

## 6. La salute e il sociale

Nessun sistema sanitario, per quanto tecnicamente avanzato, può soddisfare a pieno la propria missione se non è rispettoso dei principi fondamentali di solidarietà sociale e di integrazione socio-sanitaria.

### 6.1. Le fasce di povertà e di emarginazione

Numerosi studi hanno documentato che la mortalità in Italia, come in altri Stati, cresce con il crescere dello svantaggio sociale. Alcuni studi mostrano che le disuguaglianze nella mortalità non si riducono nel tempo, anzi sembrano ampliarsi, almeno tra gli uomini adulti.

Effetti diretti della povertà e dell'emarginazione sono misurabili sulla mortalità delle persone e delle famiglie assistite dai servizi sociali per problemi di esclusione (malattie mentali, dipendenze, povertà, disoccupazione), che in alcune zone presentano uno svantaggio nella aspettativa di vita di 13 anni per gli uomini e 7 per le donne, rispetto al resto della popolazione.

Le cause di morte e di malattia più frequentemente associate alle differenze sociali sono quelle correlate alle dipendenze e al disagio sociale (droga, alcool e fumo), quelle legate a storie di vita particolarmente svantaggiate (malattie respiratorie e tumori allo stomaco), quelle che hanno a che fare con la prevenzione nei luoghi di lavoro o sulla strada (incidenti), quelle correlate con la scarsa qualità dell'assistenza sanitaria (morti evitabili) e, in minore misura, quelle ischemiche del cuore.

Un'associazione con la condizione socio-economica misurata in base al livello d'istruzione della madre, è stata osservata anche per il peso alla nascita; la probabilità di mettere al mondo un bambino sotto peso risulta 1,5 volte maggiore per le madri con un basso livello di istruzione (scuola elementare), rispetto alle madri con un livello di studi universitari.

Per quanto riguarda il ruolo del sistema sanitario sono documentati svantaggi sociali sia nell'accesso alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, sia nell'accesso a cure tempestive ed appropriate. Per quanto riguarda la prevenzione primaria si possono citare le disuguaglianze fra il Nord e il Sud d'Italia nella prevenzione della carie dentaria e nella pratica delle vaccinazioni obbligatorie nei bambini tra i 12 e i 24 mesi.

Nel campo della prevenzione secondaria occorre ricordare il minore ricorso allo *screening* dei tumori femminili delle donne meno istruite.

Rispetto all'accesso alle cure, merita ricordare le disuguaglianze nella sopravvivenza per tumori a favore delle sedi che dispongono di strutture sanitarie in grado di erogare trattamenti più efficaci.

Altri indizi di discriminazione sono ricavabili dall'esame dell'accesso al bypass coronarico o alle cure per l'AIDS, o del ricorso ad una ospedalizzazione inappropriata, che risultano a vantaggio delle persone di più alto stato sociale.

In generale i gruppi di popolazione che meritano più attenzione, per gli svantaggi sociali che li caratterizzano sono: i bambini e i ragazzi poveri (0-18 anni); gli anziani poveri (più di 65 anni); le madri sole con figli a carico; i disoccupati di lunga durata (più di un anno); i disoccupati giovani (15-24

anni); gli stranieri immigrati da Paesi poveri a forte pressione migratoria; i tossicodipendenti; gli alcoolisti; i senza fissa dimora. Cioè da un lato i gruppi che sono più esposti alla marginalità sociale (si tratta di bambini, adulti e anziani in difficoltà e in povertà), dall'altro gli emarginati estremi (i senza fissa dimora), e nel mezzo le categorie come quelle delle persone affette da una dipendenza (gli alcoolisti o i tossicodipendenti) e quelle degli stranieri immigrati che cercano di inserirsi nella società italiana con un nuovo progetto di vita.

Secondo gli obiettivi adottati dall'OMS nel 1999, il divario nella salute tra diversi gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto, entro l'anno 2020, di almeno un quarto. In particolare il divario in termini di aspettativa di vita tra i vari gruppi socio-economici dovrebbe essere ridotto di almeno il 25%, e i valori dei principali indicatori di morbilità, disabilità e mortalità nei diversi gruppi socio-economici dovrebbero essere distribuiti più uniformemente. Inoltre dovrebbero essere migliorate le condizioni socio-economiche che possono produrre effetti dannosi per la salute, quali il basso reddito, bassi livelli di istruzione e limitato accesso al mondo del lavoro, così da ridurre la percentuale di persone che vivono in povertà. Infine, i soggetti che hanno bisogni speciali in ragione delle proprie condizioni di salute, dovrebbero essere protetti dall'esclusione e fruire di un agevole accesso a cure appropriate.

Le azioni prioritarie per conseguire questi obiettivi riguardano in primo luogo gli interventi sulle cause che generano le disuguaglianze nella salute soprattutto per quanto riguarda i bambini in povertà e le madri sole con figli a carico, i disoccupati, gli stranieri immigrati ed altri gruppi.

E' ben noto che la lotta alla povertà è uno degli strumenti più efficaci per migliorare lo stato di salute. Si tratta, quindi, di misure di carattere sociale tipiche dello stato assistenziale per contrastare la povertà le quali non rientrano direttamente nella competenza del Servizio Sanitario Nazionale. E', quindi, molto importante l'efficace collegamento delle politiche finalizzate alla riduzione delle disuguaglianze nello stato di salute derivanti dalla povertà con le politiche di sviluppo economico e sociale.

Nell'ambito più specificamente sanitario si tratta, in particolare, di assicurare l'accesso ai servizi sanitari superando, attraverso idonee modifiche organizzative ed appositi programmi di attività, le barriere di conoscenza ed, in alcuni casi, linguistiche che si frappongono alla fruibilità dei servizi sanitari. Specifici programmi di formazione e obiettivi di qualità per il personale addetto sono auspicabili.

Un'altra serie di interventi di carattere più strettamente sanitario riguarda quelli finalizzati al contenimento dei danni delle disuguaglianze (specie per gli anziani poveri e i soggetti dipendenti da sostanze o alcool) nonché ad interrompere i processi di esclusione che nascono da problemi di salute, quali l'istituzionalizzazione degli anziani poveri e la segregazione dei malati poveri.

Si richiamano qui, in quanto rilevanti, integralmente le analisi e le proposte sviluppate nel presente Piano in materia di: (i) malati cronici, anziani e disabili (Parte I, Sezione 2.2); (ii) stili di vita salutari, prevenzione e comunicazione pubblica sulla salute (Parte I, Sezione 2.9); (iii) salute

mentale (Parte II, Sezione 4.3); (iv) tossicodipendenze (Parte II, Sezione 4.4); e (v) salute degli immigrati (Parte II, Sezione 4.6). Prezioso in tale ambito e specialmente per l'assistenza dei senza fissa dimora, è la collaborazione tra le strutture del Servizio Sanitario Nazionale e le Organizzazioni del volontariato che dispongono di una maggiore flessibilità e capacità di integrazione con questo gruppo di emarginati. La messa a punto di incentivi a carattere settoriale ed intersettoriale per facilitare azioni congiunte è fortemente auspicabile.

Infine, è molto importante continuare l'approfondimento dei determinanti sociali, economici ed ambientali più direttamente collegati con i problemi della salute, associati alla povertà, e la sistematica valutazione delle diverse iniziative ed opportunità per alleviare o rimuovere le difficoltà esistenti.

