



L'ASSESSORE

LA PROVINCIA DI ROMA E LA LOTTA ALLA DROGA

16 PROPOSTE PER MIGLIORARE L'ESISTENTE

ELABORATE DALL'ASSESSORE ALLE POLITICHE DELLA SOLIDARIETÀ

MASSIMO BARRA

ROMA - AGOSTO 1993



L'ASSESSORE

Premessa

La tossicomania non è, tanto nel singolo quanto nella società, una realtà patologica oggettiva, costante ed immutabile, ma una condizione in continuo divenire ed in forme sempre diversificate anche se con alcune caratteristiche costanti. Non esistono pertanto forme di intervento preventivo o curativo valide in senso assoluto e per tutti, essendo ciascun tossicomane diverso dagli altri e diverso anche da se stesso in rapporto alla evoluzione della sua dipendenza. D'altronde è interesse precipuo dello Stato di conoscere, contattare e curare il maggior numero possibile di tossicomani, essendo il drogato allo sbando, ed in balia di se stesso, una mina vagante ingovernabile, pericoloso per sé e per gli altri. Dalla combinazione dei due concetti su esposti deriva la necessità di non privilegiare una sola forma di intervento, come spesso fanno l'opinione pubblica e la classe politica affascinate dai "successi" delle comunità terapeutiche, ma stimolare ed attuare una serie differenziata di interventi a rete capaci di rispondere alle esigenze di tutti i tossicomani e non soltanto di quelli giunti ad un livello di motivazione a smettere di drogarsi compatibile con l'accettazione di un severo ed impegnativo progetto terapeutico.

Sia pure in forma non programmata e disordinata, sotto la spinta dell'emergenza e dell'urgenza del fenomeno, tanto il settore pubblico quanto quello privato hanno già creato dal 1974 ad oggi numerose occasioni di intervento.

Scopo del presente lavoro è contribuire a razionalizzare l'esistente, emendandone errori ed insufficienze, ipotizzando al contempo quanto manca perché la Provincia di Roma sia dotata di un sistema operativo ed efficace di prevenzione ed assistenza antidroga.

Si tratta, in altri termini, di costituire funzionalmente un Sistema Provinciale Integrato Antidroga capace di far fronte 24 ore su 24 a tutte le situazioni, anche di emergenza, legate al consumo di droga con la migliore utilizzazione del personale professionale e volontario già impegnato e senza un aumento dei costi.

A tal fine procederò alla presentazione di 16 distinte proposte, realizzabili anche indipendentemente fra loro.



L'ASSESSORE

1ª Proposta

È necessario migliorare la qualificazione e la preparazione del personale impiegato nei servizi antidroga. Mentre i servizi del privato sociale hanno saputo elaborare una propria politica formativa, ciò non è avvenuto nei servizi pubblici, anche per una latitanza in materia da parte della Regione Lazio.

Addirittura scandalosa è la situazione nei numerosi SERT che utilizzano medici selezionati dalle liste della medicina dei servizi giacché nel criterio di attribuzione degli incarichi si tiene conto di numerosi fattori che concorrono alla elaborazione delle graduatorie, tranne che della competenza specifica. Così vengono avviati ai servizi medici che nella loro carriera non hanno mai visto un tossicomane, in una situazione che, *mutatis mutandis*, assomiglia a quella di un medico chiamato ad effettuare un intervento chirurgico senza essere mai prima di allora entrato in una camera operatoria.

Se non si risolve il nodo della competenza è assolutamente illusorio pensare ad un'efficienza o ad una adeguata operatività dei servizi pubblici. È dunque necessario impedire che medici non specificamente preparati inizino ad operare nei SERT ed a tal fine la Provincia intende farsi promotrice di una serie di corsi di formazione intensiva per i medici della medicina dei servizi chiamati a tale incarico. I corsi potrebbero o costituire a monte un requisito essenziale per la selezione ovvero, a valle di una già avvenuta designazione, un primo periodo di servizio retribuito.

Su tale problematica si richiama l'attenzione dell'Ordine dei Medici della Provincia di Roma e del Comitato Zonale per l'attribuzione degli incarichi ai medici della Medicina dei Servizi.



L'ASSESSORE

2^a Proposta

Appare evidente la diversità di preparazione e di motivazione tra l'insieme degli operatori dei servizi pubblici e quelli del privato sociale.

