

La persona oltre la sostanza
Un nuovo sguardo alle politiche sulle droghe

VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze
Genova – 27/28 novembre 2021



Premessa

Di droga in Italia si continua a soffrire, si continua a morire, eppure non si parla quasi più. Il tema è scomparso dall'attenzione quando sono scomparse le siringhe dai centri cittadini. Risospinto nel privato delle case, nelle periferie reali ed esistenziali e dietro le sbarre del carcere.

La Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, che abbiamo atteso per 12 anni, dev'essere l'occasione per riportare questo tema al centro del dibattito pubblico e politico. Ma non come una clava da agitare a scopi elettorali, né come un corollario del discorso sulla sicurezza. In gioco non ci sono un malinteso senso della moralità e del decoro, ma la salute, la libertà e la dignità dei cittadini. Ecco perché è urgente parlarne e poi andare oltre le parole, oltre le letture accurate ma sterili se non supportate da un impegno concreto, appassionato e adeguatamente sostenuto da risorse economiche e umane.

Negli ultimi 12 anni la società italiana è cambiata, sono cambiate le sostanze psicotrope in circolazione e le forme del consumo, diventato per molti un'appendice del consumismo *tout-court*. A non essere cambiata è la legge, insieme all'approccio culturale che l'ha ispirata. Questo approccio oggi rivela il suo totale fallimento. Lo rivela nel numero persistente di morti, diretti e indiretti, nel sovraffollamento carcerario e nella quota di persone tossicodipendenti detenute, nella cronicizzazione delle forme di dipendenza, nelle sacche di degrado e disperazione che la dipendenza da droghe alimenta. Ma anche nel perdurante successo del narcotraffico, un mercato che non conosce crisi.

È il momento di aggiornare le nostre letture e i nostri strumenti di intervento. A partire appunto dalle leggi.

Serve con urgenza una riforma delle norme in vigore, che vada nel senso della depenalizzazione dell'uso di sostanze. Tenendo presente che depenalizzare non significa liberalizzare, ma semmai regolare e vigilare, con conseguente riduzione dei danni e dei rischi e indebolimento dei circuiti criminali. Una

depenalizzazione che, per quanto riguarda le sostanze come la cannabis, potrebbe anche tradursi in forme sperimentali di legalizzazione.

Serve un capovolgimento del paradigma culturale, per porre al centro dell'attenzione non le droghe, ma le persone e i loro diritti. E riconoscere che, per quanto certamente rischioso, non sempre l'uso di sostanze psicotrope si traduce in una dipendenza dalle stesse: proprio a partire da questa ammissione si favorisce un approccio meno ideologico al problema.

La risposta politica fondata sulla paura e la stigmatizzazione ha dimostrato tutti i suoi limiti, e anche sul piano sanitario non sempre le strategie si sono mostrate efficaci. È arrivato il momento di puntare sulla consapevolezza e sulla responsabilità: dei singoli verso la società e della società verso i singoli. Soltanto la conoscenza, la ricerca di senso e relazioni autentiche, la presenza di opportunità concrete di realizzazione personale, proteggeranno le nuove generazioni da un aumento dei fenomeni di dipendenza, da sostanze e non solo.

Nel presente documento, come Gruppo Abele vogliamo evidenziare i principali nodi critici che abbiamo riscontrato in questi anni nel quadro del nostro impegno sulla strada e nel quotidiano confronto con gli operatori del pubblico e del privato sociale. E presentare le nostre proposte di cambiamento sul piano normativo, operativo, educativo e culturale.

Seguendo lo schema tracciato dai tavoli preparatori della Conferenza, ai quali siamo stati felici di partecipare, ci concentreremo in particolare su: la necessaria depenalizzazione dei consumi; il potenziamento delle misure alternative al carcere e il rispetto della salute dei detenuti; la garanzia di un pieno diritto alla cura per le persone tossicodipendenti; un rafforzamento del sistema dei Servizi pubblici, oggi ostaggio di un cronica insufficienza di risorse; la promozione del reinserimento sociale e lavorativo; un maggiore investimento sulle pratiche di riduzione del rischio e del danno; una ridefinizione delle strategie di prevenzione attraverso i percorsi educativi, formativi e culturali.