## **6.2. La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente**

Dal 1975 ad oggi il tasso di mortalità infantile (morti entro il primo anno di vita per 1.000 nati vivi) in Italia è sceso di più del 75%, dal 20,5 del 1975 al 5,47/1.000 del 1997. Si tratta di uno dei più significativi miglioramenti registrati nell'Europa occidentale durante questo periodo. Tuttavia vi sono ancora notevoli differenze tra le Regioni italiane: in alcune Regioni meridionali (Sicilia, Basilicata, Campania) il tasso di mortalità infantile nel 1997 era di 7,57/1000 nati vivi, rispetto al 3,86 delle Regioni con il tasso di mortalità più basso (Veneto, Lombardia). La mortalità neonatale (entro le prime quattro settimane di vita, ed in particolare entro la prima) più elevata nelle Regioni del Centro-Sud, è responsabile della maggior parte di tale mortalità. Obiettivo fondamentale è quindi innanzitutto ridurre le disparità regionali nei tassi di mortalità neonatale, avvicinando la media nazionale a quella della regione con indice di mortalità più basso. Per quanto riguarda la mortalità nel primo anno di vita, le malformazioni congenite rappresentano, insieme alla prematurità, l'83% di tutte le cause. Confronti sulla base dei registri della popolazione in alcune aree d'Italia che partecipano alla rete EUROCAT ("European Registration Of Congenital Anomalies"), indicano che il tasso di malformazioni congenite in Italia è simile a quello di altre aree d'Europa.

Nella valutazione dello stato di salute della popolazione infantile un importante indicatore è il peso alla nascita dei neonati a termine. Esso è influenzato dallo stato sociale e da altri fattori come il fumo. In Italia il tasso di basso peso alla nascita nel 1995 era del 4,7% (4,1% maschi e 5,3% femmine, dati ISTAT). L'incidenza di basso peso alla nascita non è cambiata in maniera significativa nel corso degli ultimi 15 anni.

Per raggiungere l'obiettivo adottato dall'OMS per l'anno 2020, la prevalenza dei bambini sottopeso alla nascita dovrebbe diminuire al valore globale di 3,8% (3,3% per i maschi e 4,2% per le femmine). L'educazione a comportamenti corretti in gravidanza, soprattutto per quanto riguarda il fumo, è a tal riguardo di fondamentale importanza. Esistono, inoltre, molte disuguaglianze sul piano organizzativo e gestionale nelle strutture dove avviene la nascita e questo pesa negativamente sulla mortalità perinatale e sugli esiti a distanza (handicap).

Per quanto riguarda il gruppo di età tra 1 e 14 anni, il tasso di mortalità ha mostrato un importante declino negli ultimi 25 anni, da 49,9/100.000 all'attuale 19,7. Le maggiori cause di morte in questo gruppo di età sono gli incidenti (5/100.000) e il cancro (5/100.000). Le differenze geografiche riscontrate in Italia nel 1997 indicano una mortalità più elevata (+14% circa) al Sud che al Nord. L'obiettivo della riduzione della mortalità per incidenti, sia domestici che stradali deve prevedere misure legislative, di controllo, ed una forte campagna di prevenzione con misure di educazione stradale e di sicurezza in casa e nelle scuole.

Le condizioni morbose croniche prevalenti nei bambini e negli adolescenti sia in Italia che nel resto dell'Europa, con un andamento in continua crescita, sono l'asma e l'obesità. E' significativo che le due condizioni morbose più frequenti siano legate a problematiche ambientali e a comportamenti alimentari errati, rispettivamente: la prevenzione, in termini di salvaguardia ambientale (con lotta all'inquinamento e al fumo passivo) e di educazione alimentare nella popolazione, deve essere l'obiettivo fondamentale della politica sanitaria per l'immediato futuro.

In Italia si riscontra una bassa percentuale di gravidanze in età adolescenziale (2,25%), paragonabile ai tassi osservati in altri Paesi europei quali Germania, Danimarca, Finlandia, Svezia e Francia. I dati riguardanti le Regioni italiane relativi al 1995 mostrano marcate differenze geografiche: nelle Regioni meridionali si registra una percentuale più elevata di gravidanze in età adolescenziale in confronto alle Regioni del Nord, anche se questo avviene nel contesto di unioni legali. Obiettivo di questo settore dovrà essere la prevenzione primaria delle gravidanze non desiderate in età adolescenziale con una appropriata educazione sessuale, che deve vedere coinvolti tutti gli educatori e il personale sociosanitario, accanto alle famiglie, nell'ambito di un progetto di educazione volto alla procreazione responsabile e alla prevenzione delle malattie trasmissibili per via sessuale.

La rete ospedaliera pediatrica, malgrado i tentavi di razionalizzazione, appare ancora decisamente ipertrofica rispetto ad altri Paesi europei, con un numero di strutture pari a 493 nel 1999, mentre la presenza del pediatra dove nasce e si ricovera un bambino è garantita nel 50% degli Ospedali, ed il pronto soccorso pediatrico è presente nel 30% degli Ospedali. La guardia medico-ostetrica 24 ore su 24 nelle strutture dove avviene il parto è garantita solo nel 45% dei reparti. Inoltre, malgrado la forte diminuzione della natalità, il numero dei punti nascita è ancora molto elevato, 605 in strutture pubbliche o private accreditate: tra queste poco meno della metà ha meno di 500 parti all'anno, soprattutto nelle Regioni del Sud del Paese.

L'attuale organizzazione ospedaliera, insieme alla mancanza di una continuità assistenziale sul territorio, ha determinato, nel 1999 un tasso di ospedalizzazione del 119‰, un valore significativamente più elevato rispetto a quello dei Paesi europei, quali ad esempio il Regno Unito (51‰) e la Spagna (60‰). Un possibile elemento per ridurre l'ospedalizzazione inappropriata è rappresentato dalla attivazione di letti per osservazione continuativa ma temporanea, che permettono di creare un'area per la sorveglianza medica e infermieristica continua, finalizzata alla definizione

del percorso diagnostico-terapeutico, secondo modelli organizzativi già in uso in alcune realtà italiane, sia al Nord che al Sud.

E' necessario aggiungere che i fattori sopra indicati hanno una distribuzione geografica diversa, e sono tra i più importanti determinanti delle differenze interregionali nei tassi di mortalità infantile e neonatale a sfavore delle Regioni del Sud, anche sulla base di differenti sistemi organizzativi e gestionali delle unità operative pediatriche.

Gli stessi fattori condizionano anche l'elevato numero di parti per taglio cesareo nel nostro Paese, ben il 33% nel 1999, più frequenti nelle strutture del centro-Sud con un basso numero di nati, fino a raggiungere in Campania il 51% mentre le Regioni Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia hanno una percentuale di parti per taglio cesareo pari la 20%, valori di poco superiori a quelli riportati dalla maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea. Fattori economici relativi al sistema di rimborso delle prestazioni come anche fattori organizzativi del sistema sanitario hanno contribuito in questi anni ad incrementare il ricorso al parto cesareo, a scapito di quello per via naturale.

Peraltro, va notato che la pratica del parto indolore ancora non è garantita in Italia dal Servizio Sanitario Nazionale, e ciò induce alcune gravide ad effettuare parto cesareo o a recarsi all'estero per partorire.

Malgrado la Convenzione Internazionale di New York e la Carta Europea dei bambini degenti in ospedale (con la risoluzione del Parlamento Europeo del 1986), ancora più del 30% dei pazienti in età evolutiva viene ricoverato in reparti per adulti e non in area pediatrica. L'area pediatrica è "l'ambiente in cui il Servizio Sanitario Nazionale si prende cura della salute dell'infanzia con caratteristiche peculiari per il neonato, il bambino e l'adolescente". L'area pediatrica, che concerne non solo la salute fisica, ma anche quella mentale e sociale dei soggetti in età evolutiva, deve essere organizzata in spazi, strutture e servizi idonei alle esigenze dei soggetti in età evolutiva (0-17 anni) e delle loro famiglie. La differenziazione all'interno dell'area pediatrica di tre utenze (neonato, bambino, adolescente) obbliga il Servizio Sanitario Nazionale a differenziare le tipologie di intervento e gli obiettivi del programma. Sino ad ora infatti, a fronte di queste differenze, ed in particolare per l'utenza "adolescenti", non si è ancora consolidata una prassi adeguata e, nelle zone di sovrapposizione, si creano le condizioni di maggiore confusione e diseconomia.