Motivo di fondo è che i secondi vengono selezionati partendo dagli individui singoli che si formano attorno alla figura direttiva di un leader, mentre per i primi si parte dalle "razze" o qualifiche rigidamente ed astrattamente prefissate indipendentemente dal lavoro atipico che si andrà poi a fare e con tutta una serie di vincoli di orario e di modalità di servizio analoghi tanto per chi opera in una cardiocirurgia quanto per chi ha a che fare con psicotici o emarginati in genere.

Altro fattore discriminante, a tutto favore dei servizi privati, consiste nella possibilità, ampiamente utilizzata, di fruire dell'opera di ex-tossicomani nel ruolo di fulcro dell'intervento terapeutico, possibilità sinora del tutto assente nei SERT anche a livello di volontariato. È dunque necessario sburocratizzare e rendere agile la struttura dei SERT con provvedimenti di cui la Provincia può farsi sostenitrice anche se di portata tale da trascendere le proprie competenze. Al riguardo si propone di aprire con la Regione Lazio una trattativa per ottenere di:

- Istituire orari flessibili e riposi aggiuntivi a giudizio del leader per il personale dei SERT sottoposto ad una usura particolare, essendo antieconomico e controproducente mantenere in servizio operatori depressi o in burn-out;
- Rinforzare il ruolo di guida del responsabile del servizio, facendo di lui un vero direttore munito di poteri decisionali e non, come ora, un dipendente di livello inadeguato schiacciato tra l'urgenza delle problematiche dei tossicomani e l'incompetenza e insensibilità dei sovrastanti apparati burocratici delle USL;
- Attribuire al direttore un fondo cassa di pronto impiego da rendicontare;
- Impedire le sostituzioni per ferie, congedi straordinari o malattie, della medicina dei servizi, tra l'incaricato ed altro medico estraneo al SERT ed obbligare ad effettuare le sostituzioni solo all'interno del servizio, adeguando l'organico senza costi aggiuntivi;



L'ASSESSORE

- Impedire l'assegnazione di medici con orari settimanali pari o inferiori alle 12 ore, non potendosi instaurare rapporti terapeutici con orari, per lo più concentrati in una sola giornata, che, se possono essere funzionali ad un servizio di guardia medica, non lo sono nel continuo divenire di una cura in cui ogni giorno l'intervento deve essere modificato ed adeguato alle mutate condizioni del paziente.
- Privilegiare incarichi settimanali di 24 ore che consentano 4 presenze di 6 ore, considerate come punto d'incontro tra l'esigenza della continuità del rapporto e quella, altrettanto pressante, di evitare burn-out da stanchezza per un lavoro atipico spesso frustrante.
- Impedire che i medici a tempo pieno siano impegnati sempre nello stesso tipo di lavoro per 38 ore settimanali, dando spazio alla formazione ed agli scambi di esperienze;
- Assicurare modalità di impiego di tutto il personale non medico che siano funzionali agli obiettivi da perseguire adeguando a questi orari e localizzazioni, con assoluta libertà di movimento in tutto l'ambito cittadino e con verifica complessiva a valle della funzionalità e della produttività del servizio.



L'ASSESSORE

3ª Proposta

Ciascun SERT tende ad assumere in terapia solo utenti della propria fascia territoriale, indipendentemente dal feeling terapeutico tra operatore e tossicomane. Poiché, inoltre, ogni SERT opera in maniera autonoma con modalità spesso arbitrariamente stabilite da una tradizione orale basata talvolta sull'ignoranza e l'incompetenza, ciò determina pesanti discriminazioni tra gli utenti.

Si ha motivo di ritenere che la norma non scritta relativa alla "competenza" territoriale oltre ad andare contro la norma di legge relativa alla «libera scelta del medico e del luogo di cura» sia funzionale più a mantenere in vita servizi inefficienti, assicurando comunque un bacino di utenza obbligata a frequentarli per assenza di alternative, che ad evitare duplicazioni di somministrazioni, teoricamente evitabili in altro modo.

Si propone dunque alla Regione di liberalizzare l'accesso ai SERT provvedendo a ridisegnare la mappa dei servizi, abolendo quelli inefficienti o non produttivi e sdoppiando quelli eccessivamente affollati, nel rispetto delle normative elaborate dal Ministero della Sanità.



