recupero del momento metodologico e sistematico, dalla formulazione delle ipotesi alla verifica dei risultati, sia per quanto riguarda i diversi tipi di intervento diagnostico e terapeutico, sia per quanto riguarda i diversi tipiddi intervento riabilitativo e preventivo ai quali si intende far ricorso.

Su questo piano non ci si possono fare illusioni circa la piena adeguatezza degli operatori attualmente presenti sul territorip, nè si può operare una delega totale ai curricula o alle istituzioni universitarie o parauniversitarie che provvedano alla formazione di base degli operatori.

E' necessario, al contrario, attuare nuove forme di collaborazione fra gli Istituti di ricerca e formazione e il territorio, anche sul piano del coordinamento della ricerca, della sperimentazione delle tecniche, della formazione degli operatori. In questa direzione le potenzialità del C. N. R. e dell'Università di Roma appaiono notevoli, vanno perciò potenziati, ricercati e costruiti rapporti nuovi anche in questo settore, nell'ambito delle convenzioni esistenti, nell'ambito di nuove forme per una collaborazione sempre più organica.

In particolare è necessario intervenire rapidamente in primo luogo sul personale ospedaliero che presiede agli interventi d'urgenza ai primi trattamenti, a tutti i livelli, medici e paramedici; qui sembra indispensabile associare ad una buon a preparazione sanitaria una nuova e più adeguata sensibilità psicologico-sociale.

Quindi, é necessario intervenire sul personale degli organismi decentrati sul territorio, non tanto solo per creare degli specialisti quanto per promuovere una professionalità effettiva e polivalente in grado di confrontarsi più efficacemente con tutta una varietà di problemi tra loro collegati, tra i quali anche le tossicodipendenze.

(Allegato 1)

Norme di utilizzazione della scheda sanitaria per la segnalazione dei casi di inizio o di interruzione di trattamenti tossicodipendenti prevista dalla Regione Lazio ai sensi degli articoli 95 - 96 della Legge 685

A) - al posto del nome e del cognome dell'interessato, allo scopo di conservare l'anonimo, verrà usato un codice desunto da alcuni dati anagrafici secondo lo schema seguente :

- prima lettera del cognome seguita da un numero pari al numero di lettere che compongono il cognome;
- idem per il nome;
- M o F a seconda del sesso maschile o femminile;
- due cifre corrispondenti al decennio dell'anno di nascita;
- due lettere come sigla della provincia di provenienza; per Roma "RO"

esempio : Rossi Mario, nato nel 1956 a Roma : R5M5M56RO.

Detto codice verrà riportato anche sull'tesserino personale" per ottenere, sotto prescrizione, narcotici nelle farmacie.

B) - la scheda verrà impostata in tutti quei casi di abuso farmacologico in cui un sanitario ravvisi la presenza di questa condizione e inizi di conseguenza un trattamento terapeutico sia in modo diretto che attraverso l'invio a servizio specializzato o medico curante.

L'abuso farmacologico può interessare sia la sostanze comprese nella prima tabella ministeriale prevista dalla legge 685, comprese e non comprese nella farmacopea ufficiale che l'alcool, gli psicofarmaci e altre sostanze psicoattive il cui uso, per modalità, frequenza e dosi, coscituisca una minaccia per la salute e implichi il ricorso all'intervento sanitario.

C) - le schede verranno compilate dal C. M. A. S. ogni qualvolta ricorrano gli estremi o da altre strutture socio-assistenziali pubbliche e private nei casi in cui il tossicodipendente non sia passato preventivamente attraverso il

./.

CMAS. Dette strutture invieranno la scheda al CMAS che provvederà successivamente ad inviarle alla Regione.

D) - Una seconda copia della scheda con riportato il codice, l'annullamento dei quadri A e B e il completamento del quadro C, verrà inviata a conclusione del trattamento terapeutico.

E) - il CMS provvederà con frequenza quadrimestrale ad inviare le schede al Centro Regionale previsto dall'art. 96 della legge 685 (dopo averle elaborate in funzione di specifici accordi presi preventivamente con gli organi regionali competenti).