**a) *Gli obiettivi strategici***

- Attivare programmi specifici per la protezione della maternità e migliorare l'assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica nel periodo perinatale.
- Realizzare reparti dedicati all'area adolescenziale negli Ospedali di II livello con personale specializzato, e prevedere negli altri reparti un'area a loro dedicata.
- Ricostruire le strutture pediatriche di alta specializzazione non più adeguate da un punto di vista strutturale ed organizzativo, favorendo anche la creazione e sperimentazione di fondazioni.

- Ridurre il disagio del bambino in ospedale prevedendo interventi psicologici, attività ludica ed occupazionale, e la scuola in ospedale.
- Educare alla salute e all'igiene i giovani e le famiglie, col contributo essenziale della scuola e degli enti territoriali competenti con particolare riguardo alla prevenzione dei maltrattamenti, abusi e sfruttamento minorile, dell'obesità, delle malattie sessualmente trasmesse, ed con particolare riguardo alla prevenzione della tossicodipendenza, e degli infortuni ed incidenti.

***b) Gli obiettivi per i prossimi tre anni***

- Pianificare l'assistenza perinatale attraverso la centralizzazione delle gravidanze a rischio in Ospedali dotati di terapia intensiva neonatale.
- Attivare il Servizio di trasporto di emergenza neonatale in ogni regione.
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione con l'obiettivo di ridurlo del 10% per anno.
- Incrementare l'adozione di strutture socio-sanitarie alternative, quali l'ospedalità a domicilio ed in strutture residenziali funzionalmente collegate con gli Ospedali.
- Elaborare Linee Guida clinico-organizzative per le patologie che comportano il maggior numero di ricoveri in età pediatrica, e per gli interventi chirurgici inappropriati.
- Privilegiare l'attività di day surgery e di one-day-surgery che dovranno consentire di effettuare almeno il 50% degli interventi chirurgici nel triennio secondo queste modalità organizzative, in aderenza alle Linee Guida clinico-organizzative.
- Articolare gli interventi di Guardia Pediatrica e di Pronto Soccorso, secondo un modello interdisciplinare, che sia in grado di differenziare il luogo della accoglienza e della assistenza all'utenza da quello di ricovero, mediante la creazione, in ogni unità operativa pediatrica, di un'area di osservazione temporanea, opportunamente regolamentata.
- Diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con valori medi degli altri Paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativi.
- Rendere disponibile in almeno parte delle strutture il cosiddetto parto indolore.
- Ottimizzare il numero di punti nascita, riducendone il numero ed incrementandone la qualità.

**6.3. La salute mentale**

I problemi relativi alla salute mentale rivestono, in tutti i Paesi industrializzati, un'importanza crescente, perché la loro prevalenza mostra un trend in aumento e perché ad essi si associa un elevato carico di disabilità e di costi economici e sociali, che pesa sui pazienti, sui loro familiari e sulla collettività.

Numerose evidenze tratte dalla letteratura scientifica internazionale segnalano che nell'arco di un anno il 20% circa della popolazione adulta

presenta uno o più dei disturbi mentali elencati nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Tra i disturbi mentali più frequenti vi sono i disturbi d'ansia, il cui tasso di prevalenza supera il 15%, con un incremento degli attacchi di panico e delle forme ossessivo-compulsive. La depressione nelle sue varie forme cliniche colpisce tutte le fasce d'età e il tasso di prevalenza supera il 10%. Spesso depressione e disturbi d'ansia coesistono. Significativa anche la prevalenza dei disturbi della personalità e dei disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia). Il tasso di prevalenza delle psicosi schizofreniche, che rappresentano senza dubbio uno dei più gravi disturbi mentali, è pari a circa lo 0,5%. Occorre considerare, inoltre, i disturbi mentali che affliggono la popolazione anziana, soprattutto le demenze nelle loro diverse espressioni. Va segnalata, infine, la complessa problematica relativa alle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche (con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative: neoplasie, infezione da HIV, malattie degenerative del Sistema Nervoso Centrale).

Recenti studi hanno documentato che molti disturbi mentali dell'età adulta sono preceduti da disturbi dell'età evolutiva-adolescenziale. In particolare, l'8% circa dei bambini e degli adolescenti presenta un disturbo mentale, che può determinare difficoltà interpersonali e disadattamento; non va dimenticato che il suicidio rappresenta la seconda causa di morte tra gli adolescenti.

Le condizioni cliniche citate presentano un differente indice di disabilità: i disturbi ansioso-depressivi, pur numerosi, possono, quando appropriatamente trattati, presentare una durata e gradi di disabilità non marcati, anche se alcuni casi di sindrome ossessivo-compulsiva o di agorafobia sono seriamente invalidanti. D'altro canto le psicosi (schizofreniche, affettive e le depressioni maggiori ricorrenti) impegnano i servizi sanitari e sociali in maniera massiccia, per via della gravità, del rischio di suicidio, della lunga durata e delle disabilità marcate che le caratterizzano.

Nel nostro Paese, il processo di adeguamento dell'assistenza psichiatrica alle necessità reali dei malati ed agli orientamenti più attuali della sanità pubblica, avviato con la Legge 23 dicembre 1978 n. 833, ha determinato l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel Servizio Sanitario Nazionale, l'orientamento comunitario dell'assistenza alle persone con disturbi mentali, il superamento del modello custodialistico rappresentato dall'Ospedale Psichiatrico.

L'assetto organizzativo dei servizi per l'età adulta, come previsto dall'attuale normativa, prevede quattro tipologie strutturali, coordinate all'interno di un modello dipartimentale:

- 1) Centri di salute mentale per interventi sul territorio;
- 2) Servizi psichiatrici di diagnosi e cura per l'assistenza ospedaliera;
- 3) Centri diurni e day hospital per attività riabilitative in regime semiresidenziale;
- 4) Strutture per attività riabilitative in regime residenziale.

Tutte le strutture devono agire, nel rispetto della programmazione regionale, in efficiente e costante integrazione tra loro e con le strutture del privato sociale ed imprenditoriale comprese nel territorio del Dipartimento, in modo che la presa in carico del paziente sia attuata nella sua globalità, prevedendo anche, quando necessario, interventi domiciliari, di cui si fa carico il Centro di Salute Mentale. Le unità multiprofessionali dei Dipartimenti (costituite da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione psicosociale, educatori) dipendono funzionalmente da un direttore/coordinatore unico.

Le aree critiche che si rilevano nella tutela della salute mentale, al momento attuale, sono:

- la disomogenea distribuzione dei Servizi sul territorio nazionale, con particolare riferimento ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri, ai Centri Diurni ed alle Strutture Residenziali per attività riabilitative, insieme ad una mancanza di coordinamento fra i servizi sociali e sanitari per l'età evolutiva, i servizi per gli adulti ed i servizi per i soggetti anziani; tale evidenza induce a valutare, nel rispetto del modello dipartimentale di cui al Progetto Obiettivo Salute Mentale 1998-2000, la necessità di sperimentare un modello di Coordinamento Interdipartimentale che garantisca in ciascuna Azienda Sanitaria l'integrazione funzionale con i Dipartimenti materno-infantile, anziani, tossicodipendenze e con i Distretti, garantendo certezza di presa in carico e di continuità terapeutica condivisa dei problemi di salute mentale del paziente, qualunque sia il punto di accesso, pubblico o privato accreditato; alla realizzazione dei programmi del coordinamento interdipartimentale devono partecipare le strutture del privato sociale ed imprenditoriale accreditate. Le Associazioni dei familiari devono essere periodicamente consultate e coinvolte dal Coordinamento;
- la mancanza di un numero adeguato di Strutture residenziali per le condizioni psichiatriche che prevedono una più elevata intensità e durata dell'intervento riabilitativo;
- la carenza negli organici dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- la carenza di sistemi informativi nazionali e regionali per il monitoraggio quali-quantitativo delle prestazioni erogate e dei bisogni di salute della popolazione;
- la scarsa diffusione delle conoscenze scientifiche in materia di interventi basati su prove di efficacia e la relativa adozione di Linee Guida da parte dei servizi, nonché di parametri per l'accreditamento delle strutture assistenziali pubbliche e private;
- la presenza di pregiudizi ed atteggiamenti di esclusione sociale nella popolazione;
- la scarsa attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, ai problemi della salute mentale in età evolutiva e nell'età "di confine", che si concretizza in un'offerta di servizi insufficiente ed alla quale è utile rispondere anche con il contributo, almeno in fase sperimentale, di strutture accreditate del privato sociale ed imprenditoriale;

- la carente gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e disturbi da abuso di sostanze, e tra disturbi psichiatrici e patologie organiche;
- la scarsa attenzione alla presenza di disturbi mentali nelle carceri. Tale evidenza segnala l'importanza della sperimentazione in corso in alcune Regioni sulla base di quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 e dal relativo progetto obiettivo, anche ai fini della valutazione della rispondenza del modello organizzativo ivi delineato.