L'ASSESSORE

4^a Proposta

Ciascun SERT ha un orario diverso dall'altro a dimostrazione di come gli orari dei servizi obbediscano a schemi burocratici delle USL di appartenenza più che alle esigenze di servizio. Appare incomprensibile inoltre che tutti i SERT siano aperti solo nelle ore diurne, come se la notte non rappresentasse per chiunque manifesta patologie da marginalità uno dei momenti più critici da trascorrere. L'assenza di servizi aperti di notte, pur se esplicitamente previsti dalla 162/90, comporta un aggravio di oneri impropri per i pronti soccorsi degli ospedali, intasati da pazienti irritati dalla urgenza dei loro bisogni e dalla inadeguatezza dell'assistenza ricevuta.

Si propone pertanto che l'assessorato alla Sanità della Regione Lazio provveda ad uniformare in tutto il territorio provinciale l'orario di apertura dei SERT.

Si propone inoltre che almeno un SERT per Roma e Provincia venga aperto su tutto l'arco delle 24 ore, ritenendo quello della USL RM 10 il più adeguato a tale scopo sia per collocazione topografica che per qualità e quantità delle prestazioni erogate.

In alternativa, ove si incontrassero problemi insormontabili di personale, si suggerisce di chiudere uno dei SERT di Roma e Provincia al giorno e farlo funzionare esclusivamente la notte, come punto di riferimento cittadino per tutti i tossicomani.



—
L'ASSESSORE

5^a Proposta

I tossicomani non residenti a Roma ed in particolare gli stranieri senza fissa dimora trovano gravissime difficoltà a farsi assistere dai SERT nell'attuale sistema di ripartizione topografica da cui viene automaticamente escluso chi ha la colpa di non poter documentare la propria residenza.

Il problema sarà automaticamente risolto dalla liberalizzazione dell'accesso ai SERT indipendentemente da vincoli burotopografici suggerita dalla 3^a proposta. Ove ciò non avvenga, sarà indispensabile incaricare formalmente un servizio di farsi carico degli stranieri e dei non residenti.



L'ASSESSORE

6^a Proposta

Uno degli handicap maggiori del sistema provinciale antidroga formato dall'insieme dei SERT e degli Enti Ausiliari è costituito dalla insufficiente interconnessione dei singoli servizi che agiscono prevalentemente in maniera indipendente l'uno dall'altro. Ciò in parte è dovuto alla presunzione di ciascuno di possedere la verità ed il "metodo capace di" ed in parte è il portato della totale mancanza di momenti di confronto permanente, di conoscenza e di dibattito, per la latitanza soprattutto della Regione Lazio più preoccupata di aspetti formali amministrativi e burocratici che non di elaborare una strategia terapeutica complessiva. Si ha motivo di ritenere che la migliore conoscenza fra le diverse realtà possa portare a favorire anche l'interscambio reciproco dei "clienti", con l'avvio del soggetto alla risposta giusta per lui in quel momento particolare della sua dipendenza, anziché il trattamento obbligato secondo le competenze e le prassi della struttura prescelta indipendentemente da una diagnosi a monte.

In altri termini tutte le strutture provinciali antidroga dovranno funzionare non come castelli isolati ma come vasi comunicanti in cui il mantenimento della specificità di azione di ciascuno divenga momento di arricchimento operativo per l'intera città e non elemento di penalizzazione dell'utente obbligato ad una risposta spesso non adatta alla sua patologia.

Per giungere ai vasi comunicanti, l'unica strada possibile è quella di una maggior conoscenza tra le strutture.

La Provincia, ove la Regione e il Comune non intendano procedere in questa direzione, si propone come iniziatrice di un tavolo permanente di incontro tra tutte le realtà Provinciali Antidroga

Onde superare lo scetticismo diffuso su tale genere di iniziativa, impantanatasi nel passato, con rare eccezioni, nella disattenzione, nell'inefficienza e nella sensazione di inutilità, sarà opportuno dotare tale "tavolo d'incontro" di competenze e poteri precisi, quali, ad esempio, quello di formulare un parere obbligatorio anche se non vincolante, sulla assegnazione di finanziamenti comunali alla lotta antidroga, nonché l'elaborazione di una mappa comune delle risorse disponibili e di una politica formativa.



L'ASSESSORE

7^a Proposta

Quanto più l'intervento terapeutico è rigoroso e impegnativo, tanto più è selettivo, limitando la sua pur elevata efficacia alla punta dell'iceberg e tralasciando la base più ampia dei non-motivati.

