

Care/i amiche/i,

ho deciso di aderire all'invito di candidarmi alle prossime elezioni nella lista della Rosa nel Pugno per dare anche il mio contributo al tentativo di rispondere ai molti bisogni che sempre più rimangono insoddisfatti in tutte quelle fasce di popolazione più deboli che sono sempre più presenti anche nella nostra città, delle quali l'istituzione pubblica, a partire dal Comune, ha il dovere di farsi carico.

Il mio intervento si concentrerà sui settori di cui oramai da quasi un ventennio mi occupo con la mia attività lavorativa e che comprendono l'area del disagio sociale, nella convinzione che ci sia la necessità di impegnarsi e di farsi carico delle attività nelle quali si ha una qualche competenza.

Pur essendo molti gli addetti ai lavori che si dedicano con capacità e impegno al servizio dei cittadini - alcuni li conosco personalmente - è mio parere che sia tuttavia sempre più necessario, per ottenere dei risultati, operare mettendo assieme tutte le risorse dei vari Enti presenti sul territorio, cosa che attualmente non succede, in una logica di progetti comuni e condivisi, finalizzati al benessere delle persone. La proposta è quella di guardare a obiettivi comuni, tenendo in debito conto le potenzialità degli altri soggetti al fine di sviluppare fruttuose sinergie.

Di professione medico psichiatra, lavoro dal 1990 al Dipartimento delle Dipendenze dove ho imparato a conoscere i disagi e i molti bisogni che sono presenti nella nostra città. Da sempre il mio impegno personale in ambito lavorativo è stato quello di ridurre la "forbice" che c'è tra chi ha e chi non ha, tra chi sta bene e chi no, tra chi può disporre di risorse e di beni fondamentali e chi non ha niente e nessuno su cui contare. Lavorare in questo ambito implica campi di intervento che coinvolgono famiglie, scuola anziani.

Risulta sempre più evidente infatti la presenza nel nostro territorio di **nuclei familiari** in cui convivono contemporaneamente problemi economici, sanitari e sociali. In questi casi, l'intervento delle Istituzioni e la risposta ai molteplici bisogni, dovrà tendere a evitare che si verifichi la cosiddetta deriva sociale, fenomeno che compromette non solo il nucleo familiare ma rappresenta un costo per la Comunità ben superiore a quello determinato dalla "presa in carico" delle persone.

In tali situazioni l'intervento dovrà coinvolgere, con l'applicazione di adeguati protocolli operativi, tutte le risorse presenti sul Territorio: dai Servizi Pubblici (sanitari, scolastici, sociali) alle Associazioni di Volontariato, comprendendo nella risposta la lettura del bisogno globale e adottando sinergie negli interventi, mirate a non fornire risposte parziali e non adeguate a superare il bisogno.

Ma gli interventi non vanno calibrati solo sulle famiglie problematiche. Vi è una sempre maggiore presenza, nella nostra comunità, di **persone e famiglie immigrate** che risponde, da un lato, alle domande della nostra società in merito a una serie sempre maggiore di occupazioni lavorative alle quali l'invecchiamento della popolazione originaria o l'evoluzione delle sue capacità non è adeguata, dall'altro mette in risalto le difficoltà che questi cittadini hanno nell'inserirsi in situazioni sociali spesso molto diverse da quelle di origine e evidenzia le difficoltà che spesso queste persone hanno nel trovare risposte a bisogni di base come quelli dell'inserimento scolastico dei figli, lavorativo, alloggiativo, del soddisfacimento delle esigenze sanitarie di base e della conoscenza delle modalità di vita e delle normative che regolano la convivenza sociale.

Tutto ciò, dato che il futuro prevede un probabile allargamento del fenomeno, rende sempre più necessaria la creazione di una società multiculturale, multireligiosa e multietnica e la

preparazione di figure di riferimento riconosciute e riconoscibili da queste persone, che possano quindi provenire dalle stesse componenti immigrate e che possano assumere la funzione di mediatori culturali, facendosi portavoce di nuove modalità di sostegno, di cura e di inserimento sociale.

Tutto ciò al fine di evitare ghettizzazioni ed emarginazioni che a lungo andare possono costituire un pericolo per la comunità tutta e possono portare, come ci insegnano i recenti eventi francesi, a situazioni di grave conflitto con costi sociali ed economici ben maggiori di quanto possa valere il predisporre le modalità necessarie alla comune convivenza.