(Allegato 2)

Il Tesserino Personale

Il tesserino personale (TP) rappresenta lo strumento che permette un maggiore decentramento ai medici di base dell'assistenza ai tossicodipendenti anche tramite trattamenti disassuefanti a base di narcotici, e che nello stesso tempo consente di operare una continua verifica affinché detti trattamenti, non scevri di possibilità di rischio per la comunità, vengano condotti nel rispetto di più corrette norme procedurali.

Il TP avrà le seguenti caratteristiche:

formato tipo carta di credito, in materiale plastico rigido, con fotografia incorporata e quindi non sostituibile; sarà privo del nominativo e delle generalità dell'interessato allo scopo di tutelarne l'anonimato; porterà l'intestazione di "Tesserino personale" e il codice desunto con lo stesso criterio utilizzato per la scheda di segnalazione regionale (a cui si rimanda); porterà una sigla costituita da una lettera e da un numero di due cifre riferentesi alla ULS e al medico curante convenzionato residente nello stesso territorio a seguito di assegnazione da parte del CMS sentite le opinioni espresse dall'interessato e la disponibilità del sanitario ad accettare inc cura nuovi tossicodipendenti entro il numero massimo di cinque; porterà inoltre l'intestazione dell'Ospedale Generale dove il soggetto è stato inizialmente ricoverato per la fase diagnostica e di avvio del trattamento farmacologico; dello stesso ospedale verranno riportati altresì l'indirizzo e il numero telefonico del servizio deputato all'assistenza ai tossicodipendenti. Porterà inoltre lo stesso numero della scheda e la scritta "duplicato" nel caso l'originale sia andato smarrito.

Il tesserino ha la durata di un anno e viene rilasciato unicamente dal CMS dopo che il tossicodipendente ha completato il periodo di osservazione in ambiente ospedaliero per la fase diagnostica sulle condizioni psicofisiche e sullo stato di farmacodipendenza e dopo che siano state fissate le dosi appropriate

./.

per il proseguimento del trattamento disassuefante a base di narcotici. In pratica, il tossicodipendente, completato il periodo di osservazione in ospedale, si farà rilasciare copia della scheda sanitaria e si presenterà al CMAS dove riceverà il tesserino personale e verrà affidato ad un medico convenzionato per il proseguimento del trattamento ambulatoriale o all'ospedale se opterà per un trattamento a base di metadone per via orale.

Se il trattamento disassuefante non verrà completato nell'arco di un anno, il sanitario curante sarà tenuto a discutere il caso con operatori del CMS costituendo una "consulta interdisciplinare" che prenderà una decisione circa le più opportune strategie per un utile proseguimento del trattamento. In caso contrario la decadenza della validità del tesserino non consentirà più al tossicodipendente di ritirare narcotici in ospedale o in farmacia anche se munito di prescrizione.

Sino a che il tossicodipendente non sarà accettato in cura da un medico o da una struttura assistenziale continuerà a dipendere per qualunque tipo di assistenza dall'Ospedale dove si è sottoposto alla fase diagnostica e di avvio di trattamento.

(Allegato 3)

Protocollo per la collaborazione di sanitari nell'assistenza ai tossicodipendenti

(Cappello)

Il sottoscritto, Dr. .....

con studio in ..... tel. ;;;;;;.....

laureato nell'anno.....presso l'Università di .....

specializzato in .....

svolge attualmente la propria attività professionale come.....

.....presso .....

.....

e accetta di essere inserito nell'elenco dei sanitari disposti a collaborare nella assistenza ai tossicodipendenti condividendo le seguenti norme :

- assistere non più di 5 casi con trattamenti disassuefanti a base di narcotici;
- accettare in terapia disassuefante con narcotici solo i soggetti muniti di apposito "tesserino personale" e "scheda sanitaria" rilasciati rispettivamente dal CMAS e dall'Ospedale Generale con servizio diagnostico sul grado di farmacodipendenza;
- contenere entro il termine massimo di tre mesi il ciclodi disassuefazione a base di narcotici. Detto ciclo potrà essere ripetuto per un massimo di tre volte entro il primo anno di affidamento;
- visitare regolarmente il tossicodipendente affidato riservandogli almeno una ora di colloquio settimanale;
- compilare gli appositi "diari clinici" e inviarne copia mensilmente al CMAS come pure la relazione trimestrale conclusiva;

./.