Una sana politica d'intervento, invece, deve farsi carico anche delle persone così dipendenti da non essere in grado di tollerare gli elevati livelli di frustrazione collegati ad un intervento selettivo, andando incontro ai tossicomani di strada con l'obiettivo minimale della riduzione del rischio.

A tale riguardo è in funzione sinora la sola unità mobile della Croce Rossa che ha iniziato ad operare grazie alla Provincia di Roma e che andrebbe adeguatamente potenziata, così da renderla presente nelle zone calde della città 24 ore su 24, e, successivamente, duplicata, come da progetto elaborato dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio. Nella more dell'attuazione del predetto progetto l'Assessorato alle Politiche della Solidarietà della Provincia di Roma richiederà ai SERT ed agli Enti Ausiliari di concorrere con proprio personale perché il Camper della Croce Rossa possa cambiare il proprio orario di intervento, con uscite anche nelle località della Provincia maggiormente toccate dal fenomeno droga.



L'ASSESSORE

8^a Proposta

Il numero dei SERT esistenti in provincia non obbedisce a criteri funzionali ma è la risultante della primitiva ripartizione di Roma in più USL, senza che il successivo accorpamento delle USL stesse sia riuscito ad influenzare l'originale sistema. Prova ne sia che in alcune USL persistono 2 SERT come se l'accorpamento non fosse avvenuto. Ciò che è più grave, nella stessa USL, ad esempio le RM 2, 3, 4 e 5, i due servizi esistenti operano secondo modalità differenti, operativamente ignorandosi.

Si propone quindi alla Regione Lazio di ridisegnare la mappa dei servizi, chiudendo quelli non efficienti e recuperando così personale da potere impiegare a potenziamento, tanto di prestazioni quanto di orario, dei servizi efficienti.



L'ASSESSORE

9ª Proposta

Un tossicomane curato muore più difficilmente di un tossicomane lasciato a se stesso. Dando per scontata tale affermazione, la cui spiegazione comporterebbe molte pagine di analisi, attuando l'aumento delle unità mobili, la liberalizzazione dell'accesso ai SERT, l'apertura di almeno un SERT la notte o H24, la dotazione del metadone alle unità mobili, si ha motivo di ipotizzare tanto la diminuzione dei rischi di danno permanente per i tossicomani (legati ad una minore incidenza di malattie infettive "professionali") quanto una diminuzione complessiva della mortalità.

Alla luce delle suddette considerazioni la Provincia intende farsi promotrice di una campagna "per la diminuzione della mortalità per droga" in un "Progetto vita" che sia la risultante di una più aggressiva e sinergizzata strategia di intervento.



L'ASSESSORE

10^a Proposta

Nella lunga storia individuale di un tossicomane, il ricovero ospedaliero non rappresenta una priorità, in quanto, nella maggior parte delle situazioni, il tossicomane può essere curato ambulatorialmente ovvero in regime residenziale senza farmaci. Esistono però delle contingenze in cui il ricovero rappresenta l'unica soluzione valida, sia per la presenza di malattie intercorrenti sia in certe fasi di totale "possessione drogastica" e di obnubilamento, in cui i rischi per la stessa sopravvivenza del paziente si esaltano logaritmicamente.

Ricoverare un tossicomane in quanto tale a Roma e Provincia è un'operazione pressoché impossibile, lasciata alla imprevedibilità del caso od a rapporti di conoscenza personale e di "raccomandazione" tra operatori. Persino servizi collocati all'interno di un ospedale, come quello della RM 10 nel San Camillo, non hanno nessuna corsia preferenziale per ricoverare i propri assistiti in caso di effettivo bisogno. Se si è giunti a tale incredibile situazione, in cui il tossicomane richiede le cure e lo Stato gliele rifiuta, la responsabilità è anche di chi demagogicamente ha preteso di ricoverare i drogati nei comuni reparti di medicina impreparati e non attrezzati per tale particolare genere di utenza. Il risultato è stato una continua conflittualità alimentata dalla inadeguatezza e inutilità delle cure praticate e dalla conseguente aggressività che ha creato, tra le parti in gioco, muri di incomprensione e reciproco disprezzo difficilmente superabili. Roma e Provincia hanno però disperato bisogno di posti letto quando la crisi del tossicomane è tale da comportare un ricovero e la famiglia si trova sola col suo problema, senza che nessuno sia in grado di intervenire.

