

cantailsoognodelmondo

c'era una volta la droga...

7 – 25.09.26

Le ATTENZIONI

con cui intraprendere un qualsiasi intervento
con il mondo della tossicodipendenza
sono sostanzialmente tre:

1 - Non esiste "il" tossicodipendente.

Non esiste quindi un metodo automaticamente applicabile a tutte le persone. Perché si ha a che fare appunto con una persona, cioè una realtà diversa da qualsiasi altra realtà, irripetibile nella sua storia, nei suoi problemi, nella sua sofferenza, nelle sue condizioni culturali, religiose, economiche, affettive, familiari, sociali...

2 - Il mondo con cui ci si deve concretamente rapportare non potrà che essere il territorio in cui la persona tossicodipendente – o a rischio di tossicodipendenza – ha vissuto e vive.

Territorio inteso come ambiente familiare, culturale, di relazione; cui va fatta riscoprire la possibilità (e la capacità) di diventare "comunità terapeutica" nell'accezione più alta dei termini, cioè come fonte di risorse, stimoli, occasioni, capacità, esperienza... cioè l'insieme di tutte le energie convergenti nell'affrontare un problema indiscutibilmente di tutti come la tossicodipendenza di qualcuno.

3 - L'obiettivo vero di qualsia forma di "lotta alla droga" non è battaglia pro o contro le varie sostanze, ma il superamento del disagio, delle difficoltà e delle sofferenze che hanno portato all'uso/abuso di quelle sostanze.

Paradossalmente (neppure troppo!), la "lotta alla droga" dovrebbe realizzarsi anche... in mancanza della droga...

GRANDI ED IMPEGNATIVI GLI OBIETTIVI:

- * creare le condizioni perché le persone – giovani e meno giovani - non si trovino a cercare soluzioni distruttive (droga, atti di violenza contro se stessi e/o gli altri, rapine, vandalismi, furti...) per tentare una risposta a problemi e situazioni di sofferenza che non riescono ad affrontare solo con le proprie forze
- * proporre, stimolare e realizzare le concrete "politiche di sviluppo" che favoriscano risposte sociali ed economiche dignitose per tutti, ma particolarmente attente alle sofferenze ed alle esigenze dei giovani: lavoro, scuola, abitazione, occasioni di aggregazione...
- * combattere l'offerta di sostanze stupefacenti con una maggior vigilanza collettiva, evitando di delegare totalmente tale vigilanza alle forze dell'ordine o agli addetti ai lavori
- * aiutare soprattutto i giovani a trovare il senso della propria esistenza, la speranza nella possibilità di costruire un futuro migliore per sé e per gli altri, la gioia di una partecipazione sociale e politica attiva contro il qualunquismo, la sfiducia, la rassegnazione...
- * far riscoprire e recuperare le responsabilità educative degli adulti e delle istituzioni

I SERVIZI

Istituito con il DPR 309/1990 all'interno di ogni ASL (Azienda Sanitaria Locale), il SerT (Servizio per le Tossicodipendenze) è la struttura del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che si occupa della prevenzione, cura e riabilitazione di persone con dipendenza da sostanze stupefacenti illegali (soprattutto eroina e cocaina).

Da qualche anno, la sua competenza si è però allargata fino a comprendere anche dipendenze legali (per esempio l'alcool) o dipendenze comportamentali, come la ludopatia, modificando anche il proprio acronimo da SerT (Servizio per le Tossicodipendenze) a SerD (Servizio per le Dipendenze).

Con le stesse competenze dei SerD operano gli SMI (Servizi Multidisciplinari Integrati), strutture a gestione privata, ufficialmente riconosciute ed accreditate; nelle loro competenze sono compresi anche interventi all'interno degli Istituti Penitenziari, come i SerD.

In provincia di Brescia (ed in Lombardia) sono presenti sia i primi che i secondi.



La rete dei servizi è costituita:

* dagli **ambulatori pubblici** (SerD – Servizi per le Dipendenze) e **privati accreditati** (SMI - Servizi Multidisciplinari Integrati) dove vengono fornite prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in relazione ai disturbi da uso di sostanze e alle dipendenze comportamentali.

L'accesso a questi servizi è libero (non è legato al territorio di residenza), diretto (non è necessaria la richiesta del medico di base) e gratuito per la maggior parte delle prestazioni.