- segnalare, a termine dell'anno di trattamento previsto, i casi di insuccesso nel tentativo di divezzamento e prendere accordi per un consulto interdisciplinare con operatori che hanno congiuntamente seguito il caso e operatori del CMAS per decidere le modalità del proseguimento della cura;

- rispettare i termini previsti dalla legge nella prescrizione dei narcotici;

- collaborare con operatori sociali, consulenti specialisti, associazioni e iniziative di volontariato nell'offrire al tossicodipendente quella gamma di interventi di cui avesse bisogno al di là del rapporto medico-paziente;

- collaborare con eventuali iniziative culturali e di promozione tendenti a verificare e migliorare la qualità delle prestazioni assistenziali.

territoriali , ma non si esclude la possibilità di convenzionarsi con organizzazioni o istituzioni non pubbliche al fine di allargare la gamma degli interventi specifici ed offrire a quei tossicomani che ne facciano richiesta validi strumenti di crescita e di consapevolezza sulla multiforme problematica psicologica che in molti casi é all'origine dell'abuso farmacologico. Anche in questo caso soddisfacendo al principio dell'affidamento a ciscun operatore di un numero limitato di tossicodipendenti e della verifica continuativa dell'operato.

Il reperimento dei sanitari disposti a collaborare per il recupero dei tossicodipendenti dovrà essere fatto utilizzando il larga massima i professionisti inseriti nei servizi medico - assistenziali delle USL che abbiano acquisiti i titoli specifici partecipando ai corsi di formazione professionale appositamente istituiti dall'autorità saniataria.

La possibilità di costruire nel territorio delle "unità dispensariali" di narcotici, specie farmaci sostitutivi come il metadone per via orale, per un modesto numero di tossicodipendenti, non viene escluso ma é evidente che detta soluzione potrà

seriamente essre presa in considerazione allorché i servizi di assistenza mzdica e psico-sociale nelle USL siano ad uno stadio più avanzato di funzionamento e consentano; quindi, di coprire l'intera gamma dei, servizi fondamentali che iniziative di questo genere richiedono.

Nel frattempo, concordemente ad un orientamento preso dalla Regione in materia, i trattamenti a base di farmaci sostitutivi restano di competenza degli Ospedali ed assolvono ad un compito assistenziale sostenuto dalle seguenti motivazioni:

- curare tossicodipendenti che per controllare l'insorgenza della sindrome di astinenza devono assuùere una dose di narcotico maggiore della dose minima letale media (pari 120 mg. di morfina intramuscolare pro die o 60 mg. di metadone per via orale pro die) e che pertanto richiedono un più attento e vigile monitoraggio clinico.
- gestire trattamenti in condizioni di maggior sicurezza per il persoanle con alcuni tossicodipendenti che abbiano già mostrato comportamenti anti-sociali.
- maggiore disponibilità di specialisti ed operatori sociali per affrontare problematiche particolarmente complesse sotto il profilo psicopatologico e comportamentale.

A questo propostito si prevede in una prima fase la costituzione di quattro poli ospedalieri sotto forma di ambulatori filtro, strutturati come sezione di accettazione, in grado di accertare la necessità del ricovero, di selezionare i trattamenti e di fornire la consulenza ai reparti di degenza, oltre a garantire il collegamento ai servizi di prevenzione, cura e riabilitazione extra-ospedalieri

Tali ambulatori devono prevedere nel loro organico le persone in numero adeguato di medici, tossicologi, psicologi, assistenti sociali, personale paramedico, personale di sorveglianza; dovrebbero essere tra loro coordinati, all'interno di una strategia complessiva secondo metodiche di intervento che nel rispetto dell'autonomia degli operatori, soddisfino i criteri dell'uniformità dei trattamenti, della socializzazione, del controllo dell'esperienza; dovrebbero corrispondere alla suddivisione della città in bacini di utenza e soddisfare ciascuno le domande di un comprensorio relativo a 5 o 6 Circoscrizioni.

Secondo le indicazioni già date dalla Regione tali poli potrebbero sin d'ora costituirsi o rafforzarsi mediante l'integrazione di organico necessario presso il Policlinico, il S. Spirito, il San Camillo, il S. Eugenio.

Vanno altresì costituite rapidamente quattro strutture CMAS con organico formato dal personale della Provincia, del Comune e dove necessario integrato da nuove assunzioni in grado di provvedere ai trattamenti ambulatoriali sul territorio.