Si propone quindi alla Regione Lazio la costituzione di posti letto di tipo ospedaliero specificamente rivolti al ricovero di tossicomani a disposizione dei SERT. I posti letti potrebbero essere creati in piccoli reparti ad hoc, in cliniche private convenzionate ovvero in strutture antidroga capaci di offrire tale nuovo servizio. Si ritiene che 25 posti letto, oltre alla funzione terapeutica, scaricherebbero gli ospedali dell'onere improprio di avere tossicomani in corsia tra un infartuato ed un vecchio demente.



L'ASSESSORE

11^a Proposta

Secondo stime attendibili il 50% dei carcerati è tossicomane, essendo quindi le carceri il luogo dove più alta è la concentrazione di drogati e dove più efficiente dovrebbe essere la presenza terapeutica dello Stato. Così però non è.

È pressoché incredibile che né a Rebibbia né a Regina Coeli sia disponibile il metadone; che persino soggetti in mantenimento da liberi debbano affrontare una inutile ed evitabilissima sindrome da astinenza all'inizio della reclusione; che l'astinenza sia "curata" con psicofarmaci; che soggetti sieropositivi tossicomani siano sottoposti nei primi giorni di carcere allo stress da privazione con conseguente probabile aggravio delle loro condizioni generali.

Tale stato di cose, indegno di una metropoli civile, deve essere immediatamente modificato.

Al riguardo si fa appello alle Direzioni delle Carceri Romane ed ai dirigenti Sanitari delle stesse nonché ai SERT di competenza territoriale perché venga immediatamente reso disponibile il metadone tra i farmaci di normale dotazione del carcere.



L'ASSESSORE

12^a Proposta

Sono noti gli stretti rapporti tra tossicomania ed infezione da HIV, così come è noto, a livello internazionale, ma non in tutti i SERT romani, che la prevenzione dell'infezione da HIV passa anche attraverso le terapie di mantenimento metadonico e la distribuzione di siringhe sterili. Mentre per la prima strategia l'unica via percorribile è quella di una migliore competenza dei medici dei servizi, ottenibile con una intensiva ed intensificata politica formativa (come da proposta 1), per la distribuzione di siringhe sterili non c'è che da portare a termine l'iter già da tempo iniziato.

Al riguardo, peraltro, si ritiene che non essendo il popolo italiano aduso al massiccio utilizzo di macchinette automatiche come i popoli anglosassoni, sia da verificare a posteriori l'efficacia delle distributrici automatiche di siringhe. Si ritiene, inoltre più efficace che la eventuale distribuzione di siringhe avvenga tramite un contatto personale con operatori di strada con scambio tra siringa usata e siringa nuova ed inizio di possibile aggancio terapeutico sia pure a bassa soglia.

Poiché inoltre numerosi tossicomani si prostituiscono aumentando così notevolmente il rischio di infezione, l'Assessorato alle Politiche della Solidarietà della Provincia d'intesa con associazioni di volontariato e non governamentali, quale ad esempio la Croce Rossa, particolarmente ben accetta ai marginali, elaborerà una strategia di contatto con quanti si prostituiscono, nei luoghi e nelle ore ove avviene con più frequenza tale tipo di situazione, con l'obiettivo di fare opera di educazione sanitaria e di riduzione del rischio, anche con distribuzione di profilattici.



L'ASSESSORE

13^a Proposta

Nella lunga storia di una tossicomania, i numerosi momenti di crisi, se da un lato rappresentano situazioni in cui si enfatizza il rischio per la sopravvivenza e per la reversibilità della sindrome, dall'altro "hanno l'oro in bocca" perché possono rappresentare lo shock che convince ad intraprendere un cammino di terapia.

È quindi opportuno che chi ha a che fare con i tossicomani in situazioni di crisi, intese queste a tutto campo nel loro più ampio ambito, da quelle familiari al tentato suicidio, dall'astinenza grave all'overdose, sia adeguatamente preparato sia per evitare possibili situazioni di irreversibilità sia per cogliere il momento favorevole ad una evoluzione positiva della dipendenza.