L'obiettivo primario è proteggere i giovani dall'assunzione di sostanze e dai rischi che il consumo comporta, fra i quali ovviamente l'instaurarsi di una possibile dipendenza. Il secondo obiettivo, nel rispetto delle libertà individuali e nella tutela dell'interesse pubblico, è l'aiuto alle persone che delle sostanze già fanno uso, attraverso strumenti sanitari e di cura, di supporto e di accompagnamento sociale ed educativo. Questo duplice livello di intervento costituisce un valore irrinunciabile per la gestione di un problema che genera sofferenze profonde e sgretolamento della coesione sociale.

Una sintetica lettura del contesto

Finalmente la politica, tramite un'iniziativa governativa, ha deciso di tornare a occuparsi del tema "droga e dipendenze", convocando la Conferenza nazionale attesa da ben 12 anni dagli studiosi e dagli operatori del settore.

Dal 1990, l'anno in cui fu approvata la normativa che ancora oggi detta le regole sul fenomeno, tutto è cambiato. Sono cambiate le strategie e le rotte del narcotraffico, con un rafforzamento delle mafie a livello globale, nuove forme di spaccio e di riciclaggio dei proventi illeciti attraverso un'infiltrazione capillare dell'economia legale. Sono cambiati gli stili di consumo e le sostanze psicoattive in circolazione, sempre più accessibili grazie ai prezzi pesantemente ribassati. Sono cambiati anche i modelli culturali di riferimento di chi assume droghe, e i simbolismi evocati nel farlo. È cambiato il mondo dei servizi socio-sanitari, sia pubblici che del privato-sociale, inclusi quelli dedicati alla cura e alla prevenzione delle dipendenze da sostanze e non solo. È cambiata, nel profondo, la società, e di conseguenza è cambiato il suo atteggiamento verso le sostanze legali e illegali, oltre che l'esposizione delle diverse fasce di popolazione ai consumi potenzialmente rischiosi: non esclusivamente le droghe. Oggi lo spettro delle situazioni che osserviamo è assai vasto. Molte più persone, di età e condizione socio-culturale diversa, incontrano le sostanze psicotrope nel corso della propria vita, e instaurano con esse rapporti più o meno sommersi, continuativi e difficili.

Dentro questo scenario in trasformazione, solo l'iniziativa legislativa è rimasta ferma. Gli unici interventi sono avvenuti infatti per via "extraparlamentare": attraverso la sentenza "Torreggiani" della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo sul sovraffollamento carcerario, e la sentenza n. 32/2014 della Corte Costituzionale, che ha decretato l'illegittimità di alcuni passaggi della legge Fini-Giovanardi. Queste pronunce hanno costretto la politica ad apportare i minimi correttivi necessari al testo normativo.

Oggi un cambiamento radicale della legge del '90 e del suo impianto punitivo non è più rinviabile, per diverse ragioni. La principale e più evidente poggia su dati certi: in trent'anni di applicazione questa legge non ha contribuito a ridurre il consumo di stupefacenti, ma soltanto a far crescere in modo esponenziale i processi per droga e le carcerazioni.

Il bilancio della versione italiana della “guerra alla droga”, ispirata dalla “war on drugs” del Presidente Reagan negli U.S.A., è fallimentare sia nelle premesse teoriche che nell'applicazione, in particolare per quanto riguarda gli aspetti preventivi. Né i procedimenti amministrativi (mediamente 80.000 ogni anno, al netto della pandemia Covid del 2020), né la sanzione detentiva applicata anche per lo spaccio al minuto allo scopo di convincere i giovani consumatori a curarsi, hanno ottenuto i risultati auspicati.

