



A.NA.VO. ONLUS

Associazione Nazionale di Volontariato
Maddaloni (Caserta)



REGIONE CAMPANIA

La Qualità della Vita sul territorio maddalonese: spunti di riflessione



Progetto di ricerca sociale: DIOGENE

Finanziato dalla Regione Campania ai sensi dell'art. 10 L.R. 9/93



**LA QUALITÀ DELLA VITA
SUL TERRITORIO MADDALONESE:
SPUNTI DI RIFLESSIONE**

Coordinamento a cura di Rosa Vinciguerra
Inserimento ed elaborazione dati a cura di Antonio Bove
Intervistatori: Elisa Francesca, Luisa Salanti, Vairo Antonella, Mattea Vinciguerra

Ringraziamenti

Mi riservo questa pagina introduttiva per ringraziare in maniera dovuta e sentita quanti hanno creduto nella possibilità di realizzare questo progetto e che si sono prodigati per trasformarlo in realtà.

E' importante ringraziare non per adulare o essere diplomatici ma per "riconoscersi" con chi ha condiviso la voglia di fare, la tenacia, i dubbi e le tensioni, che sono stati il retroscena del presente lavoro e di tutta l'attività nel sociale fin qui svolta.

Innanzitutto mi riconosco nella sensibilità delle persone, uomini e donne che, come componenti dell'Osservatorio Regionale sul Volontariato della Regione Campania, hanno voluto valorizzare la nostra realtà privilegiandone il progetto in sede di valutazione. A loro va tutta la mia riconoscenza.

Un grazie sentito devo rivolgerlo alla Prefettura di Caserta ed in particolare all'Ufficio Immigrazione della Questura per la gentilezza e l'interesse dimostrato oltre che per le informazioni fornite sul flusso migratorio in Terra di Lavoro.

Alla ripartizione Servizi Sociali, all'Ufficio Pubblica Istruzione ed al Museo civico del Comune di Maddaloni va riconosciuto l'impegno profuso in favore del progetto. Agli amici, dirigenti scolastici e docenti delle scuole del territorio, ai responsabili e funzionari dell'ASL CE/1, in particolare del SerT, agli amministratori e funzionari del Comune, e soprattutto del CED, posso solo dire che senza la loro preziosa collaborazione il lavoro non avrebbe mai visto la luce.

Il presidente dell'A.Na.Vo.
Gerardina Pascarella

PREFAZIONE

Nell'era del *villaggio globale*, delle *città digitali*, e per noi anche *intelligenti*, tutto ciò che qui viene a compimento, grazie all'intuizione e alla determinazione dell'A.Na.Vo. di Maddaloni, potrebbe apparire come l'esito scontato di una inversione di tendenza ormai compiuta.

Così non è. Anzi, siamo soltanto all'inizio ed il risultato che qui acquisiamo assume, proprio per questo, un valore aggiunto di particolare significato.

Il ruolo di un Amministratore è quello di definire politiche pubbliche, che sono poste in atto per cambiare lo stato naturale o l'evoluzione di una realtà economica, sociale o fisica. In altre parole, la definizione di politica pubblica introduce il concetto di efficacia. Ne consegue che un'azienda comunale moderna diventa tanto più efficace quanto più riesce a cogliere l'essenza di tale *missione* e ad utilizzare al meglio le risorse disponibili.

E l'informazione è l'unica, vera risorsa, sempre e pienamente disponibile, che, per giunta, non pone problemi di economicità, in quanto destinata a non esaurirsi, ma che pretende, oggi, di essere efficacemente trattata.

Il *progetto Diogene*, per le cui finalità il Comune ha liberato l'informazione che detiene nei propri cassettei sulla base di apposita convenzione sottoscritta con l'A.Na.Vo., questo conferma, innanzitutto. E la banca dati realizzata è nuova risorsa disponibile. Attende, ora, nuovi utilizzi e, per ciò, nuovi arricchimenti. Anche con nuovi, nostri contributi.

Il Sindaco di Maddaloni
Dott. Franco Lombardi

INTRODUZIONE

Il tema della qualità della vita sta progressivamente assumendo un'importanza centrale nei contesti più diversificati. Si sono, perciò, sviluppati studi volti, in qualche modo, a misurare tale qualità.

La rilevanza dell'argomento ha evidenti implicazioni, in primo luogo, sul piano politico-amministrativo e sulla conseguente utilizzazione dei risultati delle ricerche. Attraverso di essi, infatti, è possibile trarre indicazioni utili per la pianificazione e la programmazione pubblica. In secondo luogo, i risultati offrono spunti essenziali per comprendere i bisogni e le attese della popolazione che, a loro volta, si coniugano con l'offerta di servizi e l'intervento pubblico.