Gli obiettivi strategici da realizzare sono rappresentati da:

- la riduzione dei comportamenti suicidari, con particolare attenzione all'età adolescenziale e a quella anziana;
- la riduzione delle interruzioni non concordate di trattamento, mediante attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi multidisciplinari integrati in risposta ai bisogni di salute mentale dei pazienti e delle famiglie;
- la riduzione dei tempi d'attesa per l'accesso ai trattamenti, ivi compresi quelli psicoterapici, mediante l'integrazione tra servizi sanitari pubblici e del privato sociale ed imprenditoriale;
- il miglioramento delle conoscenze epidemiologiche sui bisogni di salute mentale nella popolazione e sull'efficacia degli interventi, mediante un aumento dei finanziamenti dedicati alla ricerca epidemiologica ed alla ricerca sui servizi, ed attraverso l'istituzione di unità di coordinamento regionali e centrale di epidemiologia psichiatrica, che promuovano ricerche specifiche in ambiti ritenuti di interesse prioritario;
- la diffusione delle conoscenze scientifiche in materia di interventi basati su prove di efficacia e l'adozione da parte dei servizi delle Linee Guida formulate dall'Osservatorio per la Salute Mentale;
- la definizione dei parametri per l'accreditamento delle strutture assistenziali per la salute mentale pubbliche e private, con particolare riferimento alle strutture residenziali, la cui vocazione rimane volta alla realizzazione di progetti individualizzati sulla base dei bisogni del paziente, regolarmente sottoposti a verifica;
- la promozione della salute mentale nell'intero ciclo della vita, garantendo l'integrazione tra servizi sanitari e sociali - pubblici e del privato sociale ed imprenditoriale - con particolare riferimento agli interventi a favore dei soggetti maggiormente a rischio;
- la cooperazione dei servizi di salute mentale con soggetti non istituzionali (Associazioni dei famigliari, dei pazienti, volontariato, Associazioni di Advocacy), il privato sociale ed imprenditoriale, al fine di promuovere la libera scelta della cura da parte degli utenti, la qualificazione dell'assistenza e l'innovazione dei progetti di trattamento;
- la promozione dell'informazione e della conoscenza sulle malattie mentali nella popolazione, al fine:
  - a) di realizzare interventi di prevenzione primaria e secondaria (informazione sui disturbi mentali, sui servizi, collegamenti tra le strutture sanitarie, i servizi sociali, le scuole, le associazioni di volontariato);

- b) incrementare la lotta allo stigma verso la malattia mentale e la promozione di una maggiore solidarietà nei confronti delle persone affette da disturbi mentali gravi;
- c) diffondere e sviluppare la cultura del volontariato, dell'associazionismo, dell'auto-aiuto, per uno sforzo congiunto nella cura delle malattie mentali.

A breve termine è necessario pianificare azioni volte a:

- ridurre le disomogeneità nella distribuzione dei servizi e negli organici all'interno del territorio nazionale superando le discrepanze esistenti tra il nord e il sud del Paese ed all'interno delle singole realtà regionali, anche attraverso il ricorso al contributo di strutture private sociali ed imprenditoriali, promuovendo la realizzazione di un numero adeguato di Strutture residenziali per le condizioni psichiatriche che prevedano una più elevata intensità e durata dell'intervento riabilitativo, individualizzato sulla base dei bisogni del paziente, regolarmente sottoposto a verifica;
- concludere il processo di superamento dei manicomi pubblici e privati superando, finalmente qualunque approccio custodialistico;
- pianificare interventi di prevenzione, diagnosi precoce e terapia dei disturbi mentali in età infantile ed adolescenziale attivando stretti collegamenti funzionali tra strutture a carattere sanitario (neuropsichiatria infantile, dipartimento materno-infantile, pediatria di base), ed altri servizi sociali ed Istituzioni a carattere educativo, scolastico e giudiziario;
- potenziare i servizi territoriali di diagnosi e quelli di day hospital o comunità di accoglienza e, soprattutto, attivare o potenziare i servizi di pronto soccorso psichiatrico o di reperibilità pubblici o privati accreditati afferenti al servizio di Salute Mentale, *operanti nel corso delle 24 ore*, poiché la presa in carico in tempo utile riduce in maniera altamente significativa l'incidenza di un disturbo mentale che altrimenti tende a cronicizzarsi;
- assicurare la presa in carico e la continuità terapeutica dei problemi di salute mentale del paziente, qualunque sia il punto di accesso nel sistema sanitario, pubblico o privato accreditato, attraverso la sperimentazione di un modello di Coordinamento Interdipartimentale che garantisca in ciascuna Azienda Sanitaria l'integrazione funzionale dei Dipartimenti di Salute Mentale con i Dipartimenti materno-infantile, anziani, tossicodipendenze, con i Distretti e i Dipartimenti Ospedalieri; alla realizzazione dei programmi del coordinamento interdipartimentale parteciperanno le strutture del privato sociale ed imprenditoriale accreditate; le Associazioni dei familiari verranno periodicamente consultate dal Coordinamento;
- migliorare la gestione delle condizioni di comorbidità tra disturbi psichiatrici e patologie organiche, mediante l'attivazione di Servizi di Psichiatria di Consultazione e Collegamento con la medicina generale e quella ospedaliera;
- promuovere la formazione e l'aggiornamento continuo di tutto il personale operante nel campo della salute mentale;

- attuare interventi di sostegno ai gruppi di auto-aiuto di familiari e di pazienti;
- attivare interventi per la prevenzione e cura del disagio psichico nelle carceri, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230.

#### **6.4. Le tossicodipendenze**

In un tessuto sociale, educativo e culturale fortemente segnato dalla crisi della famiglia e dai modelli di deresponsabilizzazione individuale e talora istituzionale, nonché di solitudine subita e talora ricercata, la diffusione dei vari tipi di droghe interessa un numero considerevole di giovani e di giovanissimi troppo spesso inconsapevoli dei pericoli cui vanno incontro, ma anche privi di stimoli ed orientamenti positivi per la propria vita.

Adeguate strategie pubbliche contro la droga richiedono che le Amministrazioni dello Stato promuovano una cultura istituzionale idonea a contrastare l'idea della sostanziale innocuità delle droghe e l'atmosfera di "normalità" in cui il loro uso, non di rado, si diffonde determinando un pericoloso abbassamento dell'allarme sociale, fattori questi che contribuiscono a determinare un oggettivo vantaggio per il mercato criminale nell'offerta di droghe.

Asse portante della nuova linea di politica sociale in materia di droghe dovrà essere, pertanto, la considerazione che la tossicodipendenza e l'uso delle sostanze illecite non possono essere fronteggiati con scelte tecnico-politiche fondate sul puro controllo farmacologico del problema. Si correrebbe in tal caso, e purtroppo si è corso, il rischio di contribuire al rafforzamento di una condizione invalidante e di dipendenza cronica, rinunciando a perseguire l'obiettivo del pieno recupero personale e sociale della persona.

