

cantailsoognodelmondo

c'era una volta la droga...

n. 2 – 18.04.26

I COMUNI E LE DIPENDENZE

In Italia, il ruolo dei Comuni nelle politiche sulle dipendenze non è un'aggiunta facoltativa né un gesto di buona volontà: è un mandato giuridico preciso, costruito nel tempo attraverso leggi, decreti e accordi che riconoscono ai territori la responsabilità di prendersi cura delle proprie comunità.

Tutto parte dal D.P.R. 309/1990, il Testo Unico sugli stupefacenti.

In un momento storico in cui il fenomeno delle droghe stava cambiando volto, il legislatore comprese che nessuna strategia nazionale può funzionare senza la presenza viva e quotidiana dei Comuni.

Per questo, gli articoli 114 e 115 affidano loro un compito chiaro: promuovere prevenzione, sostenere le famiglie, collaborare con i servizi sanitari e favorire il reinserimento sociale delle persone in trattamento.

È un mandato che riconosce una verità semplice: la dipendenza non è solo un fatto clinico, ma un fatto di vita, di relazioni, di spazi, di comunità. E chi meglio dei Comuni conosce la trama quotidiana dei propri territori?

Negli anni Duemila, con la Legge 328/2000, questo ruolo si approfondisce. La riforma del welfare locale introduce i Piani di Zona, strumenti che obbligano i Comuni a programmare insieme i servizi sociali e sanitari. Le dipendenze entrano così nel cuore della pianificazione territoriale: non più interventi isolati, ma parte di un sistema integrato che comprende casa, lavoro, famiglia, educazione, salute mentale.

La 328/2000 non dice solo *cosa* fare, ma *come*: in rete, in integrazione, con responsabilità condivise. È qui che il Comune diventa davvero il regista del welfare locale.

Nel frattempo, la Legge 45/1999 istituisce il Fondo nazionale antidroga, aprendo la strada a finanziamenti specifici per progetti comunali. Il messaggio è chiaro: la prevenzione e il reinserimento non sono solo compiti, ma investimenti pubblici.

Gli Accordi Stato-Regioni degli anni successivi completano il quadro. Non sono semplici raccomandazioni: sono atti vincolanti che chiedono ai Comuni di sedere ai tavoli territoriali, di collaborare con scuole, sport, associazioni, di partecipare alla costruzione di strategie condivise. La prevenzione diventa un lavoro di comunità, non un servizio settoriale.



Con l'aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del 2017, la riduzione del danno entra tra le prestazioni essenziali del Servizio Sanitario Nazionale. Anche qui, il ruolo dei Comuni è implicito ma fondamentale: garantire spazi, mediazione sociale, prossimità, presenza nei luoghi dove la vulnerabilità si manifesta.

Infine, ogni Regione – come la Lombardia con la L.R. 23/2015 – definisce il proprio modello di governance sociosanitaria, confermando che i Comuni sono parte integrante della programmazione e dell'integrazione tra sociale e sanitario.

Il mandato dei Comuni nasce da una visione precisa: le dipendenze non si affrontano solo con farmaci o terapie, ma con comunità capaci di prevenire, accogliere, accompagnare, reinserire.

Le leggi italiane hanno costruito nel tempo un modello in cui il Comune:

- ☐ vede ciò che accade sul territorio;
- ☐ connette servizi, scuole, famiglie, associazioni;
- ☐ progetta interventi integrati;
- ☐ sostiene le persone nei percorsi di cura;
- ☐ crea condizioni di reinserimento reale;
- ☐ promuove cultura, educazione, partecipazione;
- ☐ custodisce la coesione sociale.

Non è un ruolo accessorio: è un ruolo strutturale,
riconosciuto dalla legge e indispensabile per la salute pubblica.

NEL DETTAGLIO:

1- D.P.R. 309/1990 – TESTO UNICO SUGLI STUPEFACENTI.

Art. 114 – Cosa devono fare i Comuni

L'articolo attribuisce ai Comuni (e alle Comunità montane) compiti diretti nell'ambito delle loro funzioni socioassistenziali e debbono perseguire – anche tramite consorzi, centri propri o associazioni senza scopo di lucro – tre grandi obiettivi:

- * prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale
- * rilevazione e analisi del disagio sociale
- * reinserimento sociale, scolastico e lavorativo delle persone con dipendenze.

Art. 115 – Le associazioni che possono collaborare con i Comuni

- debbono essere senza fini di lucro, ufficialmente riconosciute o riconoscibili secondo la legislazione vigente
- operano nel campo della prevenzione, dell'assistenza e del recupero di tossicodipendenti
- possono gestire centri, strutture e servizi in convenzione con gli enti locali.