Questi servizi sono operativi durante tutto il corso dell'anno e garantiscono la continuità terapeutica per i trattamenti farmacologici.

La normativa vigente prevede anche la possibilità di anonimato per l'erogazione di alcune prestazioni.

Oltre alle persone direttamente coinvolte, il SerD e lo SMI possono offrire **attenzione e collaborazione** anche

- agli insegnanti ed alle scuole che realizzano attività di formazione e prevenzione
- ai genitori ed alle famiglie che richiedono informazioni ed aiuto
- ad associazioni di volontariato, amministratori comunali, dirigenti di enti ed istituzioni, medici ed operatori sanitari cui possono servire consulenze ed aggiornamenti.

* dai **Servizi residenziali (comunità)** che forniscono trattamenti in regime residenziale e si articolano in diverse tipologie a seconda del bisogno prevalente;

* dai **Servizi semi residenziali (centri diurni)** che forniscono trattamenti riabilitativi e risocializzanti durante alcune ore della giornata.

L'accesso ai **servizi residenziali e semi residenziali** necessita di una certificazione rilasciata da un servizio ambulatoriale (SerD o SMI) e il trattamento è gratuito.

Per la realizzazione dei vari servizi di competenza, il SerD e lo SMI possono ricorrere alla gestione diretta dei servizi stessi o al coinvolgimento ed alla collaborazione di altre realtà come le **COOPERATIVE SOCIALI**, cioè quella particolare forma di Cooperativa introdotta e regolata dalla legge 381/1991 in quanto Impresa Sociale.

Le cooperative sociali – afferma l'articolo 1 della legge 381/1991- hanno lo scopo di perseguire l'interesse generale della comunità alla promozione umana e all'integrazione sociale dei cittadini attraverso:

- a) la gestione di servizi socio-sanitari ed educativi , incluse le attività di cui all'articolo 2, comma 1, del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 112*
- b) lo svolgimento di attività diverse - agricole, industriali, commerciali o di servizi - finalizzate all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate.*

A seconda degli obiettivi, le Cooperative Sociali si dividono in due tipi:

* tipo A, se finalizzate alla realizzazione di **servizi** sociali, sociosanitari ed educativi, di istruzione e formazione professionale, formazione extrascolastica...

* tipo B, se svolge attività – agricole, industriali, commerciali o di servizi – finalizzate all'**inserimento lavorativo di persone svantaggiate**.

Al SerD il tossicodipendente deve fare riferimento se intende avviare un

PERCORSO DI RECUPERO

- per interrompere e rinunciare all'uso di sostanze stupefacenti ed al modo di pensare e di vivere ad esso collegato

- per trovare una risposta, radicalmente diversa e globalmente alternativa alla droga, nell'aspirazione e nel bisogno di dare un senso alternativo alla propria esistenza

- nella riscoperta e nella ricostruzione (che sarà molto lenta e faticosa) di sé e delle proprie capacità di investire in nuovi rapporti con se stesso, con gli altri e con la realtà.

In una serie di incontri preliminari con gli operatori del SerD / SMI, vengono realizzate le prime due tappe del percorso:

- gli accertamenti diagnostici (diretti ad individuare più esattamente possibile la situazione di tossicodipendenza e le sue caratteristiche) di carattere medico, a livello psicologico e culturale, sull'ambiente familiare...

- l'elaborazione di un programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato; un programma cioè che si basa sulla specifica situazione di quella persona e che mira non solo a "svezzarla" farmacologicamente e psicologicamente dall'uso di sostanze, ma anche a reinserirla nella società secondo le sue potenzialità e le sue specifiche caratteristiche.

L'organizzazione concreta e la gestione del programma terapeutico possono essere realizzate sia direttamente dal SerD/SMI, sia attraverso accreditamenti e convenzioni con le Cooperative sociali che ne condividono l'impostazione ed i contenuti.

Il programma terapeutico è costruito sulla singola persona, secondo il tipo di sostanza di cui è dipendente e secondo le motivazioni che l'hanno spinto al suo vissuto. Comprende interventi sanitari, ma anche di terapia psicologica e attività socioculturali. Per questo all'interno dei centri di recupero si realizza la collaborazione tra diverse figure professionali come medici, psicologi, operatori socio sanitari, educatori...

L'obiettivo primario rimane il reinserimento sociale attraverso la promozione di un approccio culturale, metodologico e operativo volto alla tutela della persona e di chi ha accanto.