La nostra città è sempre stata un punto di incontro di civiltà, religioni e popoli e ha annoverato nella sua tradizione grandi esempi di convivenza. Lo stare assieme dei nostri figli, la condivisione e la convivenza sono atti fondamentali per la creazione di una nuova società multiculturale, multireligiosa e multi-etnica.

E in questo contesto **la scuola** assume un ruolo fondamentale e prioritario.

E sempre in ambito scolastico è importante che venga data risposta alle sempre più numerose richieste di aiuto formulate da molti insegnanti che segnalano la difficoltà a trovare valide risposte nel difficile confronto con i **minori a rischio**, che sempre più precocemente manifestano un profondo disagio connotato da consumo di sostanze psicoattive e farmaci, abbandono scolastico, reati, bullismo, conflitti familiari che spesso sfociano nella violenza reciproca.

Tali problematiche vanno inserite, ancora prima che nell'ambito scolastico, in quello più ampio dell'esclusione e della marginalità di molte famiglie, spesso caratterizzate da disagio economico e sociale, nonché dalla incapacità di comunicare con le Istituzioni e con i Servizi .

Sono spesso proprio i più bisognosi coloro che dimostrano maggiore incapacità di rapportarsi con i Servizi che li possono aiutare: sta a questi sopperire alle difficoltà andando incontro alle persone, contattandole nel loro contesto familiare e abitativo, mettendoli nelle condizioni di chiedere quanto necessitano.

Le situazioni di multiproblematicità familiare caratterizzate da marginalità ed esclusione, nonché da bisogni sanitari, sociali e socio-sanitari complessi dovranno essere affrontate attraverso la presa in carico diretta e/o l'attivazione e il raccordo di Servizi e Istituzioni.

Il lavoro di rete deve avere come obiettivo prioritario l'integrazione degli interventi del Servizio Sociale del Comune, del Distretto Sanitario e delle Associazioni di Volontariato e, qualora se ne intraveda la necessità, dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze.

Un capitolo di particolare importanza è quello degli **anziani**, molti dei quali vivono da soli.

Si deve cercare di sviluppare l'assistenza domiciliare e i servizi a domicilio non solo per l'assistenza sanitaria (pasti caldi, servizio di lavanderia, consegna della spesa a domicilio, ecc.), bensì promuovendo progetti di autoaiuto, attivando la rete del Volontariato, in modo da permettere all'anziano di poter continuare a vivere a casa propria, evitandogli l'istituzionalizzazione della casa di riposo e valorizzando al meglio le capacità residue di ognuno .

Pur non prescindendo dalla disponibilità di risorse economiche e umane, il raccordo tra tutti i Servizi competenti dovrà diventare la norma che consentirà la creazione delle sinergie necessarie all'approccio degli interventi realizzati come **PROGETTI CON E PER LE PERSONE**, nella logica del lavoro di rete che accomuna l'agire di tutti gli Enti preposti .

Il raccordo fra tutti i Servizi competenti dovrà contemplare:

- attività di ascolto della domanda, accoglienza dei bisogni, consulenza riguardo tutti gli aspetti socio-sanitari ;
- attività di sostegno e consulenza rispetto alla gestione delle relazioni familiari, con particolare attenzione al benessere dei minori con genitori detenuti e agli utenti disagiati di servizi sanitari;
- attività di sensibilizzazione e informazione in materia di prevenzione rivolte prioritariamente a salvaguardare la salute della donna, del bambino, degli adolescenti ;
- attivazione di reti di raccordo operativo con i Servizi e le Istituzioni coinvolti e con le Associazioni di Volontariato, che condividono progetti di sostegno, assistenza e cura inerenti i percorsi di vita ;

Per finire, data la specificità della mia attività lavorativa e delle mie competenze, voglio dedicare al **problema delle sostanze stupefacenti e delle Dipendenze Patologiche**, un capitolo a parte, riportando in questo contesto parte della documentazione che fotografa la situazione attuale di questo enorme problema e raccontando quale sia l'operatività del Servizio in cui lavoro e in cui sono parte, condividendo la modalità di intervento.