L'art. 115 crea così la base giuridica per co-progettazione e co-gestione di servizi territoriali, affidamento di attività a enti del terzo settore, integrazione tra pubblico e privato sociale.

Come si integrano i due articoli

L'articolo 114 definisce cosa i Comuni debbono fare,
l'articolo 115 definisce con chi possono farlo.

Insieme costituiscono un modello di intervento fondato su responsabilità pubblica del Comune, *collaborazione strutturale* con il privato sociale, interventi integrati di prevenzione, analisi del disagio e reinserimento.

2. LEGGE 328/2000 – SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI SOCIALI

Non parla solo di dipendenze, ma obbliga i Comuni a includerle nella programmazione sociale.

Art. 6 – Funzioni dei Comuni

I Comuni devono:

- ☐ predisporre i Piani di Zona;
- ☐ garantire interventi sociali per persone con dipendenze;
- ☐ coordinare servizi sociali, sanitari e terzo settore;
- ☐ attivare misure di inclusione, sostegno economico, housing, lavoro.

Art. 19 – Piani di Zona

Il Piano di Zona deve includere:

- ☐ interventi per dipendenze e vulnerabilità correlate;
 - ☐ integrazione sociosanitaria;
 - ☐ governance territoriale.

Qui nasce il mandato del Comune come regista del welfare locale.

3. LEGGE 45/1999 – FONDO NAZIONALE ANTIDROGA

Non assegna competenze nuove, ma:

- ☐ istituisce il Fondo nazionale antidroga;
- ☐ finanzia progetti comunali di prevenzione, inclusione e reinserimento;
- ☐ sostiene interventi integrati con ASL/ATS/ASST.

Mandato principale: Il Comune è beneficiario diretto di fondi per progetti sulle dipendenze ed è la base per la progettazione locale finanziata.



4. ACCORDI STATO–REGIONI (1999, 2003, 2011, 2017)

Non sono leggi, ma sono vincolanti per Regioni e Comuni.

Cosa impongono ai Comuni

- ☐ partecipazione ai tavoli locali;
 - ☐ collaborazione con scuole, sport, associazioni;
 - ☐ attivazione di progetti di prevenzione;
 - ☐ supporto alla riduzione del danno (dove prevista);
 - ☐ integrazione tra servizi sociali e Ser.D.

I Comuni sono la base operativa per la governance territoriale.

5. LEA 2017 – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Non parlano direttamente dei Comuni, ma impongono alle Regioni di attivare servizi che richiedono la collaborazione dei Comuni.

Implicazioni per i Comuni

- ☐ supporto a unità di strada e dropin;
 - ☐ mediazione sociale;
 - ☐ spazi e collaborazione per interventi di prossimità.

Qui nasce il mandato del Comune nella riduzione del danno.

6. NORME REGIONALI (ES. LOMBARDIA: L.R. 23/2015)

Ogni Regione definisce il ruolo dei Comuni nella governance sociosanitaria.

In Lombardia, i Comuni

- ☐ partecipano alla programmazione sociosanitaria;
 - ☐ collaborano con ATS/ASST;
 - ☐ integrano interventi sociali e sanitari;
 - ☐ gestiscono i Piani di Zona.

È la base giuridica per il lavoro quotidiano dei Comuni lombardi.

In sintesi: quali leggi danno davvero mandato ai Comuni?

D.P.R. 309/1990 Prevenzione, reinserimento, collaborazione con ASL/ATS, iniziative territoriali

L. 328/2000 Programmazione sociale (Piani di Zona), integrazione sociosanitaria, interventi sociali

L. 45/1999 Finanziamento di progetti comunali

Accordi Stato–Regioni Prevenzione, tavoli locali, governance integrata

LEA 2017 Collaborazione a interventi di prossimità e riduzione del danno

Norme regionali Ruolo nella programmazione sociosanitaria e nella rete territoriale



**SENTENZE DELLA CORTE COSTITUZIONALE
SU TOSSICODIPENDENZA E DIRITTO ALLA CURA**

Sentenza n. 367/1994. E' una delle più importanti.

La Corte afferma che la tossicodipendenza è una patologia che richiede trattamento sanitario e che lo Stato ha l'obbligo di garantire programmi terapeutici adeguati.

Punti chiave: la tossicodipendenza è una patologia

il trattamento deve essere sanitario, non solo repressivo

il diritto alla cura è costituzionalmente garantito (art. 2 e 32 Costituz.)