Il fine cui dovranno tendere le Amministrazioni statali, nel pieno rispetto delle proprie competenze e dei propri limiti, è quello di realizzare interventi e progetti che coinvolgano – con pari dignità – soggetti pubblici e privati, con la finalità ultima di ridurre la domanda di droghe fornendo concreto ausilio a coloro che sono già dipendenti, o a rischio di divenirlo, e di individuare progetti di esistenza lontani dall'uso di droghe, nonché di ridurre concretamente l'offerta rendendo le Istituzioni sempre più in grado di esercitare una forte azione di controllo della produzione e del traffico di stupefacenti.

Nel corso del mese di novembre 2001, di fronte al Comitato Interministeriale di Coordinamento per l'azione anti-droga, costituito ai sensi del D.P.R. n. 309 del 1990, si è insediato il Commissario straordinario di Governo, in qualità di responsabile del Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga, che avrà il compito di coordinare le politiche e le competenze oggi distribuite in diversi Ministeri, così da progettare un Piano Nazionale più incisivo ed efficace.

Le azioni e gli interventi indicati di seguito sono quelli contenuti nel Piano predisposto e approvato dal Governo il 14 febbraio 2002, che avranno attuazione con il coinvolgimento di tutte le componenti istituzionali direttamente interessate.

Alla luce dei dati più recenti è possibile affermare che il fenomeno della tossicodipendenza riguarda oggi, in misura largamente prevalente, l'uso contemporaneo di più sostanze, dalle cosiddette droghe leggere, alle amfetamine, all'eroina e alla cocaina.

E' anche accertato come l'età del primo approccio con le sostanze sia in continua e progressiva diminuzione: recenti ricerche hanno posto in evidenza come essa sia collocabile, per la stragrande maggioranza dei consumatori di droghe, fra gli 11 e i 17 anni, con la media della "prima esperienza" stabilizzata ormai al di sotto dei 13 anni.

Allo stesso tempo il passaggio dal consumo della cannabis a quello delle altre droghe risulta avvenire in tempi sempre più ridotti rispetto agli anni passati.

Dai dati ufficiali risulta inoltre che:

- il consumo di eroina, nonostante in alcune zone del Paese il trend dei nuovi consumatori di tale sostanza sia in contrazione, è in aumento, specialmente attraverso nuove modalità di assunzione (fumo, inalazione);
- continua il progressivo aumento, peraltro già rilevato, del consumo di cocaina, che da droga di "élite" si è trasformata rapidamente in una droga di massa. L'assunzione della sostanza riguarda, infatti, fasce sempre più diversificate e giovani di utilizzatori;
- si evidenzia un costante aumento dei consumi di "ecstasy" e di amfetamine, come indirettamente confermato dall'aumento esponenziale dei sequestri di questo tipo di droghe;
- il consumo di cannabinoidi coinvolge ormai, secondo le statistiche più attendibili, oltre un terzo degli adolescenti ed è un comportamento considerato "normale" da una parte consistente dell'opinione pubblica, dei mezzi di informazione e perfino da alcuni soggetti istituzionali.

Il quadro descritto dimostra come, nonostante l'impegno dei molti soggetti del pubblico e del privato sociale e le esperienze e conoscenze accumulate in oltre 30 anni di attività di prevenzione e riabilitazione, il fenomeno assuma oggi dimensioni sempre più vaste e preoccupanti; ciò anche a causa dell'ambiguità e della inefficacia con cui, negli ultimi 8-9 anni è stato affrontato il problema dell'informazione sulle droghe con scelte di politiche sociali improduttive e inefficaci.

Si è preferito, infatti, "controllare socialmente" il fenomeno e limitarne i danni per la società anziché affrontarlo con una seria politica di riduzione della domanda di droghe e soprattutto con iniziative nel campo della prevenzione, del recupero e della riabilitazione dei tossicodipendenti, tutte orientate al loro reinserimento nella società.

Il tutto, peraltro, nella carenza di un intervento organico e coordinato delle diverse Amministrazioni pubbliche coinvolte (Ministeri, Regioni ed Enti locali), e nell'utilizzo delle risorse finanziarie disponibili effettuate in assenza di obiettivi concreti e misurabili e di una valutazione scientificamente attendibile sugli stessi.

### ***Panorama internazionale***

L'andamento del fenomeno negli altri Paesi dell'Unione Europea non si discosta significativamente dalla situazione italiana con punte di forte

diffusione del consumo di sostanze sintetiche in Gran Bretagna e nei Paesi Bassi, di cannabis in Francia e Spagna e di eroina in Germania.

Va inoltre messo in evidenza come l'Olanda sia diventata, a causa di un diffuso permissivismo sul consumo di droghe, il principale produttore europeo di ecstasy e di cannabis in serra; quest'ultima risulta, negli ultimi tempi, contenere una percentuale di principio attivo (THC) enormemente superiore a quella nota sino a 4-5 anni fa.

Al fine di contrastare tale situazione, e facendo seguito agli impegni sottoscritti in occasione dell'Assemblea generale dell'ONU (giugno 1998), il Consiglio Europeo ha adottato ufficialmente (giugno 2000) un Piano d'Azione sulle droghe per gli anni 2000-2004, indicando con precisione i seguenti sei obiettivi strategici ed impegnando i Paesi aderenti al loro integrale recepimento:

- ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, il consumo di droghe illecite e il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani di età inferiore ai diciotto anni;
- abbassare in misura sostanziale l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di sostanze stupefacenti nonché, conseguentemente, anche il numero di decessi correlati all'uso di droghe;
- aumentare in misura rilevante il numero dei tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento;
- diminuire considerevolmente la reperibilità di droghe illecite;
- ridurre in misura significativa il numero di reati correlati alla droga;
- contrastare in maniera sempre più efficace il riciclaggio di denaro sporco ed il traffico illecito delle sostanze chimiche impiegate nella produzione di droghe.

### ***Il contesto nazionale***

Nel nostro Paese risultano attivi 556 SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), che hanno in carico 145.897 soggetti tossicodipendenti; tale dato presenta un aumento di circa il 4,5% rispetto all'anno precedente. La maggioranza degli utenti dei SerT (82,8%) è dipendente principalmente da eroina, mentre i soggetti che fanno uso solamente di cannabis, ecstasy e cocaina costituiscono una percentuale del tutto irrilevante.

Nelle strutture socio-riabilitative residenziali e semi-residenziali (in diminuzione del 2% rispetto al 1999), gestite nella maggioranza dei casi da soggetti del privato sociale, risultano invece assistiti 14.856 soggetti; tale valore manifesta una diminuzione di circa il 5,9% rispetto all'anno precedente.

Per quanto riguarda gli utenti dei SerT i dati mostrano una costante crescita dei trattamenti farmacologici con metadone, trattamenti che superano ormai la metà dei casi seguiti (51,8% rispetto al 49,5% del 1999 e al 43% del 1995).

All'interno dei trattamenti metadonici aumentano inoltre i casi di "terapia di lunga durata" (29,4% nel 2000 rispetto al 27 del 1999) a scapito di quelli a breve termine (9,9% nel 2000 rispetto al 10,2% del 1999).

I dati innanzi riferiti evidenziano, in sostanza, come l'approccio farmacologico alla tossicodipendenza rappresenti la principale attività svolta dai SerT.

I consumatori di sostanze diverse dall'eroina non si rivolgono più ai SerT perché questi non sono normalmente in grado di fornire loro risposte adeguate; le stesse persone in trattamento inoltre, "invecchiano" nei servizi pubblici, attesa la pratica inefficacia delle cure che ivi vengono praticate (le persone in trattamento presso i SerT con età superiore ai 30 anni sono passate negli ultimi dieci anni dal 29.5% al 57.8%).