Il cittadino, in quanto tale, manifesta domande e bisogni nei confronti del contesto in cui vive, inerenti alle prospettive occupazionali e professionali, alle occasioni formative, alla vita di relazione, al tempo libero e, in generale, alle opportunità di vita a cui il contesto è in grado di rispondere in differente misura.

L'obiettivo della presente indagine è centrato sulla rilevazione degli umori, delle domande e delle attese della popolazione maddalonese, in particolare di minori ed anziani ultrasessantacinquenni rispetto a diversi ambiti quali servizi sociali e sanitari, vivibilità del territorio, condizione economica e vita relazionale.

Al centro del percorso di ricerca sta ciò che il territorio offre ai suoi abitanti e quello che questi chiedono ad esso. Si tratta di problematiche su cui l'ente locale, in quanto luogo privilegiato attorno cui una comunità si riconosce ed al quale veicola domande, è particolarmente interessato ad indagare.

Oltre all'ente locale, le molte e diverse organizzazioni sociali, in virtù del proprio ruolo economico e sociale, sono interessate ad esplorare il rapporto esistente fra popolazione e territorio, il livello d'identità con una determinata area, il giudizio e le valutazioni espresse in relazione a diverse dimensioni, le aspettative e le prospettive future. In altri termini, sono interessate a valutare come la popolazione percepisce la "qualità della vita" del territorio in cui vive.

E' per questi motivi che il progetto "Diogene" ha rappresentato anche uno strumento per l'attivazione di una rete sociale che ha coinvolto nel reperimento dei dati i più svariati soggetti: Azienda Sanitaria, Amministrazione locale, Prefettura e Questura, Scuola.

Se dunque una politica di sviluppo locale non può prescindere dall'identificazione del sistema locale verso cui indirizzare i propri interventi, dall'altro è opportuno riscoprire il valore di un'azione più locale e partecipata, che adotti il punto di vista "interno" degli abitanti e riconosca loro la competenza di proporre ed elaborare soluzioni ai propri bisogni.

I risultati della ricerca offrono un'immagine complessiva della popolazione anziana e minorile residente a Maddaloni.

Dall'analisi dei dati si potrebbero trarre indicazioni utili per intervenire nel settore delle politiche sociali da realizzare in favore del territorio.

Le modalità della rilevazione

Per la somministrazione del questionario, così come per l'effettuazione delle interviste ai testimoni privilegiati, è stato costituito un gruppo di rilevatori, esperti e forniti di specifiche e approfondite competenze nel settore delle scienze sociali. Una serie di incontri preliminari è servita ad istruire i rilevatori sulle modalità della somministrazione ed a garantire una buona omogeneità di atteggiamenti e di comportamenti nella fase di rilevazione, nel corso della quale sono stati inoltre tenuti alcuni ulteriori incontri di verifica allo scopo di evidenziare eventuali problemi (che peraltro non si sono manifestati se non in modo sporadico e marginale).

Il presente lavoro si struttura in diverse parti: la prima parte riguarda le tavole relative ai questionari somministrati ad un campione di studenti di scuole elementari, medie e superiori; la seconda analizza le tavole relative alle frequenze di risposte date dagli anziani maddalonesi ultrasessantacinquenni ad un questionario somministrato da un intervistatore addestrato; la terza riporta i dati e le riflessioni riguardanti il fenomeno della tossicodipendenza; la quarta si interessa dell'immigrazione.

Si è scelto di riportare tutti i dati in forma tabellare ed al massimo livello di dettaglio senza alcuna elaborazione grafica. L'idea che ha guidato il presente lavoro è stata quella di costruire una prima "banca dati" sulla condizione di tossicodipendenti, immigrati, anziani e minori che vivono sul territorio di Maddaloni.

Si è scelta la presentazione dei dati nella forma più "asettica" possibile per consentire a chi fosse interessato a farlo, di effettuare tutte le possibili elaborazioni ed incroci, in funzione dell'obiettivo che si prefigge. Le matrici dei dati e le relative tabelle, sono disponibili sul sito internet dell'A.Na.Vo., www.anavolontariato.it.

L'impianto della pubblicazione è così strutturato: un primo capitolo, introduttivo, riprende il quadro storico e socio - demografico della città; il secondo ed il terzo capitolo forniscono un punto di situazione sulla condizione degli anziani e dei giovani residenti sul territorio comunale; il quarto capitolo riporta dati ed esperienze riguardanti il settore della tossicodipendenza; il capitolo quinto contiene spunti di riflessione e dati sul fenomeno dell'immigrazione a Maddaloni.