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria aggiornati al 24 settembre 2021 indicano che su 53.834 detenuti totali (al cospetto di una capienza complessiva ufficiale delle carceri italiane di 50.851 posti), 18.888 persone sono reclusi per reati legati alla droga, e di questi 12.334 con sentenza definitiva. Un quarto della popolazione carceraria è certificata come tossicodipendente. Potrebbero fruire di misure alternative almeno 1.874 detenuti condannati sotto i 3 anni, e 7.867 ai quali ne restano da scontare meno di 4: il loro insieme costituisce il 70% degli attuali reclusi per reati correlati alla droga. Queste persone si trovano in carcere nonostante la legislazione in teoria garantisca loro soluzioni diverse.

La legge, a una verifica trentennale, fallisce nel perseguire gli obiettivi di salute, non riesce a svolgere le funzioni rieducative e riabilitative che si era proposta, comporta costi ingenti senza risultati misurabili, crea sovraffollamento carcerario, non riduce il tasso di recidiva. Inoltre, come effetto del suo approccio penale, espone chi consuma droghe in forma più o meno problematica a situazioni di ulteriore ed evitabile disagio (carcerazione, problemi legali, perdita del lavoro, stigma sociale ecc.).

I nostri obiettivi

Gli obiettivi elencati di seguito sono frutto di un confronto costante con la dimensione della strada, con le fatiche delle famiglie che affrontano problemi di dipendenza, con le domande profonde dei giovani e le esperienze trasversali degli operatori... insomma con la realtà vera del fenomeno del consumo di droghe, non con una sua lettura ideologica e astratta. Per questo meritano una premessa chiara, che li metta al riparo da qualsiasi fraintendimento o strumentalizzazione.

Ogni nostra iniziativa, sia di natura culturale che socio-sanitaria, è un'iniziativa *a favore della vita*. Le proposte editoriali della nostra associazione come i progetti di formazione, i servizi di riduzione del danno e gli interventi di prevenzione nelle scuole e nei centri di aggregazione informale, vanno tutti nel senso di *tutelare e promuovere la libertà, la dignità e i diritti fondamentali della persona*.

Il contrario della repressione non è il “liberi tutti”, né la sottovalutazione e banalizzazione dei rischi legati all'assunzione di sostanze. Per questo, nel chiedere il superamento dell'impianto punitivo della legge, quello che abbiamo in mente è un potenziamento degli aspetti educativi e di cura e un'attenzione sempre più completa, concreta e coraggiosa alla salute fisica e mentale dei cittadini. Coraggiosa non soltanto in una prospettiva culturale, ma anche degli investimenti economici necessari.

Auspichiamo dunque:

- A) Un'indicazione chiara al legislatore in direzione del superamento dell'impianto punitivo della legge 309 del 1990, con l'obiettivo di perseguire la salute delle persone che fanno uso di sostanze psicoattive e di attuare più efficaci interventi di prevenzione. A tal fine, è necessario depenalizzare il consumo personale e il possesso, la condivisione e la cessione senza fini di lucro. Inoltre, rendere effettivamente praticabile l'accesso alle cure tramite la scelta di misure alternative al carcere per le persone tossicodipendenti che hanno commesso reati.

- B) Una svolta decisa in direzione della legalizzazione della cannabis a scopo socio-ricreativo, nel quadro di un piano sperimentale di fattibilità da sottoporre all'attenzione del Parlamento.
- C) Che sia pienamente garantito il diritto alla cura per le persone tossicodipendenti, diritto che non può venire meno per semplice insufficienza di risorse. In particolare, la scelta del programma terapeutico più idoneo deve essere possibile sempre, e non condizionata a variabili di bilancio dei Servizi territoriali.
- D) Il rifinanziamento del sistema dei Servizi, nella collaborazione tra pubblico e privato, così da consentire il rispetto degli organici previsti, la costituzione di equipe multi-professionali e il lavoro integrato all'interno dei Dipartimenti delle dipendenze, a stretto contatto con i bisogni evidenziati dal territorio e in collaborazione continua con gli Enti Locali e il Terzo settore, nell'ottica dei Piani di Zona e di una progettazione partecipata. Così da favorire l'integrazione costante tra funzioni sanitarie, sociali ed educative.
- E) La ridefinizione dell'intero sistema delle attività preventive, che va potenziato, coordinato e valutato in maniera sistematica per quanto riguarda gli impatti.
- F) Che siano riconosciuti piena legittimità e adeguati spazi di azione alla complessa strategia di limitazione dei rischi e di riduzione del danno. Una strategia già riconosciuta come asse portante autonomo da parte dell'Unione Europea nel contenere gli effetti negativi della diffusione delle droghe, insieme alla riduzione dell'offerta (contrasto al narcotraffico) e alla riduzione della domanda (prevenzione e cura).
- G) Un'implementazione delle opportunità di reinserimento sociale (abitativo, lavorativo, del tempo libero), necessarie ai percorsi di inclusione e utili anche a contrastare lo stigma di cui le persone con disturbo d'uso di sostanze sono spesso portatrici.