Va sottolineato, inoltre, come l'innalzamento dell'età media degli utenti si ripercuota anche sulle strutture riabilitative, atteso che l'invio dei tossicodipendenti a queste ultime è di esclusiva competenza dei servizi pubblici (ai sensi della legislazione vigente l'idoneità del programma terapeutico delle strutture socio-riabilitative private è certificato esclusivamente dai SerT), il che comporta e, purtroppo, determina l'esclusione di un'ampia fascia di consumatori di droghe da qualunque intervento terapeutico.

### ***Le nuove politiche del Governo in materia di tossicodipendenza***

Il Governo italiano intende dare piena attuazione al piano di azione comunitario e degli indirizzi ONU in materia di riduzione della domanda e dell'offerta di droga, potenziando, in coerenza con quanto affermato nel DPEF 2002-2006, le iniziative orientate alla prevenzione della tossicodipendenza, al recupero del valore della persona nella sua interezza e al suo reinserimento a pieno titolo nella società e nel mondo del lavoro.

### ***Prevenzione del disagio giovanile e delle dipendenze***

Gli interventi di prevenzione debbono rappresentare il punto centrale delle politiche sociali.

Occorre, in particolare, ampliare e diversificare le tipologie di intervento e rivolgerle in modo efficace ad una più vasta platea di soggetti destinatari, considerato che il disagio giovanile non riguarda ormai più "categorie a rischio", ma può prodursi in maniera del tutto asintomatica e poi esplodere in forme di devianza imprevedibile, tra le quali, appunto, l'uso di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

In tale ottica risulta, quindi, indispensabile definire un sistema coordinato ed integrato di interventi, che coinvolgano la società civile nel suo insieme e, in particolare, le principali agenzie educative: famiglia e scuola.

Gli interventi debbono pertanto essere orientati, pur nelle differenti specificità e contesti di riferimento, sia al sostegno della progettualità e dell'autonomia dei giovani (in alternativa al modello massificante della droga) e alla realizzazione di un patto di intenti tra famiglia e scuola, nell'interesse del futuro dei giovani, libero dall'uso di qualunque sostanza.

Più in particolare, le iniziative debbono essere orientate ad un più marcato coinvolgimento di associazioni imprenditoriali, di aziende, del volontariato, di singoli professionisti, esponenti del mondo della cultura, dello sport e dello spettacolo, nell'ideazione e nella gestione di progetti che, soprattutto in talune aree ad alto rischio (forte concentrazione urbana, notevole emarginazione sociale), prevedano la realizzazione di una rete strutturale di

servizi, nonché della presenza attiva di soggetti istituzionali (Scuola, Enti locali) e delle diverse espressioni del privato sociale.

I progetti dovranno essere orientati a:

- promuovere lo sviluppo integrale della persona;
- offrire occasioni di miglioramento dei processi di partecipazione attiva e di riconoscimento della propria identità;
- contribuire a creare consapevolezza e capacità decisionali ed imprenditoriali nei giovani;
- offrire concrete occasioni di inserimento nel mondo della formazione e del lavoro;
- qualificare la vita in termini complessivi, come valore insostituibile.

Per quanto riguarda, poi, le campagne informative, si intende fare riferimento a dati e ricerche autorevoli, scientificamente credibili e facilmente "acquisibili" dai giovani, evitando messaggi approssimativi e contraddittori quali, ad esempio, quelli che minimizzano i danni provocati dalle sostanze, con superficiali e superate distinzioni tra le droghe cosiddette "pesanti" e "leggere".

Una campagna di prevenzione non può ovviamente basarsi sulla sola informazione. Non ci si può, infatti, limitare a spiegare la formula chimica di una droga ed i suoi effetti, ma occorre promuovere e illustrare stili di vita responsabili e rispettosi di se e degli altri.

Gli obiettivi della campagna informativa nazionale di prevenzione devono pertanto essere quelli di ridurre il consumo di droghe, promuovere stili di vita responsabili, valorizzare tra i giovani, coloro che non praticano comportamenti a rischio e fornire intelligente e valido sostegno a tutte le agenzie educative.

### ***Servizi pubblici per le dipendenze***

Il Governo e il Ministero della Salute per la parte di propria competenza, d'intesa con le Regioni, intendono valorizzare la diffusione sul territorio dell'esperienza maturata dai SerT, facilitando il loro adeguamento all'attualità del fenomeno, che non riguarda più un'unica sostanza né categorie specifiche di persone, ma attraverso tutta la popolazione giovanile. A tal fine si rende necessario il potenziamento delle attività psico-sociali dei servizi in un'ottica di sinergia e di collaborazione con gli altri enti, pubblici e privati, operanti nel campo delle dipendenze.

L'obiettivo è, quindi, quello di sviluppare percorsi che non si limitino ai trattamenti con sostanze sostitutive ma finalizzino il loro uso, laddove esso sia considerato strettamente necessario, al fine di ottenere il pieno superamento dello stato di dipendenza, da sostanze sia illegali che lecite.

In applicazione dell'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999, le Regioni e le ASL devono organizzare un'area dipartimentale funzionale per il trattamento, il re inserimento e la prevenzione dei problemi correlati all'uso di sostanze psicotrope, legali ed illegali, e per i comportamenti assimilabili (disturbi dell'alimentazione e gioco d'azzardo). Detta area dipartimentale deve essere inserita in un più ampio Dipartimento che comprenda anche l'area della salute mentale e l'area materno-infantile, al fine di costruire progetti comuni e coerenti, in particolare sulle "aree di confine" -quali

alcolismo, doppie diagnosi, disturbi dell'alimentazione, gioco d'azzardo -e di ottimizzare le risorse.

Il Dipartimento deve pertanto essere organizzato con modalità di integrazione inter-istituzionale, che vedano la diretta partecipazione, a livello operativo e decisionale, del privato sociale accreditato, delle Associazioni di volontariato e delle Associazioni di famiglie, alle quali dovrà essere riconosciuto, con apposite convenzioni, un ruolo strategico importante nell'ambito dello sviluppo di un moderno sistema di promozione e protezione della salute.

### ***Strutture socio-riabilitative, pubbliche e private***

Le Istituzioni intendono assicurare la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze stupefacenti e garantire la libertà di scelta del cittadino/tossicodipendente e della sua famiglia di intraprendere i programmi riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata su tutto il territorio nazionale, sia essa pubblica che del privato sociale.

Appare quindi necessario intervenire sull'assetto legislativo attuale, affinché anche le strutture socio-riabilitative, autorizzate e dotate di apposita equipe multidisciplinare integrata, possano certificare lo stato di tossicodipendenza della persona ed avviarla, direttamente verso un programma riabilitativo.

Considerata l'entità del fenomeno e l'obiettivo di avviare un maggior numero di tossicodipendenti in percorsi riabilitativi, si rende inoltre necessaria la costituzione di misure per l'edilizia residenziale, finalizzata alla creazione di nuove strutture e al potenziamento della ricettività e/o dei servizi delle strutture già esistenti.

Si intende valorizzare le risorse dei servizi pubblici in una logica di Dipartimento allargato a tutti gli altri servizi del territorio, anche attraverso una reale integrazione tra il servizio pubblico ed il privato-sociale in un quadro di effettiva pari dignità.

Particolare attenzione dovrà quindi essere posta per il soddisfacimento dei fabbisogni formativi del personale e dei volontari operanti nelle strutture socio-riabilitative.

### ***I tossicodipendenti in carcere***

Un problema prioritario è rappresentato dalle migliaia di detenuti tossicodipendenti ai quali occorre garantire il diritto di accedere, se ne fanno richiesta e secondo le normative vigenti, a percorsi riabilitativi alternativi alla detenzione.

Si dovranno, pertanto, snellire le procedure amministrative e potenziare le presenze di educatori e volontari all'interno delle strutture penitenziarie, per motivare il maggior numero di tossicomani detenuti a scegliere la strada del cambiamento e della riabilitazione.