Il bisogno

Secondo la Relazione annuale dell'Osservatorio europeo sulle droghe e sulle tossicodipendenze (OEDT di Lisbona) relativa all'anno 2003 e secondo la Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia anch'essa relativa all'anno 2003, l'eroina è ancora la sostanza d'abuso primaria che caratterizza la maggior parte delle domande di trattamento. Subito dopo gli oppiacei, in Europa ed in Italia, cominciano ad emergere altre sostanze di abuso primario:

- Cannabinoidi, nella popolazione generale e soprattutto giovanile;
- Cocaina, come dimostrano l'aumento delle morti, delle denunce e dei sequestri da parte delle forze dell'ordine;
- Ecstasy, che ha continuato a diffondersi nella popolazione giovanile soprattutto urbana;
- Altre sostanze sintetiche, con prevalente componente allucinogena;
- Alcolici, che sono le sostanze psicoattive più utilizzate dai giovani (nuove bevande a base di frutta, aperitivi a moderato contenuto alcolico, birra).

Prevalente appare il policonsumo/poliabuso di droghe ed alcol; vecchie e nuove sostanze sono consumate insieme ed in combinazione, originando problemi che solo ora cominciano ad approdare ai servizi territoriali. Diversi studi concordano nel prevedere un aumento della quota di dipendenze crociate e di comorbidità psichiatrica, in particolar modo nel genere femminile.

Anche dai flussi informativi nazionali emergono dati circa la tendenza nel tempo alla diminuzione della proporzione dei problemi da eroina ed all'aumento dei problemi legati all'abuso delle sostanze cosiddette "ricreazionali" e del poliabuso. Questo trend è ancora più evidente per la cocaina. Significativo appare il dato relativo alla popolazione femminile, fortemente implicata in questo incremento.

Tali evidenze si sono verificate negli ultimi 2-3 anni anche nella nostra provincia: presso il Dipartimento delle dipendenze infatti sono nettamente aumentate le richieste di trattamento per poli-dipendenza e per dipendenza da cocaina. Il numero di soggetti presi in carico sta aumentando, con un incremento medio annuo di circa 50 unità; è in aumento il numero annuo di nuovi utenti e quello dei giovani (sotto i 25 anni), è in aumento inoltre il numero di soggetti con problemi di comorbidità psichiatrica. Stabile il dato di prevalenza dell'infezione da HIV negli utenti in carico (inferiore al 10%), stabile e preoccupante il dato di prevalenza dell'infezione da epatite virale di tipo C (HCV), che si aggira intorno all'80%.

In aumento le malattie sessualmente trasmesse, soprattutto a carico dell'utenza femminile. La crescente diffusione del consumo tra i giovani si accompagna ad una regressione dell'età di prima assunzione (12-13 anni), con un aumento dei rischi per la salute a breve e a lungo termine. Più di 1/3 dei soggetti afferma di assumere le sostanze da solo, presso la propria abitazione (la motivazione più spesso addotta più o meno consciamente è quella di una ricerca di automedicazione, soprattutto nelle donne).

Va detto che la sperimentazione delle droghe porta solo in pochi casi percentuali ad un consumo abituale/dipendenza, e ciò è più frequente in situazioni di maggiore vulnerabilità (casi di abbandono scolastico, persone senza fissa dimora, disagio familiare e/o ambientale, appartenenza a specifiche culture giovanili).

Per quanto riguarda il tabagismo, possiamo affermare che:

- Ha un'ampia diffusione nel FVG, dove fuma (dati ISTAT 2004) quasi un quarto della popolazione sopra i 15 anni, valore che sale oltre il 30% nella classe di età 35-44.
- Ha una elevata mortalità, in quanto sono più di 2000 le morti premature nel FVG per malattie determinate dal fumo, pari al 15% della mortalità totale (Sistema Informativo Regionale 2003), con perdita media di 13,8 anni di vita (che sale a 23 anni persi per i morti nelle classi di età 35-69 –National cancer Institute1996). Frequente la comorbidità con cardiopatie, diabete, patologie psichiatriche, altre dipendenze).
- Vi è un basso indice di disassuefazione "spontanea" ed alta incidenza di recidiva, poiché il 40% dei fumatori fa ogni anno un serio tentativo di smettere, ma ci riesce solo il 2-3%. (Doxa 2003)
- Vi è un ridotto allarme sociale, dovuto al fatto che il comportamento è molto diffuso e quindi vissuto come "normale", che generalmente intercorre un elevato numero di anni (20-40) tra l'inizio della dipendenza e l'inizio delle conseguenze importanti sulla morbilità. In provincia di Trieste sta progressivamente aumentando la richiesta di trattamento presso gli ambulatori dei medici di medicina generale e presso il Dipartimento delle Dipendenze (Centro per la prevenzione e cura del tabagismo). Nei prossimi anni si prevede un decremento dei consumi, in relazione con i recenti provvedimenti legislativi in materia di fumo passivo.