- H) Che siano garantite uguali opportunità di trattamento alle persone straniere detenute con disturbo d'uso di sostanze, sia rispetto alla creazione delle condizioni per beneficiare delle misure alternative e dei permessi previsti dai percorsi riabilitativi, sia rispetto al periodo successivo al “fine-pena”, che necessita di un permesso di soggiorno in prova, a durata limitata, idoneo a consentire il reinserimento sociale.
- I) Che l'intero sistema di intervento possa usufruire di formazione e aggiornamento continuo, anche al fine di innescare processi di innovazione fondati sulla sperimentazione e la ricerca.
- J) Un coinvolgimento costante delle persone che assumono sostanze e si rivolgono ai servizi per le dipendenze, compresi quelli a bassa soglia di accesso, in un'ottica di partecipazione attiva all'ideazione e realizzazione dei progetti a loro rivolti. Questo protagonismo va realizzato anche attraverso una formalizzazione della loro presenza negli organi di gestione e indirizzo dei Servizi, e lo stabile rapporto degli enti pubblici con le organizzazioni autopromosse di rappresentanza di chi fa uso di droghe. La prospettiva di empowerment ha un immediato vantaggio in termini di efficacia delle iniziative preventive, educative e di riduzione del danno, in quanto coloro che conoscono e vivono il mondo del consumo sanno offrire indicazioni utili a rendere più centrato e contestualizzato l'intervento. Inoltre ha un'immediata ricaduta positiva sui percorsi di vita delle persone interessate.

Alcune proposte specifiche

Rispetto alla necessaria riforma legislativa:

1. Rivisitare e modificare l'art. 73 della legge 309 in almeno 5 aspetti:
 - a) eliminare tra le 20 condotte imputabili quelle che non hanno scopo di lucro e carattere di offensività (es.: acquisto per consumo collettivo e coltivazione per uso personale);
 - b) eliminare, fra i vari criteri che definiscono il confine tra uso personale e spaccio, il criterio tabellare delle quantità;
 - c) abbassare il limite minimo di pena prevista per consentire alle persone tossicodipendenti l'accesso alle misure alternative;
 - d) prevedere per i fatti di lieve entità (comma 5) le misure alternative già in sede di giudizio, in modo da evitare quanto più possibile l'impatto delle persone con l'esperienza detentiva;
 - e) evitare l'arresto obbligatorio in flagranza di reato.
2. Riordinare e qualificare l'intero sistema delle misure alternative per renderle effettivamente accessibili, a cominciare dalla rivisitazione dei criteri di certificazione di dipendenza da parte dei Ser.D, specificando che l'"attualità della dipendenza" deve considerare non solo i sintomi di astinenza fisica ma anche la ripercussione psichica.
3. Definire che la scelta di revoca della misura alternativa da parte della Magistratura di Sorveglianza non può basarsi sul criterio, spesso assunto come dirimente, degli eventuali episodi di ricaduta, che prescindono da una valutazione complessiva del percorso e dell'assenza della recidiva in altri reati.
4. Rivisitare, riavviare e potenziare il sistema degli Istituti e delle Sezioni a Custodia Attenuata, riportandoli alla loro funzione originaria di tutela del detenuto con problemi di tossicodipendenza rispetto alle possibili

influenze criminali interne al carcere, e di favorire un rapporto di tipo terapeutico che possa continuare anche oltre il periodo della pena.