Ciò nella pratica quotidiana non avviene, se non in casi rari e non programmati, dipendenti dalla buona volontà e dalla disponibilità degli operatori incontrati. Il più delle volte il tossicomane in crisi ed i suoi familiari non trovano adeguata assistenza: le comunità terapeutiche non effettuano interventi di urgenza ed operano sempre un filtro di accoglienza; i pronto soccorsi ospedalieri sono oberati da altre situazioni di emergenza e si limitano al mero intervento farmacologico senza la minima presa in carico della problematica complessiva che ad essi effettivamente non compete; la guardia medica non ha personale specificamente preparato per l'assistenza a tossicomani; il PIC si limita ad inviare l'ambulanza il più delle volte inutile.

Sarebbe dunque opportuna una strategia complessiva di intervento nelle urgenze tossicomaniche.

A tale fine si propone alla Regione Lazio la costituzione di alcuni "poli per le urgenze tossicomaniche" cui convogliare le chiamate di soccorso che pervengono al PIC, alle guardie mediche comunali, al 113, alla Croce Rossa.

I poli potrebbero essere istituiti presso i SERT e gli Enti Ausiliari in grado di essere aperti 24 ore su 24. Ove avvenisse la ristrutturazione dei SERT di cui alla 9^a proposta, la cosa potrebbe avvenire senza ulteriori aggravii di costi. Ogni polo dovrebbe essere dotato di automezzi collegati via radio fra loro, mentre, nei rari casi



L'ASSESSORE

in cui sia effettivamente necessaria l'autoambulanza, si potrà ricorrere al normale PIC. Nelle more dell'apertura H24 di alcuni SERT si propone di utilizzare per le emergenze domiciliari anche a fine di sperimentazione, il Telefono in Aiuto, unico servizio cittadino antidroga effettivamente operativo nelle 24 ore. Sempre nelle more della istituzione dei poli per le urgenze tossicomane, la Provincia intende farsi promotrice di corsi di preparazione ed aggiornamento specificamente rivolti ai medici della CRI, del PIC e delle guardie mediche comunali. Analoghi corsi, finalizzati ad aumentare diffusamente in ambito cittadino le conoscenze sanitarie sulle urgenze tossicomane, potrebbero essere organizzati, d'intesa con l'Ordine dei Medici e coi Sindacati medici, ad uso dei medici di base, degli ambulatoriali, degli ospedalieri e di giovani medici.



L'ASSESSORE

14^a Proposta

La 162/90 affida un importante ruolo nella lotta alla droga ai Prefetti, chiamati a convocare ed incontrare tutti i segnalati per possesso di droga, in una capillare opera di prevenzione secondaria e terziaria di cui ben si conoscono possibilità e limiti, essendo la prosecuzione di quanto la precedente Legge 685 affidava alle sezioni specializzate dei Tribunali Civili.

Per la migliore efficienza del sistema, si ritiene indispensabile un formale raccordo tra i nuclei della Prefettura deputati al contatto con i tossicomani segnalati ed i SERT e gli Enti Ausiliari cui gli stessi tossicomani saranno affidati.

Altro è l'invio di un tossicomane ad indirizzi e ad operatori sconosciuti, altro è l'inizio del rapporto terapeutico con quel centro e quell'operatore già conosciuto ed identificato al momento stesso dell'udienza in Prefettura. E per gli stessi operatori altro è la prosecuzione di un rapporto già iniziato, sia pur sotto l'handicap reciproco di una più o meno esplicita costrizione, altro è ricevere una "pratica" da evadere.

Al fine di costituire il raccordo necessario, l'Assessorato alle Politiche della Solidarietà richiede al Prefetto la creazione di un "gruppo di lavoro" costituito dai suoi rappresentanti e da due operatori per ciascun SERT specificamente deputati al ruolo di "accoglienti". Il gruppo di lavoro organizzerà poi le convocazioni in modo da affidare i tossicomani del giorno agli "accoglienti" presenti, evitando anche commistioni tanto in sede di convocazione quanto in sede di affidamento tra consumatori di droghe leggere e tossicomani da droghe pesanti. Gli stessi operatori dei SERT deputati a far parte del gruppo di lavoro avranno il compito di aggiornare la Prefettura sulla evoluzione della terapia e sulla eventuale necessità di procedere oltre con l'applicazione delle sanzioni previste dalla legge, agendo sempre nell'interesse dell'assistito.

La presenza di ex-tossicomani in tale ruolo di "accoglienti" andrebbe in ogni modo resa possibile e favorita, anche nei servizi pubblici, sull'esempio di quanto positivamente avviene negli Enti Ausiliari.