Tali strutture saranno, provvisoriamente, nella prospettiva della più diffusa funzionalità dei servizi di tutte le USL i referenti diretti di tutti i poli ospedalieri corrisponderanno agli stessi bacini di utenza, soddisferanno gli impegni connessi alle convenzioni in materia con il Ministero di Grazia e Giustizia, provvederanno a forme diversificate di trattamento ambulatoriale (medico e psicologico) in stretto collegamento oltre che con le strutture ospedaliere, con gli altri servizi socio - sanitari e con le strutture operanti sul territorio.

In particolare dovranno essere incoraggiati costanti scambi di conoscenza e di consulenza tra i diversi operatori dell'ospedale e delle strutture del territorio fermo restando che il trattamento a base di narcotici resta per ora prevalentemente di competenza ospedaliera e che gli interventi psicologici e sociali di prevenzione e di riabilitazione oltre che diagnosi e cura trovano nell'unità territoriale la sede più appropriata per i rapporti che essa deve avere con la realtà sociale che se da un lato esprime, dall'altro ugualmente può riassorbire il fenomeno.

Le unità territoriali valuteranno contestualmente in rapporto alle specifiche assunzioni di responsabilità dei propri dirigenti ed operatori sanitari l'opportunità di ricorrere a trattamenti a base di narcotici dove questi non risultino incompatibili con altre forme di terapie e dove risultino, specie per i cronici, un trattamento provvisorio necessario.

numero di tossicodipendenti possano essere sottratti alla logica della strada e del deterioramento psico-sociale ed integrarsi in attività di recupero di diverso tipo.

Gli interventi terapeutici sogliono grossolanamente essere distinti a seconda del tipo in :

1) - medico-farmacologici
2) - socio-riabilitativi
3) - psicologici
4) - fisici e alternativi.

Si rimanda a più avanti una più ampia trattazione dei primi due.

Per quanto riguarda gli interventi psicologici è utile distinguere i cosiddetti interventi di base, generalmente elargiti nei servizi assistenziali pubblici, da interventi più specifici e differentemente caratterizzati a secondo dei diversi orientamenti che negli ultimi decenni sono andati diversificandosi.

Tra questi ricordiamo quelli di tipo relazionale sul sistema familiare, l'approccio psicoanalitico, le tecniche di modificazione del comportamento, cosiddette "terapie attuali" come l'Analisi Transazionale, la Gestalt, la Reintegrazione Primaria o le terapie neo-reichiane sul corpo come la Bioenergetica o la Vegeto-terapia.

A questi interventi possiamo affiancare quelli c.d. alternativi come l'agopuntura con elettrostimolazione, il biofeed back ecc., per i quali valgono analoghe considerazioni.

Mentre si ritiene utile non escludere il coinvolgimento di specialisti prioritariamente competenti in questi nuovi approcci terapeutici che si presentano come validi strumenti di intervento in questo settore notoriamente resistente agli approcci psicoterapeutici tradizionali, va ribadita l'importanza di qualificare adeguatamente gli operatori predisposti ad elargire interventi di psicoterapia di appoggio o sostegno nei normali presidi terapeutici.

./.

Questo tipo di intervento, seppure spesso non dotato di precise caratterizzazioni metodologiche, può e deve rivestire un importante ruolo garantendo essenzialmente la continuità del processo terapeutico ed una concreta possibilità di riferimento per il tossicomane in difficoltà.

L'operatore inserito nei servizi pubblici dovrebbe essere edotto, inoltre, sulle diverse possibilità di intervento vuoi sul versante psicoterapeutico specialistico che socio-riabilitativo presenti sul territorio al fine di favorire valide possibilità di raccordo tra le specifiche esigenze del tossicodipendente e le diverse risposte sul piano assistenziale.

Una specifica preparazione in questo senso andrebbe sviluppata soprattutto in alcuni operatori che prestano il loro servizio nel CMAS (al momento il CMS del Comune e i CIM della Provincia) e negli istituendi servizi di assistenza ai tossicodipendenti (SAT) operanti nell'ambito dei servizi di salute mentale delle ULS.

Alla stesura della scheda psico-sociale, con fini prioritariamente diagnostico-valutativi e di raccolta di dati anamnestici, deve seguire la elaborazione concordata del cosiddetto "programma terapeutico".