5. Introdurre le misure di riduzione del danno all'interno degli Istituti Penitenziari (distribuzione di materiale sterile, di condom e di naloxone), attraverso la modifica dell'art.11 dell'Ordinamento Penitenziario, in ottemperanza al principio di "Equivalenza delle Cure" tra medicina territoriale e penitenziaria, nonché alle indicazioni di OMS, UnAids e UNODCP. Tutto ciò valutando i rischi legati ad esempio alla distribuzione di siringhe sterili alla luce di altri e maggiori rischi, in particolare la trasmissione di malattie infettive, e dunque gestendoli con competenza e forme adeguate di controllo.
6. Sottrarre all'azione penale il consumo personale di sostanze e liberare da sanzioni penali anche i comportamenti correlati purché non a fini di lucro, con il mantenimento del semplice ammonimento amministrativo e l'invito all'avvio di percorsi socio-sanitari. Questo senza mettere in discussione il divieto di consumo per i minori d'età.

Rispetto alla prevenzione:

1. La prevenzione è stata l'attività più falciata dai tagli alla spesa negli ultimi anni e, per restituirle vitalità ed efficacia, va cospicuamente rifinanziata attraverso il Fondo per la Prevenzione della dipendenza da stupefacenti e altre linee di finanziamento.
2. La realizzazione dei programmi di prevenzione è oggi troppo frammentata sul territorio. Si sente l'esigenza di un raccordo e di una regia: dovrebbe essere ricondotta a un unico organismo di competenza territoriale, che potrebbe configurarsi come Agenzia specifica, a cui i diversi attori si relazionano per condividere una programmazione degli interventi, sinergie e strumenti di valutazione.

3. La prevenzione specifica condotta all'interno delle scuole deve accompagnare con diverse modalità e gradazioni l'intero percorso della scuola media di primo e secondo grado. Per garantire una capillare applicazione di questi programmi si propone la creazione, per ogni istituto, di uno specifico registro degli interventi formativi e preventivi.
4. I diversi approcci preventivi (dissuasivi rispetto al consumo di droghe, proattivi nella forma dell'educazione alla salute oppure di limitazione dei rischi) vanno resi congruenti e sinergici.
5. Inoltre, seguendo le indicazioni dell'European Prevention Curriculum, le linee di prevenzione devono interessare una molteplicità di ambiti (famiglia, scuola, luoghi di aggregazione giovanile, media e spazi virtuali), adeguarsi a specifici standard di qualità e prevedere tool kit omogenei e condivisi.
6. È opportuno potenziare la collaborazione tra i servizi per le tossicodipendenze, i servizi per la salute mentale, i servizi sanitari, le Forze dell'Ordine e gli enti del Terzo settore per una programmazione condivisa degli interventi di prevenzione.
7. Il fenomeno della dispersione scolastica è purtroppo molto diffuso sul territorio nazionale (ce lo dicono i dati del MIUR e di Eurostat) e rappresenta un rischio in termini di marginalità e disagio sociale per la popolazione giovanile. Al fine di contrastare la correlazione tra questa realtà e l'uso problematico di sostanze psicoattive, è necessario finanziare programmi di contrasto alla dispersione scolastica attraverso interventi che coinvolgano gli studenti, i docenti, le policy scolastiche e i percorsi di cittadinanza attiva.
8. In un'ottica di prevenzione secondaria, è necessario potenziare la sezione formativa relativa all'uso di sostanze e alcol prevista nel programma di recupero punti della patente secondo l'art. 126-bis del Codice della Strada.