Sentenza n. 296/1996. La Corte stabilisce che

i tossicodipendenti hanno diritto a programmi terapeutici personalizzati

le Regioni devono garantire servizi adeguati

la cura non può essere subordinata a criteri discriminatori

Sentenza n. 185/1998. Riguarda l'accesso ai servizi sanitari per tossicodipendenti detenuti

o in misura alternativa. La Corte afferma che

la tossicodipendenza richiede continuità terapeutica

lo Stato deve assicurare trattamenti equivalenti a quelli fuori dal carcere

Sentenza n. 252/2001. Riguarda i servizi sociosanitari per tossicodipendenti e la ripartizione

delle competenze fra Stato e Regioni. La Corte afferma che

la cura delle dipendenze è prestazione sociosanitaria integrata

le Regioni debbono organizzare servizi e comunità terapeutiche

lo Stato deve garantire livelli essenziali uniformi

Sentenza n. 338/2003. Riguarda l'accesso alle comunità terapeutiche e i criteri di ammissione.

La Corte stabilisce che

I criteri di accesso non possono essere arbitrari

La tossicodipendenza è una condizione che richiede interventi pubblici obbligatori

I servizi devono essere garantiti in modo non discriminatorio.

Il Consiglio di Stato

Sez. III. n. 448/2016 : riconosce la legittimità delle convenzioni tra enti locali e comunità terapeutiche

La Cassazione Penale

Sez. VI, n. 36258/2017: evidenzia il valore dei programmi socioriabilitativi nel percorso di recupero

Sez. IV, n. 51063/2018: riconosce che il reinserimento sociale è parte Essenziale del trattamento delle dipendenze.

TOSSICODIPENDENZA E SALUTE MENTALE . Appunti (1)

Quando si ragiona di dipendenze occorre, prima di addentrarsi nel non facile terreno, fare alcune riflessioni di introduzione alla materia e sgomberare il campo da imprecisioni, da semplificazioni di comodo e da equivoci.

Cerchiamo, dunque, di mettere in fila gli approcci al tema che riteniamo corretti.

La prima questione che ci sembra importante sottolineare è la pretesa di poter fronteggiare e controllare la dipendenza con la sola volontà individuale; è una pretesa

impossibile da realizzare ed è il piano inclinato che porta sempre più in basso la predominanza della dipendenza. La frase auto assolutoria "smetto quando voglio" accompagnata dalla presunzione controllo sono tragici auto imbrogli.

Da questa breve considerazione, suffragata da evidenze esperienziali e scientifiche, discende un primo elemento col quale occorre fare i conti; il fenomeno deve essere affrontato come una patologia complessa che per altro è in grave e allarmante espansione; deve, pertanto, prevedere due livelli di intervento che devono integrarsi e coagire; il livello sanitario e quello socio assistenziale; in ogni caso non deve essere considerato e trattato come un problema di ordine pubblico come molto spesso si tende a fare, anche a livello istituzionale, si tende a fare ponendo sullo stesso piano dipendenza e affari criminali legati alla filiera dei creatori di ciò che alimenta la dipendenza; se si fa questo non si tutela né il singolo né la collettività, si fa solo propaganda auto assolutoria; l'unico risultato che si ottiene è solamente l'esclusione, la ghettizzazione, la marginalizzazione; facendo del dramma della dipendenza un tutt'uno con gli affari di coloro che ne traggono un profitto criminale si crea un corto circuito inadatto, ovviamente, sia a risolvere il primo che a reprimere i secondi.

Un'altra questione che deve essere messa al bando in quanto gravida di pericoli è quella che prevede una cervellotica e sbagliata distinzione tra droghe leggere e droghe pesanti intendendo con questo che delle prime si può approfittare perché poco pericolose e con effetti meno importanti mentre è opportuno astenersi dalle seconde che, secondo questa vulgata, sono le uniche veramente nocive e produttrici di disagi gravi sia a livello individuale che collettivo.

Abbandonare questo pensiero non significa disconoscere la diversità delle sostanze e il carico non omogeneo di pesantezza e di pericolosità che comportano, ma occorre riconoscere che il problema che unisce l'assunzione di sostanze, qualsiasi caratteristica esse abbiano, è la dipendenza che tende sempre a riprodurre se stessa accelerandone il consumo.