L'ASSESSORE

15ª Proposta

Il lavoro può rappresentare uno dei mezzi che favoriscono la terapie ed il reinserimento dei tossicomani. Il lavoro può essere inteso tanto come ergoterapia, elemento fondamentale in tutte le comunità terapeutiche, tanto come lavoro vero e proprio, normalmente assicurato e retribuito, costituente "alternativa" gratificante all'uso di droga. In mezzo tra l'ergoterapia ed il lavoro "vero" c'è uno spazio in cui si colloca utilmente il lavoro "protetto", assicurato, retribuito e produttivo ma svolto sempre con supporti psicoterapici e d'ambiente e quindi con finalità terapeutiche per chi non è ancora in grado (e a volte mai lo sarà) di sopportare le frustrazioni inevitabili in un rapporto di lavoro "normale".

Tale spazio è quello delle cooperative di ex-tossicomani ed operatori, di cui alcune già da tempo costituite a Roma e Provincia. È interesse comune che tali esperienze, utili alla terapia ma anche, in quanto produttive, alla collettività, siano maggiormente diffuse e valorizzate. A tal fine si propone che gli Enti Locali affidino a tali cooperative servizi di pubblica utilità (raccolte straordinarie di rifiuti e di siringhe, stampa di modulistica, diffusione di nozioni di prevenzione, volantaggi, ecc.) in regime di convenzione. Si propone anche un formale raccordo finalizzato alla valorizzazione di tali esperienze tra Provincia e Comuni, Sindacati, Ministero del Lavoro, Agenzia Regionale per l'Impiego, Associazioni di categoria.

Anche l'organizzazione di corsi di formazione professionale, il più possibile svincolati da gravami burocratici, d'intesa con la Regione, potrebbe rappresentare un mezzo per favorire l'azione terapeutica del lavoro.

Un'altra forma di lavoro per ex tossicomani da favorire, anche con borse di studio e di lavoro o corsi di formazione e training retribuito, concerne il ruolo potenzialmente terapeutico di chi meglio di tutti conosce i problemi della droga essendo stato dipendente. L'Assessorato alla Politiche della Solidarietà intende promuovere l'impiego degli ex tossicomani nelle attività terapeutiche, così come intende aiutare le organizzazioni che fanno dell'Auto aiuto il motivo principale del loro operare.



L'ASSESSORE

16^a Proposta

È esperienza comune di tutti gli operatori dei centri antidroga romani l'estrema difficoltà a reperire un letto cui avviare un tossicomane sbandato o senza fissa dimora anche per poche notti alternative alla strada od ai vagoni ferroviari ovvero un posto dove fare una doccia e ricevere un pasto caldo. Eppure un intervento "assistenziale" potrebbe rappresentare una modalità privilegiata di approccio per il successivo attivarsi di un intervento terapeutico strutturato.

La Provincia potrà fornire immobili di sua proprietà ad Enti Ausiliari capaci di gestire, anche in regime di convenzione, tale particolare tipo di servizio.



L'ASSESSORE

Conclusione

Il presente progetto, formato dall'insieme delle 16 precedenti proposte, ha volutamente evitato suggerimenti costosi ed in quanto tali demagogici, utopistici ed irrealizzabili nell'attuale congiuntura della finanza pubblica.

Si ha anzi motivo di ritenere che l'applicazione in toto del progetto porterebbe ad una riduzione della spesa complessiva sinora sostenuta, razionalizzando l'esistente, creando il nuovo indispensabile ed abolendo il superfluo.

Si sottolinea l'esigenza della identificazione di un'autorità, sinora mancante, con potere sufficiente alla messa in pratica del progetto, senza la quale molte delle proposte resterebbero impantanate nel groviglio delle competenze ed impotenze reciproche tra i vari soggetti istituzionalmente coinvolti.

Sarà cura dell'Assessorato alle Politiche della Solidarietà inviare formalmente il progetto a tutti gli Enti le cui responsabilità sono state chiamate in causa. Sarà inoltre nostra cura far circolare il presente documento tra i Servizi, gli Enti Ausiliari e le Parti Sociali perché divenga momento di discussione e di confronto e per raccogliere su di esso adesioni, critiche, emendamenti o controproposte.

L'Assessore
(*dr. Massimo Barra*)