Rispetto alla Riduzione del danno:

1. Sollecitare, sull'intero territorio nazionale, la ricezione del DPCM del 12 gennaio 2017, che consentirebbe ai servizi di riduzione del danno / limitazione dei rischi di entrare a far parte dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), garantendo così l'esigibilità del provvedimento necessario per l'attuazione di questi percorsi. Al momento, soltanto il Piemonte si è messo in regola con questa normativa che, è utile ricordarlo, si propone in prima istanza di salvare la vita alle persone che consumano droga e in secondo luogo permette di monitorare una fascia di consumatori di sostanze difficile da intercettare, dunque spesso invisibile ai Servizi, e di mantenere con loro un contatto relazionale e uno spazio di supporto.
2. Poiché la maggior parte delle attività messe in campo in quest'ambito dovrebbe seguire una dinamica di trasformazione da "progetti sperimentali" in "servizi stabili", occorre fare in modo che esse siano sostenute attraverso finanziamenti congrui e vincolanti. In particolare, le unità di prossimità e i drop-in dovrebbero essere implementati su base demografica/territoriale in maniera omogenea e integrata rispetto al sistema dei Servizi regionali e nazionali (Ser.D, ASL, DPA), in sinergia fra pubblico e privato. È inoltre indispensabile rendere disponibili questi servizi anche al Sud e nelle isole, dove sono quasi assenti.
3. Visti i cambiamenti negli stili di consumo e nelle caratteristiche anagrafiche di chi assume sostanze psicoattive legali e illegali, occorrerebbe affiancare alla distribuzione e allo scambio di materiale sterile tradizionale (siringhe, acque, condom) e farmaci salvavita come il Naloxone, la proposta di test rapidi (HIV e HCV) in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.
4. Alcune prestazioni, come il Drug Checking, adottate in altri Paesi da decenni e riconosciute come fondamentali per l'Early Warning System europeo e dall'European Monitoring Center for Drugs and Drug

Addiction (in quanto capaci di ridurre i rischi sia grazie alla comunicazione fra operatore e consumatore, sia grazie allo screening in tempo reale rispetto alle nuove sostanze psicoattive) stanno dimostrando la loro efficacia anche in Italia. Occorre consolidare e diffondere l'offerta attraverso unità mobili e l'istituzione di punti fissi di analisi in accordo con l'Istituto Superiore di Sanità e il Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

5. Per rispondere efficacemente ai bisogni che i progetti e i servizi di bassa soglia fanno emergere è indispensabile un approccio olistico, in grado di conciliare supporto sociale e sanitario. La riduzione del danno si realizza pienamente in quei luoghi (la strada, i dormitori, i drop-in ecc.) dove la prevenzione sanitaria è strettamente connessa alle varie forme di supporto sociale e relazionale. La politica deve riconoscere e sostenere questa integrazione.

Rispetto al sistema dei Servizi:

1. Riconoscere che la contrazione delle risorse economiche messe a disposizione dei servizi per le dipendenze, e il conseguente accorpamento dei Dipartimenti, ha reso più difficile l'accesso delle persone ai servizi stessi, creando una certa distanza tra domanda e offerta, in particolare per quanto riguarda la possibilità di inserimento presso le strutture di cura residenziali o semi-residenziali. Un altro aspetto critico riguarda i percorsi ambulatoriali, la cui continuità è spesso garantita solo per quanto riguarda le cure mediche, mentre l'accompagnamento psicologico ed educativo è offerto in maniera troppo saltuaria e per periodi di tempo insufficienti.
2. Riconoscere sia a livello di dignità professionale che a livello economico le strutture ambulatoriali del Privato Sociale che collaborano con i Dipartimenti delle dipendenze, così da liberarle dalla condizione di subalternità in cui si trovano a causa di risorse pubbliche non sempre

destinate in modo efficace. Inoltre, riconoscere a tali servizi la loro funzione di presa in carico, diagnosi e trattamento.