L'ambiente delle comunità si caratterizza quindi per la convivenza e la condivisione del quotidiano con i compagni di percorso in uno spazio particolarmente caratterizzato dal dialogo e dal confronto.

I servizi messi a disposizione dalle comunità per tossicodipendenti sono:

- * accoglienza (una specie di "periodo di prova" che consente di ambientarsi meglio e di realizzare scelte più convincenti)
- * trattamento specialistico, nel caso di dipendenze molto specifiche e associate anche a situazioni cliniche molto personali (famiglie e/o coppie con problemi di dipendenze, oppure persone che hanno patologie psichiatriche di diverso tipo...)
- * servizi terapeutici e riabilitativi; viene strutturato un progetto terapeutico personalizzato su un arco temporale solitamente non superiore ai 18 mesi
- * servizi pedagogici e riabilitativi, tramite un progetto educativo con tempistiche varie

La vita in una comunità per tossicodipendenti

Ogni comunità per tossicodipendenti ha le proprie caratteristiche e specificità, ma alcuni tratti della vita in comunità si ripetono da struttura a struttura.

I centri di recupero sono infatti spazi in cui condividere la propria sensibilità, raccontare le proprie esperienze, ascoltare sia le proprie emozioni che quelle altrui.

Non solo.

La vita in comunità ha l'obiettivo di rendere ogni ospite autosufficiente e aiutarlo ad acquisire nuove competenze a carattere emotivo, sociale e personale.

Chi fa parte del centro di recupero è riconosciuto nella sua individualità e nel contributo che può dare al gruppo. Viene coinvolto nella gestione delle attività e partecipa in prima persona alle decisioni. Vivendo all'interno di un gruppo che condivide emozioni ed esperienze simili, si interrompe il legame con l'ambiente di vita che ha indotto alla dipendenza.

In questo modo ci si allontana da un contesto poco salubre per ritrovare la propria stabilità in una situazione protetta che allontana il più possibile il desiderio di fare uso di sostanze.

I centri di recupero consentono due tipi di modalità di presenza:

= **carattere semi-residenziale**, con permanenza diurna per alcune ore.

Questo servizio (chiamato anche CENTRO DIURNO) è di solito considerato uno strumento più "leggero" rispetto ad una comunità terapeutica tradizionale e viene utilizzato per situazioni valutate meno gravi e più controllabili: assenza di problemi sanitari pesanti, maggiore disponibilità alla collaborazione da parte della famiglia, residenza vicina...

Al giovane viene chiesto fin dall'inizio di essere protagonista dell'esperienza che sta vivendo e di prendere coscienza di sé, dei propri problemi e delle proprie risorse, delle proprie potenzialità e delle proprie carenze...

I principali strumenti messi a disposizione sono: la vita quotidiana, gli incontri ed il lavoro di gruppo, l'attività formativa, i colloqui con operatori e psicologo...

Particolarmente preziosa – e richiesta – la convinta partecipazione della famiglia.

= **carattere residenziale** con presenza diurna e notturna (normalmente chiamata COMUNITA' TERAPEUTICA), cioè una struttura residenziale, con specifiche regole sia per l'ammissione che per la vita in comune, con l'esistenza del gruppo come elemento terapeutico di primaria importanza e l'orientamento specifico ad occuparsi di tossicodipendenti.



Il *PERCORSO PROPOSTO* al tossicodipendente è di solito articolato in tre fasi:

- la prima mira soprattutto ad aiutare il giovani a ritrovare una certa tranquillità personale ed a riscoprire alcune elementari capacità di comunicazione e di relazione
- la seconda serve innanzitutto per consolidare sia le capacità di relazione del giovane, dia una sempre miglior conoscenza di se stesso (soprattutto tramite i colloqui con lo psicologo ed i confronti durante il lavoro di gruppo
- la terza si prefigge soprattutto di stimolare il giovane a sperimentare situazioni di sempre maggiore autonomia ed a costruire un progetto con cui realizzare poi un reinserimento sociale efficace.

In Italia le comunità terapeutiche per tossicodipendenti cominciano a diffondersi dalla fine degli anni settanta del XX secolo per iniziativa del volontariato (prevalentemente di ispirazione cattolica) nel momento in cui l'organizzazione sanitaria dello Stato risulta completamente impreparata ed impotente nel fronteggiare il problema diventato pressante fenomeno di massa.