Altre evidenze in tema di evoluzione del bisogno:

- Contrazione progressiva della richiesta di trattamenti residenziali (presso comunità terapeutiche o altre strutture affini), che sempre più acquistano il carattere di risposta a bisogni complessi (la % annua di invii è di circa il 7% sul complesso dell'utenza);
- In crescita il livello di povertà, con ampliamento delle richieste di tipo sociale;
- In crescita il disagio delle famiglie, la richiesta di trattamento e di coinvolgimento del Dipartimento delle Dipendenze da parte di associazioni;
- In crescita il numero di soggetti segnalati e presi in carico per infrazione del codice della strada;
- In crescita le richieste di trattamento per “nuove” forme di dipendenza, come il gioco d'azzardo patologico, i disturbi alimentari;
- In crescita la richiesta di interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi presso la Casa circondariale (circa 70 soggetti detenuti con problemi di dipendenza all'anno);
- In crescita la richiesta di collaborazione da parte delle scuole medie inferiori e superiori della città.

L'offerta

Gli interventi di **prevenzione e promozione della salute** sono al centro dell'attenzione delle strategie europee e nazionali. Per quanto riguarda i giovani, l'obiettivo principale è quello di ridurre il consumo di sostanze psicoattive negli adolescenti (età inferiore ai 18 anni), attraverso interventi di prevenzione innovativi e di provata efficacia, quali quelli che utilizzerebbero la peer-education, sia dentro che fuori l'ambito scolastico. La peer-education, in sintesi, prevede che alcuni membri del gruppo vengano responsabilizzati, formati e reinseriti nel proprio gruppo di appartenenza per realizzare precise attività con i coetanei.

Fondamentale importanza hanno acquistato gli interventi di strada e di “prossimità” (locali, luoghi di aggregazione, ricreatori, quartieri, ecc.), che permettono di contattare e sensibilizzare precocemente quella popolazione, soprattutto giovanile, che non arriverebbe ai servizi territoriali. In generale, per tutta la popolazione, l'azione preventiva deve coordinare efficacemente tutte le risorse significative della comunità, valorizzando i seguenti aspetti:

- la partecipazione dei cittadini, della scuola, degli enti ed associazioni alla crescita di una cultura diffusa che valorizzi gli stili di vita più sani;
- il coinvolgimento operativo dei diversi attori sanitari; particolare rilevanza assume l'integrazione con i Distretti, i medici di medicina generale ed il Dipartimento di Prevenzione;
- l'alleanza con settori non sanitari (scuola, mondo sportivo, dello spettacolo, mass-media, imprenditoria privata, privato sociale e volontariato);
- l'integrazione e la multidisciplinarietà degli interventi.

Gli interventi di **riduzione del danno**, rivolti alla fascia di popolazione più svantaggiata, marginale, a rischio di deriva sociale, devono essere potenziati e realizzati in stretta integrazione con i Comuni, il terzo settore ed il volontariato, nelle aree più critiche della città. Gli obiettivi saranno quelli di contrasto all'istituzionalizzazione (ospedale, carcere, dormitori, ecc.), di prevenzione delle patologie infettive correlate, delle overdose, della cronicità. Risultano ancora insufficienti le risposte “a bassa soglia”, per le persone con problemi sociali e sociosanitari più gravi.

Gli interventi di **cura**, individuali e di gruppo, devono essere potenziati ed in parte decentrati a livello distrettuale, per favorire l'accesso della popolazione, la sensibilizzazione e responsabilizzazione del contesto territoriale, la sinergia e l'integrazione con gli altri professionisti della rete, il coinvolgimento delle associazioni del volontariato, la domiciliarità. Verranno

sviluppati inoltre gli interventi di tipo semiresidenziale (Centro Diurno) e gli interventi di disintossicazione e riabilitazione (Centro di promozione della salute).