3. Reintegrare nei Servizi pubblici per le dipendenze le professionalità che nel tempo si sono ridotte (educatori, psicologi, assistenti sociali) per non schiacciare la considerazione clinica delle persone sul lato puramente sanitario e farmacologico.
4. Fare in modo che, al pari di qualsiasi altra prestazione sanitaria, l'opzione terapeutica sia sempre disponibile per le persone con problemi di dipendenza, e non legata a variabili economiche e di bilancio delle Aziende sanitarie. Allo stesso modo la scelta del percorso (in un repertorio che va dall'inserimento comunitario finalizzato a raggiungere l'astinenza, al piano di recovery per persone a maggiore rischio di cronicizzazione, fino al progetto territoriale e ambulatoriale) deve essere vincolata ai bisogni e alle risorse effettivi della persona e non alle contingenti situazioni finanziarie del Servizio sanitario.
5. Garantire il libero accesso ai Ser.D per le persone senza fissa dimora.
6. Definire per i Ser.D budget dedicati e specifici sulla residenzialità.
7. Attivare dei Budget di salute che prevedano Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI) che erogino prestazioni sociosanitarie attivando le risorse dell'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare. Questo aiuterebbe in particolare i pazienti con "doppia diagnosi" di dipendenza e disturbo psichiatrico, quelli attualmente più penalizzati perché spesso "rimbalzati" tra Ser.D e Centri di Salute Mentale, con conseguente allungamento dei tempi di progettazione e cura.
8. Creare Gruppi di monitoraggio regionale che integrino risorse del pubblico e del privato, con il compito di verificare l'effettiva destinazione dei fondi destinati al privato sociale.

9. Garantire un maggiore accesso alle candidature per l'impiego presso servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, e di conseguenza agevolare gli enti nella costituzione di gruppi di lavoro idonei, allentando le limitazioni normative relative alle professionalità eleggibili (che in alcune Regioni sono molto stringenti e limitate a poche e specifiche professionalità). In particolare, ampliare la possibilità di presentazione di candidatura alla generalità delle figure professionali del sociale.
10. Rinnovare ed aggiornare gli Atti d'intesa regionali per l'autorizzazione, l'accREDITAMENTO istituzionale e gli accordi contrattuali con le strutture private nell'ambito dell'assistenza alle persone con problemi di dipendenza patologica.

Rispetto al reinserimento sociale e lavorativo

1. Studiare nuovi e più adeguati strumenti di reinserimento delle persone con percorsi di dipendenza, e riavviare un dibattito costruttivo tra le parti sociali, politiche e il mondo della cooperazione, nella comune consapevolezza che il passo essenziale per ogni percorso di cura è la relazione, la rottura dell'isolamento e la riconquista di una dimensione sociale.
2. Riconoscere la funzione pubblica dell'impresa sociale di inserimento lavorativo e la capacità delle imprese sociali di realizzare percorsi di autonomia economica e di integrazione sociale grazie all'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate.
3. Rilanciare le pratiche di convenzionamento tra enti pubblici e imprese sociali sia con gli strumenti consolidati della 381/1991, sia attraverso gli appalti riservati.

4. Diffondere, anche negli appalti ordinari, criteri premianti per le imprese che inseriscono al lavoro persone svantaggiate, comprese quelle che vengono da percorsi di dipendenza.
5. Riconoscere, nelle imprese sociali di inserimento lavorativo, i costi del lavoro educativo, di accompagnamento e delle azioni formative rivolte alle persone svantaggiate.
6. Sviluppare relazioni tra imprese sociali di inserimento lavorativo e agenzie formative per la certificazione delle competenze.
7. Sperimentare formule dedicate a chi non è (o non è ancora) in grado di essere inserito in percorsi di integrazione lavorativa, ma necessita di azioni miste di lavoro e formazione, sostenute attraverso risorse ulteriori a quelle derivate dalla vendita di prodotti. Inoltre sperimentare, sulla base delle esperienze fatte in altri Paesi d'Europa, delle imprese formative e di transizione.
8. Sostenere le agenzie per il lavoro che operano all'interno del Terzo settore e che realizzano azioni di mediazione, servizi per l'impiego e in generale azioni volte al collocamento di lavoratori deboli, incluse le persone che provengono da percorsi di dipendenza.
9. Ampliare il contratto di apprendistato per le fasce deboli, comprese quelle nell'area delle dipendenze, anche oltre il limite di età previsto.
10. Diffondere pratiche di co-programmazione e co-progettazione sul tema dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, inclusi coloro che vengono da percorsi di dipendenza.
11. Il prendersi cura delle persone tossicodipendenti passa attraverso il contrasto alle forme di esclusione sociale e di isolamento. In questa direzione è opportuno prevedere e finanziare sistematicamente iniziative semiresidenziali (centro diurno), di strada (drop-in) e territoriali

(educativa domiciliare e progetti di sviluppo di comunità) che puntino al pieno reinserimento sociale e consolidino una rete relazionale di protezione.