Dopo la metà del decennio successivo – su mandato del Ministero della Sanità – la Provincia di Milano, l'Università Cattolica ed il Gruppo Abele realizzano delle ricerche per conoscere meglio il mondo delle comunità e gli elementi più appariscenti che ne risultano sono i seguenti:

- * il 75 % delle strutture si trova nel Nord Italia, il 20 % nel Centro Italia, il 5 % al Sud e nelle Isole
- * il 27 % rivolge la propria attenzione esclusivamente a giovani tossicodipendenti; le altre accolgono anche persone in difficoltà per motivi di altro genere
- * più del 90 % è gestito dal volontariato; il 75 % è sorto o fa riferimento ad iniziative di Religiosi
- * il 50 % è autosufficiente sul piano economico grazie a contributi di privati o alle attività lavorative che si svolgono all'interno
- * i maschi sono più di due terzi degli ospiti
- * le regole ed i divieti esplicitamente previsti e più frequenti sono: ordine nella propria stanza: 76 % delle comunità; rispetto degli orari: 73 %; divieto di uscire da soli: 67 %; controllo del denaro: 63 %; solo visite autorizzate: 61 %; divieto di rapporti sessuali: 62 %; divieto di bere alcoolici: 47 %; divieto di fumare: 7 %.

Secondo l'Osservatorio Permanente del Ministero dell'Interno, le comunità terapeutiche per tossicodipendenti in Italia nel 1984 sono 224, nel 1992 sono 642; i tossicodipendenti impegnati in un percorso di recupero nella comunità terapeutiche sono 4.476 nel 1984, sono 17.148 nel 1992: in otto anni, le comunità si sono quasi triplicate e gli ospiti si sono quasi quadruplicati.

Dalla metà degli anni novanta – dopo il punto più alto del 1996 con 1.372 comunità e circa 24.000 ospiti – ha inizio il periodo del ridimensionamento, di una lenta ma costante inversione di tendenza, causata da molti fattori, tra i quali:

- l'AIDS uccide ferocemente molti tossicodipendenti (lo scambio di siringhe usate è uno dei motivi di maggior diffusione del virus);
- cambiano in misura significativa sia la sostanza consumata sia le modalità di assunzione;
- diminuisce la paura sociale del tossico-mostro-violento;
- si attenua l'incubo della dipendenza fisica;
- il problema perde parzialmente il significato di emergenza ed assume sempre più le caratteristiche di un brutto ma normale consumo di massa con cui tutto sommato è meglio cercare di convivere;
- i mass media ne parlano sempre meno e con minor drammaticità;
- per l'avarico finanziamento pubblico, le istituzioni fissano standards organizzativi ed economici che strangolano soprattutto le comunità più piccole;
- guru e santoni propagandano medicine miracolose che risolvono tutto a prezzi abbordabili;
- il dibattito su proibizionismo ed antiproibizionismo crea un bel po' di confusione;
- i SerT aumentano la diffusione del metadone (meno problemi per gli operatori);
- la "lotta alla droga" scompare dai manifesti di tutti i partiti durante le campagne elettorali...

Molte strutture chiudono i battenti, cancellando anche esperienze molto significative e trascurando professionalità preziose.

Altre cercano di "specializzarsi": per coppie, per mamme, per malati di Aids, per policonsumi, alternativa al carcere...

Riduzione che finisce col favorire processi di ri-sanitarizzazione e di ri-psichiatrizzazione della tossicodipendenza.

RIDUZIONE DEL DANNO

Nata in Inghilterra verso la metà degli anni ottanta del secolo scorso, la "**Riduzione del danno**" è una modalità che rimette in discussione i contenuti del trattamento di persone tossicodipendenti. Comprende infatti una serie di attività e di iniziative finalizzate a proteggere il più possibile il livello di salute psicofisica di chi consuma sostanze stupefacenti; consumo di cui non vengono chieste né l'interruzione né la limitazione, come accade normalmente all'inizio di qualsiasi percorso di recupero.

Con l'esplosione dell'AIDS – sempre durante gli anni ottanta – la Riduzione del danno accelera notevolmente sia la diffusione, sia la sperimentazione più frequente.