Teniamo presente che la dipendenza nata dall'assunzione di sostanze è sintomo di un disagio esistenziale a cui si dà risposta attraverso i principi attivi delle droghe usate che creano assuefazione e dunque generano la necessità di abbreviare gli intervalli dell'utilizzo aumentando nel contempo, le quantità assunte necessarie a costruire una sensazione di benessere indotto con un effetto di necessità circolare che si incrementa a ogni giro.

Da questa visuale bisogna partire per mettere a fuoco un processo di cura che abbia un senso e sia efficace; la dipendenza è coerente a se stessa e occorre su questa costruire i progetti di cura individuali e articolati nei quali il profilo sanitario si appoggi e si completa con il profilo sociale.

Una terza questione riguarda il collegamento tra dipendenza e disagio mentale. Questo collegamento è un fenomeno i cui contorni divengono sempre più evidenti tant'è che l'assetto sanitario su questo versante ha raccolto sotto un unico dipartimento, quello della Salute Mentale, la Salute Mentale appunto e le Dipendenze. Si è completata, dunque, anche a livello istituzionale un'operazione di sintesi e di rapporto sinergico di cui si sentiva l'urgenza e il bisogno.

Infatti quando il disagio mentale e le tossicodipendenze viaggiavano su binari separati la disputa tra i servizi verteva sul giudizio di preminenza dell'un disturbo sull'altro; in quest'ottica la titolarità del disegno terapeutico passava dall'uno all'altro a seconda di quale fosse la sensazione di importanza sul pacchetto diagnostico. Questo faceva in modo che vi fosse, da un lato, una dispersione di cura nell'incertezza della titolarità e dall'altro lato si rischiava di perder elementi di relazione importanti per predisporre un percorso sanitario e socio assistenziale.



Per altro dobbiamo sottolineare come per un certo aspetto l'assunzione di sostanze e dunque la conseguente dipendenza sia un tentativo di auto medicazione che vorrebbe, senza riuscirci ma anzi aggravando la situazione, ipotesi di emendamento dei problemi e per un altro aspetto la stessa assunzione può generare (e genera) una sofferenza mentale che si aggiunge alla problematica, anche organica, derivante dalla dipendenza.

E' del tutto ovvio che tutte le dipendenze hanno questi connotati, anche le dipendenze che sono ritenute più socialmente accettabili; tra queste ultime collochiamo anche l'utilizzo delle sostanze alcoliche che per altro generano anche severe conseguenze e sofferenze organiche. Dobbiamo inoltre rilevare come non esistano solo le dipendenze da sostanze; a queste si aggiungono anche le specialità farmacologiche e terapeutiche o presunte tali usate senza controllo e senza consapevolezza; su queste ultime l'attenzione sembra essere ancora non del tutto consapevole.

Per ultimo esiste anche un capitolo che indicheremmo come dipendenze immateriali. Sono nella sostanza le ludopatie, i disturbi dell'affettività, i social; questi ultimi sono devastanti con il loro sottoprodotto bullismo che conduce, con esiti a volte esiziali, ai disturbi dell'alimentazione e ai tentativi suicidari. E' un terreno in espansione sia sotto il profilo delle percentuali rispetto alla popolazione sia sotto quello dell'età che coinvolge i giovani con un effetto che si è allargato e cristallizzato a seguito degli effetti reclusivi scaturiti dalla necessità del controllo epidemico (covid). Nasce sicuramente dall'evasione in una realtà virtuale che si presenta come sostitutiva di quella reale che manca (o è mancata) e si appalesa come più inclusiva, tranquillante e, negli intendimenti, controllabile nei tempi e nei modi; ma si rivela come fuga dalla realtà, come ritiro sociale incrementando fenomeni depressivi, anche gravi e gravissimi specie quando si presentano profili di cyberbullismo e intervengono situazioni di inadeguatezza individuale.

Siamo in presenza di un fenomeno di una gravità impressionante. Le statistiche, se pur realizzate in tempi compressi e relative a periodi recenti, sono preoccupanti per la linea di incremento in termini percentuali sia per le fasce di età che investono. Questo fenomeno lo si riscontra nella neuropsichiatria dell'età evolutiva e adolescenziale ma anche negli accessi alla psichiatria dell'età adulta: gli accessi che dipendono da queste patologie stanno aumentando dentro un quadro non ancora del tutto definito visto la sottovalutazione del problema e degli effetti che derivano dalla non soluzione, anche in prospettiva, dello stesso.

In questo caso la consapevolezza di tutti gli attori in campo famiglie, istituzioni preposte, orientamenti sociali e politici potrebbero essere un buon viatico per controllare ed emendare la situazione. (1, segue)