Gli interventi di **formazione e reinserimento lavorativo**, verranno definiti e sviluppati di concerto con la Provincia, i Comuni, il terzo settore, gli enti formatori, al fine di rispondere alle crescenti esigenze di qualificazione, abilitazione e di lavoro, soprattutto della fascia giovanile. Obiettivo qualificante sarà quello di razionalizzare, coordinare le risorse investite nell'area provinciale, incrementare la percentuale di assunzioni a conclusione dei percorsi di inserimento formativo presso le imprese (pre-condizione: l'azione programmatica e di regia di un tavolo tecnico-politico che favorisca lo sviluppo del mercato del lavoro e di opportunità di collocamento).

Gli interventi di tipo **residenziale** (comunità terapeutiche, Centro specialistico per alcolisti del Dipartimento delle Dipendenze) andranno sempre più a garantire programmi personalizzati complessi ed integrati, per rispondere ai bisogni emergenti dell'utenza femminile con figli minori, della comorbidità psichiatrica o da infezione HIV, della crisi, dell'alternativa alla carcerazione, della dipendenza alcolica complicata. Sarà necessario ridefinire l'offerta cittadina e regionale per prevenire quanto più gli inserimenti in strutture fuori regione. Si prevede di potenziare i gruppi appartamento "assistiti", gestiti con il Comune di Trieste, l'ATER ed il terzo settore.

Presso la **Casa circondariale** dovrà essere programmata ed organizzata, su indicazione della Regione, una presenza più efficace ed efficiente degli operatori del Dipartimento delle Dipendenze. La collaborazione con i servizi esterni territoriali del Ministero di Giustizia sarà ulteriormente potenziata per sviluppare un maggior numero di trattamenti alternativi alla detenzione .

La Strategia

Le linee strategiche aziendali e le evidenze di settore orientano le attività del Dipartimento per il prossimo triennio verso:

1. la scelta di pratiche e progetti rivolti a dare risposta a **bisogni e fenomeni emergenti**, che attualmente vengono intercettati con difficoltà da servizi con un'organizzazione del lavoro e delle risorse ancora insufficientemente territorializzata.

Nel campo delle dipendenze patologiche questo significa modificare sia nel settore della prevenzione, che in quelli della cura e della riduzione del danno le metodologie di approccio, le priorità, i partner. Alcune fasce di popolazione possono essere raggiunte e correttamente sensibilizzate solo uscendo dal Servizio, implementando interventi specifici nei luoghi naturali di vita, di ritrovo, di lavoro, di studio. Ciò vale, anche se per motivazioni diverse, sia per la popolazione giovanile (scolare e non), che sempre più precocemente e frequentemente sperimenta nell'ambito dei propri spazi e tempi di aggregazione consumi/abusi problematici di sostanze legali ed illegali, sia per la fascia di popolazione socialmente più svantaggiata, che spesso si trova nella difficoltà o impossibilità di esprimere il proprio bisogno e di accedere ai servizi.

Negli ultimi anni è aumentata la sensibilità pubblica sui temi della dipendenza, anche da sostanze legali o da stili di vita particolari (da tabacco, da gioco d'azzardo, da videogiochi, da alcuni comportamenti alimentari, ecc.). Questa maggiore sensibilità ha prodotto un incremento della richiesta di risorse e risposte tecniche specialistiche, sia al Dipartimento che ai medici di famiglia, con una sempre più evidente delega al comparto sanitario di soluzioni che devono invece più correttamente essere ricercate all'interno di una diversa visione e cultura della salute.

Anche per tale ragione il Dipartimento delle Dipendenze intende potenziare gli interventi di **promozione della salute** già in essere e partecipare attivamente a progetti rivolti alla popolazione generale, quali quello delle microaree;

2. la promozione di progetti con gli enti locali finalizzati a **ridurre i danni dovuti alla marginalità, alla povertà, alla cronicità ed all'esclusione**, basati su metodologie operative di integrazione, programmi personalizzati di supporto all'autonomia personale;
3. lo sviluppo di progetti volti alla **formazione ed all'inserimento lavorativo**;
4. il miglioramento del livello quali-quantitativo dell'assistenza sociosanitaria all'interno della **Casa Circondariale**: la popolazione detenuta è in prevalenza costituita da persone svantaggiate socialmente, da immigrati, da tossicodipendenti. Il mancato compimento del processo di riforma dell'assistenza penitenziaria sta compromettendo le possibilità di accedere a trattamenti terapeutico-riabilitativi.

Trieste 07/02/2006

Gianni Conti