Raggiunge anche l'Italia – dove sarà chiamata RIDUZIONE DEL DANNO E LIMITAZIONE DEI RISCHI – ed in Italia incontra forti pregiudizi ed accuse di vario genere: è una forma di complicità con la diffusione di comportamenti immorali, diminuisce il senso della pericolosità dell'uso di sostanze stupefacenti, annulla o attenua le politiche di "tolleranza zero" (controlli e punizioni rigide), è in realtà la cancellazione di qualsiasi limite al consumo ed alla diffusione della droga, ecc. ecc. ecc.

In Italia bisognerà comunque attendere un bel po' – fino al gennaio del 2017 – perché la "Riduzione del danno e limitazione dei rischi" sia collocata tra i LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (LEA), cioè nell'elenco dei servizi e delle attenzioni che il Servizio Sanitario Nazionale garantisce per legge a tutti i cittadini italiani.

"... in ogni paese la più alta priorità va data alla prevenzione dell'infezione da HIV tra tossicodipendenti... – proclama l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ancora nel 1988 - ... le politiche finalizzate alla riduzione dell'uso della droga non possono permettersi di pregiudicare le misure da prendere contro questi rischi..."

E' fuori dalla realtà ritenere che il continuo aggravarsi dei danni psico-fisici provocati dalle droghe possa servire a decidere di smetterne l'uso. Il giovane che non smette di usare droga, inoltre, non può essere considerato un condannato a morte; va invece aiutato prima di tutto a vivere, a godere delle migliori condizioni di salute e di relazioni ancora possibili nelle sue condizioni; stabilire e mantenere un rapporto con lui non significa rassegnarsi alla droga, ma tentare di ricostruire o mantenere una relazione di vita con una persona umana.

Tre sono gli obiettivi più importanti della politica della riduzione del danno:

- * limitare il più possibile la diffusione di infezioni gravi come l'AIDS e di altre malattie che caratterizzano la vita del tossicodipendente, anche solo nel tentativo di frenare il progressivo peggioramento della qualità della sua vita
- * alleggerire il carico di sofferenza della famiglia coinvolta
- * ridurre (o almeno evitarne l'aggravamento) i danni sociali del consumo di droghe, dallo spreco di potenzialità personali a danni di carattere economico, sociale, giuridico...

In altre parole, riduzione del danno significa mettere in atto – senza esigere la cessazione del consumo di sostanze stupefacenti – tutte le forme di contatto e di accompagnamento per proteggere e garantire al tossicodipendente delle condizioni di vita minime (di carattere sanitario, psicologico e sociale) ed evitarne una compromissione irreversibile.

Tra le principali iniziative della "Riduzione del danno e limitazione dei rischi" realizzate sul territorio bresciano ed aventi come sede prevalente la strada o luoghi frequentati dai tossicodipendenti – oltre ai centri terapeutici ambulatori, ai centri di crisi, alle accoglienze urgenti, ecc. fino alle macchinette per lo scambio e la distribuzione gratuita di siringhe nuove monouso in cambio di quelle usate – sono certamente da ricordare:

II PROGETTO STRADA, con particolare attenzione (soprattutto all'inizio, a metà degli anni novanta) alla gravità della situazione creata dall'AIDS, per la cui diffusione Brescia si trova ai primi posti in Italia, così come per numero di morti.

I primi e più urgenti interventi riguardano la circolazione di informazioni precise, scambi di siringhe, distribuzione di profilattici ed altre elementari misure igieniche e sanitarie

Non è una normale unità mobile, perché preferisce una sede fissa in cui realizzare sia incontri personali riservati sia attività di gruppo.

Il tossicodipendente vi può accedere come e quando vuole: vi troverà sempre qualcuno con cui parlare, bere un caffè, rifornirsi di siringhe nuove, chiedere informazioni, chiacchierare del più e del meno...

Fin dalle fasi iniziali, è disponibile il coinvolgimento di servizi pubblici, del privato sociale e del volontariato.

Tra gli obiettivi, si precisano e rafforzano sia il tentativo di realizzare un primo incontro con i tossicodipendenti che costituiscono quel "sommerso" che non ha mai avuto contatti con i servizi, sia fornire informazioni non solo sull'AIDS, sull'overdose e sulle malattie correlate alla tossicodipendenza, ma anche sulla presenza e sulle caratteristiche dei servizi presenti sul territorio.