Si rende, infine, necessaria la realizzazione di specifiche strutture "a custodia attenuata", inserite nel quadro del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria, gestite in collaborazione con le realtà del privato sociale e propedeutiche al successivo inserimento delle persone in programmi riabilitativi "drug-free", sia presso il carcere che in comunità vigilate.

### ***Reinserimento lavorativo***

Un Piano di azione efficace e completo contro le dipendenze deve necessariamente prevedere la fase fondamentale del reinserimento lavorativo di coloro che hanno concluso con successo un programma di riabilitazione dalla tossicodipendenza.

A tal fine il Governo intende incentivare i programmi riabilitativi che prevedano e/o includano, fra le finalità, azioni di formazione professionale orientate a facilitare l'inserimento nel mondo del lavoro degli ex-tossicodipendenti.

Sono stati, in proposito, prioritariamente individuati i seguenti interventi:

- applicazione dell'Atto di Intesa Stato-Regioni, laddove esso prevede "programmi di formazione ed avviamento al lavoro dei tossicodipendenti tramite l'inserimento in attività interne alle comunità o in realtà esterne nell'ambito di accordi predefiniti";
- inclusione degli ex-tossicodipendenti tra le "categorie svantaggiate" previste dal comma 1, dell'art. 4 della Legge 8 novembre 1991 n. 381 in materia di Cooperative Sociali;
- incentivazione all'avviamento di attività imprenditoriali da parte di ex-tossicodipendenti;
- ampliamento e miglioramento della normativa che prevede congrui periodi di aspettativa per i lavoratori che si sottopongono ad un programma riabilitativo in una struttura riconosciuta, eliminando la disparità di trattamento tra i diversi contratti pubblici e privati.

In sintesi quindi l'azione in questo campo deve tenere conto di due direttrici strategiche:

- la prima direttrice si snoda sulla valorizzazione delle buone esperienze già in atto nel sistema pubblico e nel privato sociale accreditato in materia di prevenzione, trattamento, cura e recupero del tossicodipendente, tramite la messa a punto di un sistema di valutazione, monitoraggio e comunicazione dei risultati di tipo centralizzato, integrato e continuamente aggiornato;
- la seconda direttrice prevede, da parte del Ministero della Salute :
  - a) l'assunzione - nell'ambito delle linee strategiche definite dal "Programma triennale del Governo per la lotta alla produzione, al traffico, allo spaccio ed al consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope 2002-2004", e degli indirizzi definiti dal Dipartimento nazionale per le politiche anti-droga istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - di un ruolo di coordinamento del settore rispetto agli altri Ministeri coinvolti (Lavoro e Politiche Sociali, Istruzione, Beni Culturali, Comunicazioni, Giustizia, Interno);
  - b) la creazione del necessario raccordo programmatico con le Regioni, in quanto titolari di competenza in materia di tossicodipendenze; ciò dovrà aver luogo nel rispetto e valorizzazione dei legami specifici con il territorio che ciascuna Regione ha già in atto con il servizio pubblico e privato accreditato;
  - c) l'attivazione di momenti di verifica, valutazione e coordinamento delle informazioni inerenti i dati, gli indicatori sanitari e sociali, i

risultati, le azioni svolte, sia dal sistema di risposta pubblico, sia da parte di tutto il privato sociale, che agisce in maniera differenziata e diffusa sul fenomeno stesso e che, proprio a livello territoriale, gioca un ruolo essenziale in tutte le fasi del progetto di riabilitazione individuale in relazione alla sua capacità “creativa sociale”.

In conclusione si possono identificare i seguenti obiettivi prioritari:

- promuovere e attivare una verifica sistematica e in costante aggiornamento delle esperienze realizzate sui vari territori, tramite le Regioni e gli Enti Locali;
- promuovere e attivare la piena realizzazione della parità di prestazione tra sistema pubblico e privato sociale accreditato -attraverso l' ulteriore evoluzione del modello organizzativo dipartimentale della assistenza- prevedendone il diretto coinvolgimento a livello delle Aziende Sanitarie Locali, anche in fase di programmazione delle risorse;
- promuovere la partecipazione delle associazioni delle famiglie sin dal momento programmatico, prevedendone il coinvolgimento nella logica dell' integrazione interistituzionale;
- inserire nel programma di abbattimento dell'uso e dell'abuso, oltreché le sostanze illegali, anche la tematica della prevenzione dell'alcoolismo (soprattutto giovanile) e del tabagismo e estendere l' azione anche a settori innovativi di intervento come le dipendenze comportamentali (es.: gioco d'azzardo);
- attivare programmi di prevenzione e informazione nella scuola;
- migliorare la presa in carico, da parte dei SerT e degli interventi privati accreditati, dei soggetti inviati dalle prefetture per l' attuazione di programmi terapeutici, valorizzando l'approccio multidisciplinare e gli strumenti propri della valutazione multidimensionale, allo scopo di attivare progetti assistenziali e riabilitativi personalizzati e coinvolgenti il nucleo familiare;
- promuovere e attivare sperimentazioni e ricerche su effetti, danni e patologie derivati da uso e abuso di sostanze stupefacenti;
- produrre Linee Guida e protocolli terapeutici per gli interventi in campo sociale e sanitario;
- attivare sinergie con le Forze dell'Ordine sia sulla repressione del fenomeno sia, soprattutto, sul loro ruolo fondamentale di prevenzione attraverso le informazioni, le analisi e i collegamenti internazionali;
- attivare il monitoraggio delle informazioni e della comunicazione dei mass media e delle campagne della stampa quotidiana;
- utilizzare gli spazi normativi già esistenti (Legge 45/99, DPR 309/90) e quelli fortemente innovativi in corso di perfezionamento (revisione del Decreto Ministeriale 444/90) per provvedere alla rivitalizzazione dei SerT, alla riformulazione dei profili e/o della formazione delle figure professionali coinvolte (medici, psicologi, psichiatri, operatori, educatori), alla sperimentazione integrata sul territorio, con le Regioni e col privato sociale, delle opzioni farmacologiche e dei trattamenti e garantendo, in particolare:
  - a) costante attenzione alle condizioni di salute, sia fisica che psichica;

- b) l'offerta, a livello territoriale, qualunque sia la struttura pubblica o privata accreditata di accesso alla rete dei servizi, di trattamenti di disintossicazione e l'avvio e il monitoraggio di programmi socio-riabilitativi condotti in condizioni "drug free".

### **6.5. La sanità penitenziaria**

Nell'anno 2000 le persone detenute erano 53.340 (51.074 uomini e 2.266 donne), nonostante le infrastrutture avessero una disponibilità di 35.000 posti distribuiti nei 200 istituti esistenti. Dei suddetti detenuti 13.668 (25,63%) erano extracomunitari, 14.602 (27,38%) tossicodipendenti, di cui 1.548 (2,9% dei detenuti) sieropositivi per HIV (9,8% dei sieropositivi in AIDS conclamata), oltre 4.000 (7,5%) sofferenti di turbe psichiche e 695 (1,3%) alcooldipendenti.

Nel 1999 la sanità penitenziaria ha subito profonde modificazioni a seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 che stabilisce il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle competenze in tema di assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati. Le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dall'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti sono già state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale. Per il trasferimento graduale delle altre funzioni è in corso una fase sperimentale inizialmente attuata in Toscana, Lazio e Puglia e, recentemente, estesa ad Emilia Romagna, Campania e Molise. Al termine della sperimentazione il Ministro della salute, sulla base delle risultanze del monitoraggio previsto dal Decreto Interministeriale 20 aprile 2000 predisporrà, in collaborazione con il Ministro della Giustizia, una relazione finale al fine di proporre al Governo e al Parlamento il modello definitivo di assetto del settore.

Il Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, emanato nel corso del 2000, previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230, propone modelli organizzativi nel rispetto delle funzioni dello Stato, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie.