12. Il reinserimento sociale passa anche attraverso le politiche dell'abitare. In tal senso è necessario promuovere e finanziare iniziative di housing sociale che sappiano garantire il diritto alla casa, attivare risorse di mutualità e di collaborazione tra pari, connettersi con il territorio e i servizi presenti.

Rispetto alla formazione e alla ricerca

1. Il fenomeno del consumo e le forme di dipendenza sono in continua evoluzione: cambiano e si moltiplicano le sostanze in circolazione, le pratiche e gli scenari d'uso, i percorsi delle persone consumatrici. Si rende pertanto necessario un costante aggiornamento degli operatori circa le chiavi di lettura, le modalità di intervento e gli strumenti operativi. Occorre destinare finanziamenti stabili alle politiche di formazione e supervisione continua, destinate sia agli operatori dei Servizi pubblici che del Terzo settore impegnati nella prevenzione, nel lavoro di prossimità e nel campo delle dipendenze patologiche, mediante pratiche di accreditamento formativo e di incentivo.
2. Vista la trasversalità sociale e anagrafica del fenomeno dell'uso di sostanze è utile programmare e finanziare piani di formazione e aggiornamento generale destinati a operatori dei servizi sociali, sanitari ed educativi, inclusi quelli che non hanno nella propria mission specifica il trattamento di persone tossicodipendenti, ma che, nella pratica quotidiana, incontrano un'utenza coinvolta – come diretta consumatrice o parte di un contesto familiare – nell'uso di sostanze.
3. Si propone di arricchire la formazione destinata alla Magistratura di Sorveglianza Ordinaria e Onoraria per favorire la comprensione delle

complesse dinamiche legate alle condotte di dipendenza. Inoltre, va promossa una cultura che veda nei percorsi di affidamento ai servizi territoriali un'opportunità concreta di cura, laddove oggi quest'opportunità viene rintracciata esclusivamente nelle strutture terapeutiche residenziali.

4. È importante prevedere e sovvenzionare un piano di formazione e aggiornamento destinato agli operatori di sicurezza pubblica che sul territorio (Polizia Municipale, Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza) e nel contesto detentivo (Polizia Penitenziaria) si relazionano con persone che usano sostanze e sono in condizione di dipendenza, con l'obiettivo di fornire idonee chiavi di lettura e di gestione delle situazioni e, ove serva, di invio ai i servizi territoriali.
5. Di fronte all'emergere di nuove modalità d'uso e nuovi bisogni delle persone tossicodipendenti è necessario destinare in modo stabile finanziamenti a progetti innovativi che prevedano nel loro complesso: analisi, mappatura, monitoraggio, ricerca di carattere quantitativo e qualitativo, sperimentazione, realizzazione, valutazione e formazione. Tutto questo in una prospettiva di trasformazione e integrazione del repertorio delle pratiche e dei metodi finora impiegati in questo campo.
6. È importante implementare nei servizi per le dipendenze patologiche e negli Enti del Terzo settore efficaci processi di valutazione circa la qualità dei percorsi costruiti e la loro efficacia nel breve, medio e lungo periodo, in un'ottica di continuo miglioramento.
7. Per favorire una proficua connessione tra l'innovazione e le evidenze raccolte sul campo, è necessario prevedere e finanziare linee di ricerca nell'ambito dei consumi, delle dipendenze e del loro trattamento che sappiano integrare le dimensioni sanitarie, sociali, psicologiche ed educative e che tengano in considerazione l'efficacia e l'impatto sociale degli interventi, attraverso valutazioni di carattere professionale, svolte da consulenti esterni ai Servizi.

8. È necessario introdurre e stabilizzare nei programmi didattici universitari un percorso formativo e professionalizzante stabile dedicato alla figura dell'operatore di strada.