Detto programma nasce dallo sforzo concorde del tossicodipendente e dell'opratore psico-sociale di identificare quelle aree di intervento che di volta in volta si presentino come dotate di maggior potenziale terapeutico in funzione delle specifiche esigenze dell'interessato e delle concrete possibilità di recupero offerte dalle diverse iniziative presenti nel territorio.

Vale, inoltre, ricordare come l'intervento psico-sociale dovrebbe rappresentare l'elemento portante, il garante della continuità terapeutica in cui gli interventi medico-farmacologici e di altro tipo costituiscono semmai elementi ancillari di supporto.

./.

Il "baricentro assistenziale" va in altri termini decisamente identificato nella struttura psicosociale del territorio e cioè negli istituendi servizi di Salute Mentale (SM) delle USL.

In attesa di un concreto avvio dei servizi decentrati continuano a svolgere dette funzioni le strutture attualmente identificate come CMAS che, tra le altre funzioni specifiche, svolgeranno un compito di favorire il decentramento di tutti gli interventi assistenziali.

Un cenno ulteriore va riservato al concetto di "contratto terapeutico".

E' ormai acquisito come forme di contrattualità sono abitualmente presenti tra utente e servizio assistenziale anche laddove questo aspetto non venga esplicitamente definito.

L'utilità di mettere a fuoco più consapevolmente questo elemento nasce essenzialmente dall'importanza di responsabilizzare l'utente nel processo terapeutico e sottrarlo così alla logica sterile quanto dannosa di un assistenzialismo, passivizzante.

Per quanto riguarda gli interventi medicofarmacologici si possono poi fare le seguenti distinzioni :

1 - Interventi di urgenza per intossicazioni da psicodroghe.

Le situazioni di overdose sono chiaramente di competenza ospedaliera. L'entrata in commercio della noloxone, un antagonista puro che permette di neutralizzare gli effetti deprimenti sui centri del respiro provocati dagli oppiacei, consente di affrontare dette evenienze con sicura possibilità di riuscita ed in tempi brevi anche al di fuori di reparti di rianimazione.

Qualora la diagnosi dello stato comatoso sia dubbia e la situazione generale più compromessa è ovvio che il trattamento rianimatorio rimane di competenza specialistica e va condotto nelle sedi atte ad affrontare tutte le evenienze.

./.

2 - Interventi in situazioni astinenziali.

Il ricorso al Pronto Soccorso per ottenere una dose di narcotico sufficiente a dilazionare l'insorgere di una crisi astinenziale, rappresenta una prassi discutibile e da scoraggiare per diversi motivi.

La situazione di drammaticità, sovente amplificata da atteggiamenti dimostrativi o minatori, proposta non raramente dal tossicodipendente compromette la necessaria serenità e prudenza per valutare la reale gravità della situazione proposta.

La distribuzione di narcotici sotto adeguata prescrizione medica va condotta con criteri di razionalità, dovrebbe diminuire gli spazi dell'improvvisazione e dell'arbitrio consentendo un contenimento delle prestazioni straordinarie in queste evenienze.

3 - Disintossicazione in ambiente ospedaliero.

Una vasta esperienza maturata in proposito consente di dare una valutazione su questo tipo d'intervento che può essere sintetizzato come segue :

a) detti trattamenti non devono rappresentare l'unica forma di cura proposta al tossicodipendente come spesso avviene tuttora.

b) risultati positivi negli stessi trattamenti sono realisticamente attendibili solo allorché il tossicodipendente sia realmente motivato ad affrontare questo tipo di cura e laddove l'intervento medico sia integrato da servizi psicologici e socioriabilitativi a sostegno del tossicodipendente dopo la dimissione dall'ospedale.

c) il ricovero ospedaliero rimane l'intervento più razionale allorché allo stato di tossicodipendenza si accompagni un grave scadimento dello stato di salute o di malattie intercorrente o variamente collegato all'abuso di droga.

./.

Ove possibile, si ritiene, in analogia ad un'acquisizione ormai divenuta regola in altri paesi, che il grosso degli interventi di disintossicazione avvenga in ambito ambulatoriale.
Per quanto riguarda questi ultimi è utile distinguere :
1) interventi di disassuefazione in tempi brevi;
2) interventi di disassuefazione in tempi lunghi.