Tra gli interventi più frequentemente prestati, figureranno servizi di docce, scambi di siringhe, fornitura di profilattici, coperte per coprirsi la notte, medicazioni, custodia di documenti, possibilità di informazioni ed ascolto...



A conferma della validità dell'iniziativa, il servizio – dopo le normali difficoltà iniziali – riceve notevole consenso proprio dai tossicodipendenti più soli e meno intenzionati a lasciarsi “accalappare dai servizi”.

Nei primi tre anni di vita (1995, 1996, 1997) le persone contattate per la prima volta sono più di 850 (per il 19 % femmine e l'81 % maschi); le prestazioni effettuate saranno alla fine più di 24.000=

SERVIZI DI STRADA, finalizzati alla tutela della salute e della integrazione sociale del tossicodipendente, la sua difesa e la sua protezione sociale, una prima elementare forma di accoglienza.

Servono soprattutto a non abbandonare il tossicodipendente al suo destino, bensì a costruire con lui la miglior condizione di vita possibile consentita dalla sua condizione generale.

Le principali attività non sono molto dissimili da quelle realizzate negli altri servizi della “riduzione del danno”: ritiro di siringhe usate e fornitura di siringhe monouso nuove, salviette disinfettanti, profilattici e quanto può servire al rispetto delle norme igienico sanitarie più elementari; materiale informativo sulle sostanze d'abuso, sull'overdose, sul sesso sicuro, sui servizi disponibili e le loro sedi...; servizi di doccia, minimo di guardaroba, lavanderia, barbiere...; intervento in caso di overdose o di altre emergenze sanitarie; accompagnamento a visite in ospedale; visite in carcere...

Le modalità con cui i servizi sono predisposti possono essere riconducibili all'uso di unità mobili (camper o pulmini appositamente attrezzati) o in appositi locali presi in prestito per determinati periodi o specifiche occasioni (con la collaborazione di Comuni, parrocchie, cooperative sociali, privati generosi...).

Gli **OPERATORI DI STRADA**, cioè operatori appositamente addestrati che si accostano ai tossicodipendenti là dove i tossicodipendenti vivono: per la strada, appunto, in piazza. Le premesse della loro azione possono essere:

- l'esistenza di una “zona sommersa” che difficilmente i normali strumenti di intervento riescono ad individuare
- la necessità di intervenire fin dai primi sintomi del disagio e di una situazione che si sempre più negativa
- l'opportunità di creare “diversivi” all'interno del circolo di omertà che si costituisce spesso fra i tossicodipendenti
- l'importanza di frenare il diffondersi di comportamenti a rischio, portatori anche di situazioni gravi come epatiti, sieropositività, ecc.

Il tossicodipendente può utilizzare i servizi nel completo anonimato, in forma gratuita e direttamente, senza prenotazioni né liste di attesa.

La strada – luogo in cui si manifestano tante forme di disagio e devianza – può in qualche modo essere ricondotta a luogo di socialità, di incontro, di aggregazione e di relazioni interpersonali. Può diventare uno dei luoghi in cui si raggiungono persone in difficoltà che, diversamente, non troverebbero mai né ascolto né attenzione.

Autentici figli di nessuno.

I servizi, dislocati in modo capillare con una concentrazione nel Comune di Brescia e nell'hinterland, vedono la collaborazione tra sanità pubblica e Terzo Settore.

L'Asst Spedali Civili di Brescia gestisce i Sert (Brescia Via Lamarmora e Via Foro Boario), il Centro Clinico Cocaina, Nuove Dipendenze e Ambulatorio Gap (Brescia, Via Lamarmora) oltre ai Nuclei Operativi Alcolologia (NOA)) e ai Centri per il trattamento del Tabagismo Brescia e Sarezzo in Valle Trompia).

L'Asst Franciacorta e Asst Garda offrono presidi misti sul territorio tra cui il Sert/Noa/Gap di Orzinuovi, Rovato, Montichiari e Salò.

Quindi veniamo al Terzo Settore (Smi): ci sono i Servizi Multidisciplinari Integrati gestiti da realtà come la Cooperativa Il Mago di Oz (con sedi a Rezzato, Ospitaletto, Bagnolo Mella e Manerba) e il Consorzio Gli Acrobati (con sedi a Concesio e Desenzano d/g), tutti specializzati nella cura di dipendenze, Gap e disturbi da uso di alcol. (La Voce del popolo – 9 luglio 2026)