CAPITOLO PRIMO

MADDALONI: UNO SGUARDO ALLA CITTA'

CENNI STORICI

La città di Maddaloni è situata a 73 metri sul livello del mare e conta circa 40.000 abitanti. Ben collegata a livello Regionale e Nazionale da assi di collegamenti viari e ferroviari, è posta in posizione strategica tanto da dominare dal versante occidentale tutta la pianura fino a Capua e ai Campi Flegrei e dal versante orientale il Sannio.

Questa posizione contribuisce a renderla un vivace centro commerciale e industriale della provincia di Caserta, punto di riferimento per i centri posti a Sud-Est dell'abitato.

I numerosi frammenti di ceramica rinvenuti sulla collina circostante ci fanno ipotizzare che la presenza umana è attestata fin dall'Eneolitico (2500-2000 a.C.) con una presenza più diffusa nell'età del Bronzo.

Adagiata a semicerchio alle pendici dei colli Tifatini è sovrastata dal Castello Medioevale e dalla torre Longobarda.

Il primo documento che attesta l'esistenza di "MATALUNI" è del 774 ed è firmato da Arechi, principe di Benevento, ma già prima, alla fine dell'Impero Romano, doveva esistere divisa in "borghi" ruotanti attorno ad un tempio pagano e poi cristiano.

Fu sede vescovile, ma il Vescovo, con le incursioni barbariche, preferì rifugiarsi a Casa Hirta meglio protetta conservando il titolo di "Galatinus".

Tale titolo ricollega la storia di Maddaloni a Calatia, città osca-etrusca-sannitica e romana (VIII sec.a.C.).

Dell'antico sito, la cui estensione era di 16 ettari, circondata da un'interessante necropoli che ha dato corredi molto importanti per la protostoria in Campania, sono visibili parte della cinta muraria.

Fu dominio dei Longobardi, dei Normanni e degli Svevi. Nel 1300 appartenne ai Sabrano e fu scenario di guerra tra gli Ungheresi e la Regina Giovanna.

Nel 1390 fu feudo di Carlo Artus; a lui si deve la costruzione della torre che sovrasta la città. Successivamente fu feudo di Ottino Caracciolo per la fedeltà dimostrata alla regina Giovanna II; nel 1465 Alfonso d'Aragona la diede come contea a Diomede Carafa, la cui famiglia reggerà le sorti di Maddaloni per ben 350 anni.

Il Pacicchelli, nel suo interessante volume, "Il Regno di Napoli in Prospettiva", la descrive come una delle città più importanti del Reame: "**... mostra belle fabbriche, e ben partite, palazzo, giardini di limoni, di cedri, e di altre frutta esquisite. Si habita da persone molto civili, e vi sono botteghe di ricchi artisti. Lodansi i suoi vasi di terra**". Molto fiorente, infatti, era la produzione di vasi di terracotta e di pavimenti maiolicati la cui produzione era caratterizzata dalla presenza dei Pardo e dei Massa che portarono le loro maestranze in tutta la Campania.

Fu ben meritato, quindi, il titolo di città concesso a Maddaloni nel 1734 da Carlo III di Borbone.

La città conta numerose chiese dove sono conservate pregevoli opere d'arte tra cui: la Chiesa dell'Annunziata con annesso convento del XIV sec. nel cui interno sono conservati un pregevole altare del XVIII, un coro ligneo del XVII sec. e un cassettonato ligneo del 1608 dipinto dal Balducci.

La chiesa del Corpus Domini XVI- XVIII con pregevolissimi dipinti di Pompeo Landolfi XVI-XVII sec. e il maestoso altare di Luigi Vanvitelli.

La Chiesa di S. Francesco, ricca di dipinti del '600 e del '700, con annesso convento oggi Convitto Nazionale G. Bruno XVI-XVIII sec., il cui soffitto è ricoperto da una maestosa tela settecentesca del dell'artista G. Funaro.

La chiesa di Santa Margherita del XIV sec. con il suo meraviglioso ciclo di affreschi del 1408 che ricoprono il cappellone gotico dedicato a San Leonardo, protettore dei carcerati; il Santuario di S. Michele Arcangelo XI-XII sec. (sorto sull'omonima collina a 450 m. ultima propagine dell'Appennino Meridionale) e Santa Maria del Monte, offre un suggestivo panorama che spazia dal M. Somma, a Napoli e alle isole.

*Dott.ssa Rienzo Maria Rosaria*¹



¹ Direttrice del Museo Civico di Maddaloni

IL TERRITORIO:²

Caratteri generali e geografici

Maddaloni domina un territorio pianeggiante tradizionalmente destinato ad intensa attività agricola e attualmente, con i suoi oltre 38.000 abitanti ed una estensione di 36,53 Km² costituisce, per ampiezza demografica il terzo comune della provincia di Caserta, dopo il capoluogo ed Aversa.