La diversa durata del trattamento è indice di gravità diverse in cui la dipendenza farmacologica e la sottostante problematica psico-sociale si esprimono.

Di qui l'utilità di diversificare le due forme di intervento al fine di non porre sistematicamente a contatto i tossicomani più inveterati e d affetti da un più grave indice di destrutturazione psico-sociale con giovani meno uncinati dalle droghe illegali e quindi meno compromessi dalle implicazioni patogene ad esse collegate.

Di qui la necessità di affermare una prassi diagnostica in grado di differenziare i diversi pazienti in rapporto non soltanto al diverso grado di intossicazione dal punto di vista medico, ma altresì in rapporto al diverso grado di dipendenza e compromissione psicologico-sociale ai fini di più corrette indicazioni prognostiche e terapeutiche per l'avvio di realistici progetti di trattamento personalizzato.

Di qui ancora la possibilità di affidare i tossicodipendenti meno gravi alle cure mediche di singoli sanitari pur con la possibilità di verificare il loro operato a maggio tutela della comunità e degli stessi.

/. /

tossicomani in trattamento.

Ciò permetterebbe il vantaggio di affrontare il problema laddove inizialmente si è presentato e successivamente sviluppato e garantirebbe al tossicomane di aver un proprio referente con il quale stabilire un rapporto di continuità. Nello stesso tempo si restituirebbe al medico di base un tipo di patologia che, pur presente nella comunità ove abitualmente opera, gli è stato sottratto per delega a strutture specialistiche o ospedaliere.

Contemporaneamente, all'interno di una strategia multimodale e articolata su diversi piani di intervento, si prevede la possibilità di offrire al medico un sostegno costante per quanto riguarda gli aspetti psicologico-sociali, non soltanto tramite l'approfondimento della sua formazione al riguardo, ma altresì attraverso la possibilità che si prefigura di affiancare alla sua azione quella di operatori psicosociali inseriti nei servizi socioassistenziali del territorio, in particolare le figure dell'assistente sociale e dello psicologo che operano nei servizi delle USL.

L'intervento di questi operatori si giustifica nella prospettiva svolta a trasformare al più presto, dove necessario e dove possibile, l'originario rapporto a prevalente connotazione sanitaria in un rapporto a prevalente connotazione psicologico-sociale in grado di approfondire ed attaccare alle radici la genesi del fenomeno.

Come per i medici anche per gli operatori psico-sociali si prevede di avvalersi della disponibilità di operatori già presenti nelle strutture pubbliche

%

Questa difficoltà ha condotto talora a due diversi orientamenti : quello di espandere al limite del ragionevole la gamma degli interventi di recupero nello spasmodico quanto irrealistico tentativo di trovare "la soluzione" al problema e quello di tentativi di cura avanzando a sostegno di questa scelta la non "risolutività" di qualsivoglia tipo di intervento e quindi l'opportunità di spostare completamente l'ottica della politica assistenziale nel versante preventivo e dell'identificazione di cause sociali all'origine delle condotte tossicomaniache.

A nostro giudizio nessuno di questi orientamenti estremi dà ragione ai fatti. Una sufficiente consuetudine con questo tipo di patologia mette chiaramente in evidenza da una parte quanto sia spesso irrealistico attendersi risultati definitivi a seguito di interventi di qualunque tipo che si concentrino in un ristretto arco di tempo, ma come, d'altro canto, il tempo, la progressiva maturazione dell'individuo e la sua accresciuta capacità di rinvenire spazi di rinserimento costruttivo nel contesto sociale giochino nel senso di un frequente progressivo distanziamento dal compensivo ricorso alla "soluzione clinica".

Si tratta quindi di entrare in un'ottica che si confronti con problemi di intervento a media o lunga scadenza dove l'obiettivo del lento progresso si sostituisca all'aspettativa della soluzione miracolistica.

Se quindi é vero che nessun rimedio si presenta allo stato attuale e forse mai lo sarà, come risolutivo, é altrettanto vero che ogni tipo di intervento deve costituire un elemento facilitante, un contributo significativo nel difficile iter maturativo che consente a molti giovani di superare quell'angoscia "adattiva" che rappresenta il presupposto ad un più pesante coinvolgimento con la droga.

Di qui la scelta di prendere nella giusta considerazione e, ove opportuno, favorire l'allargamento degli interventi terapeutici affinché un maggior