Tra le problematiche sanitarie di più vasto impatto in ambito penitenziario, individuate anche dal Progetto Obiettivo, vi sono le malattie infettive (specialmente epatiti virali, HIV, tubercolosi, scabbia e dermatofitosi), le tossicodipendenze e la salute mentale. E' indispensabile prevedere misure di prevenzione, sistemi di sorveglianza e modalità di trattamento. Per contrastare tali patologie è di primaria importanza migliorare la formazione degli operatori sanitari e degli agenti di polizia penitenziaria e l'informazione dei detenuti.

La crescente presenza nelle carceri di cittadini provenienti da altri Paesi rende opportuno prevedere la presenza di mediatori culturali, persone qualificate non soltanto sul piano linguistico, ma anche culturale, che consentano di superare le difficoltà nei rapporti con i questi detenuti.

Obiettivi prioritari in questo campo sono i seguenti:

- attivare programmi di prevenzione primaria per la riduzione del disagio ambientale e rendere disponibili programmi di riabilitazione globale della persona, sia nel carcere che in comunità di recupero vigilate, nella

logica di modelli organizzativi che equiparano strutture pubbliche e private accreditate secondo un modello dipartimentale nel quale siano previsti anche momenti di integrazione interistituzionale;

- attivare programmi per la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive fra i detenuti;
- migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione a favore dei detenuti.

## **6.6. La salute degli immigrati**

Al 1° gennaio 2001 gli stranieri ufficialmente registrati dal Ministero dell'Interno erano in Italia 1.338.153. Se si aggiungono ad essi i richiedenti il permesso di soggiorno, il numero complessivo di stranieri regolarmente presenti sul territorio risulta di 1.686.606 persone, pari a circa il 2,9% dell'intera popolazione italiana (la media europea è del 5,1%). Il 27% degli immigrati proviene dai Paesi dell'Europa centro-orientale, il 29,1% dall'Africa settentrionale, il 7,3 % dall'Asia centro meridionale, il 10,5% dall'Asia orientale. Il 67% circa ha una età compresa tra 19 e 40 anni; il numero dei minori è stimato intorno al 15% e gli ultrasessantenni sono circa il 10%. Meno del 45% degli stranieri è di sesso femminile. La presenza irregolare è stata stimata ufficialmente dal Governo pari a circa 400.000 unità sulla base del numero di domande di regolarizzazione presentate entro il termine del 15 dicembre 1998 sulla base della Legge n. 40 del 1998.

Negli ultimi anni i flussi dall'Europa dell'Est, in particolare ex-Yugoslavia, Polonia e Albania, sono fortemente cresciuti, superando quelli del Nord Africa, prevalenti fino a poco tempo fa. Il fenomeno dei "ricongiungimenti familiari" sta rapidamente riequilibrando la composizione per età e genere degli stranieri immigrati, che ancora agli inizi degli anni '90 era prevalentemente rappresentata da giovani adulti maschi.

Il tempo intercorso dal momento della migrazione configura esperienze di svantaggio molto diverse. In prossimità dell'immigrazione prevalgono il trauma del distacco dalla casa e dal Paese di origine e le condizioni di estremo disagio nella ricerca di un tetto e di un lavoro, di relazioni sociali, di affetti, e di un riconoscimento giuridico. In questa fase, gli immigrati condividono con gli italiani senza fissa dimora condizioni di svantaggio estremo.

In un secondo momento, diventano più importanti le difficoltà di integrazione o di interazione e convivenza con la cultura ospite e con il sistema dei servizi e le difficoltà di apprendere la lingua accrescono le barriere alla fruizione dei servizi ed alla soddisfazione delle necessità quotidiane.

Osservando il flusso di utilizzo di alcuni servizi sanitari da parte degli stranieri, si evidenzia una sostanziale mancanza di elasticità dell'offerta di servizi, a fronte dei nuovi problemi di salute di questi nuovi gruppi di clienti.

Tra i 25.000 bambini nati da almeno un genitore straniero sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la mortalità neonatale e i calendari vaccinali sono effettuati in ritardo o in modo incompleto specie nelle popolazioni nomadi.

Per quanto riguarda la salute della donna, i temi emergenti sono l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione (con conseguente ridotta domanda di assistenza alla gravidanza), la presenza di mutilazioni genitali femminili. Un'indagine coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità ha evidenziato che le I.V.G. effettuate da donne straniere sono passate da 4.500 nel 1980 a 20.500 nel 1998, con un trend fortemente decrescente dalle età più giovani a quelle in età più avanzate.

Rilevante è anche il fenomeno della prostituzione. Stime del 1998 indicano il numero delle prostitute straniere compreso tra 15.000 e 19.000.

Per quanto attiene le patologie neoplastiche, secondo un'analisi retrospettiva riguardante 2.800 pazienti stranieri con più di 60 anni visitati presso l'IRCCS S. Gallicano di Roma, si è evidenziato un aumento dal 1994 al 2001 del 7,8% dei casi.

Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, i casi di AIDS notificati in cittadini stranieri sono passati da meno del 3%, sul totale dei casi di AIDS segnalati prima del 1992 ad oltre il 14% nel 2001. Il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Sessualmente Trasmesse dell'Istituto Superiore di Sanità, registra una prevalenza di tali patologie nell'ambito della popolazione straniera dell'11,0%. Questa prevalenza, come del resto quella relativa alle malattie tropicali propriamente dette, viene considerata dagli esperti del settore come sottostimata.

Anche la percentuale dei casi di tubercolosi in cittadini stranieri è in costante aumento; secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità essa è passata dall'8,1% nel 1992 al 16,6% nel 1998. Questa tendenza è confermata anche da altri studi epidemiologici europei effettuati dall'International Centre for Migration and Health dell'OMS. Questa patologia colpisce pazienti irregolari che vivono in condizioni igienico-abitative peggiori sia rispetto alla popolazione generale, sia rispetto agli stranieri con regolare permesso di soggiorno.

Una maggiore frequenza, in confronto alla popolazione italiana, dei ricoveri causati da traumatismi (5,7 % negli stranieri, 4,8 negli italiani), segnalata dalle schede di dimissione ospedaliera, potrebbe essere la spia di un maggior numero di incidenti sul lavoro ai quali vanno incontro i lavoratori immigrati. L'analisi delle schede di dimissione ospedaliera mostra, inoltre, tra le cause più frequenti di ricovero quelle legate alla patologia della gravidanza (7,3% dei ricoveri nelle straniere, 3,2% nelle italiane), alle infezioni delle vie aeree (3,1% negli stranieri di cui 0,8% per tubercolosi, 1,8% negli italiani, di cui 0,1% per tubercolosi), agli aborti indotti (1,7% nelle straniere, 0,5% nelle italiane).

Nel quadro dei molteplici interventi necessari per superare l'emarginazione degli immigrati bisognosi, un importante aspetto è quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale adeguando l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione, in conformità a quanto previsto dal testo unico sulla immigrazione che ha sancito il diritto alle cure urgenti ed essenziali e alla continuità della cura anche per gli immigrati irregolari. In tale contesto, sono necessari, fra l'altro, sia interventi di tipo informativo

dell'utenza immigrata sull'offerta dei servizi da parte delle ASL che l'individuazione all'interno di ciascuna ASL di unità di personale esperte e particolarmente idonee per questo tipo di rapporti.

Altre azioni prioritarie riguardano i seguenti aspetti:

- migliorare l'assistenza alle donne straniere in stato di gravidanza e ridurre il ricorso alle I.V.G.;
- ridurre l'incidenza dell'HIV, delle malattie sessualmente trasmesse e delle tubercolosi tramite interventi di prevenzione mirata a questa fascia di popolazione;
- raggiungere una copertura vaccinale della popolazione infantile immigrata pari a quella ottenuta per la popolazione italiana;
- ridurre gli infortuni sul lavoro tra i lavoratori immigrati, tramite gli interventi previsti a tal fine per i lavoratori italiani.