Il territorio è suddiviso in quattro centri abitati: Grotticella, Maddaloni, Messercola, Montedecoro, costituenti la condizione di una forma autonoma di vita sociale, ed in vari nuclei abitati e case sparse

Insedata su uno dei più antichi crocevia delle strade che da Roma e da Napoli si dirigono verso il Sannio e le Puglie, la città di Maddaloni che confina a nord con i comuni di Caserta e Valle di Maddaloni, a sud con i comuni di Acerra, Marcianise e S. Felice a Cancellò, ad Est con i comuni di Cervino e S. Maria a Vico, ad Ovest con il comune di S. Marco Evangelista, costituisce ancora oggi un punto nodale nel sistema delle comunicazioni nella pianura campana. Vi si incrociano, infatti, l'Appia, che da Roma giunge a Brindisi attraverso Benevento, e la Strada Statale della Valle Caudina che, attraverso Acerra e Cancellò, congiunge Napoli con Maddaloni. Anche verso l'interno sannita Maddaloni costituisce il centro dove si congiungono i collegamenti con la pianura costiera della Valle Telesina, lungo la SS. 265, e della Valle Caudina, lungo l'Appia S.S. 7.

La popolazione

Nel periodo successivo all'ultimo dopoguerra si è avuto un lento ma continuo aumento dei residenti. Negli ultimi anni si è confermata la tendenza all'aumento dei residenti con un tasso medio di incremento intorno all'1%.

A Maddaloni, come in tutto il territorio nazionale, la mortalità è andata progressivamente diminuendo. Da un tasso medio dell'1% degli anni '50 - '60 l'incidenza dei morti rispetto alla popolazione residente è scesa allo 0.8% circa degli anni più recenti, avvicinandosi già alle medie più contenute che si registravano da tempo ai livelli nazionali. A Maddaloni, pertanto, come nelle aree più sviluppate tende ad esservi una presenza più ampia di anziani ed un numero relativamente più alto di bambini in piccola età in relazione all'allungarsi della vita media e della diminuzione della mortalità infantile. Un andamento più complesso fa registrare il fenomeno delle nascite. Tra la fine degli anni '50 ed i tempi più recenti l'indice della natalità si mantiene quasi costantemente al disopra delle medie nazionali, meridionali, regionali e provinciali. Una spiegazione può essere offerta, dal fatto che anche negli anni più recenti, ha continuato a permanere in loco la popolazione giovane rurale, sebbene occupata nei settori extra agricoli con più elevati e regolari livelli di reddito.

Possiamo rappresentare la situazione degli ultimi anni attraverso i dati relativi agli anni 2000, 2001 e 2002.

² Gli elementi riportanti nella presentazione del territorio sono ricavati da "Elementi di analisi del territorio. Marketing territoriale" edizione marzo 2002 del CED di Maddaloni

- a) la popolazione residente al 31 dicembre 2000 è di 38.030 abitanti con una densità di 1041 abitanti per Km² suddivisa in **maschi n. 18.746 – femmine n. 19.284**;
- b) la popolazione residente al 31 dicembre 2001 è di 38.082 abitanti con una densità di 1042 abitanti per Km² suddivisa in **maschi n. 18.737 – femmine n. 19.345**.

Alla data del settembre 2002 la popolazione residente sul territorio per fasce di età è la seguente:

La composizione dei nuclei familiari è la seguente:

POPOLAZIONE RESIDENTE PER SESSO E CLASSI DI ETÀ'			
CLASSI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
0 – 5 anni	1.437	1.153	2.590
6 – 10 anni	1.365	1.281	2.646
11 – 15 anni	1.284	1.428	2.709
16 – 20 anni	1.537	1.480	3.017
21 – 25 anni	1.532	1.547	3.079
26 – 30 anni	1.593	1.562	3.101
31 – 35 anni	1.668	1.589	3.257
36 – 40 anni	1.543	1.551	3.094
41 – 45 anni	1.318	1.432	2.750
46 – 50 anni	1.176	1.171	2.347
51 – 55 anni	1.172	1.071	2.243
56 – 60 anni	941	1.032	1.973
61 – 65 anni	759	847	1.606
66 – 70 anni	582	753	1.335
Oltre 70 anni	955	1.716	2.671
totale	18.862	19.613	38.475

La composizione dei nuclei familiari è la seguente:

COMPOSIZIONE NUCLEI FAMILIARI	
Numero nuclei familiari	Unità Componenti il nucleo
1.178	1
1.984	2
2.158	3
3.147	4
1.737	5
546	6
155	7
31	8
25	9
10	10
7	11
4	12
1	14

Attività produttive

Il territorio maddalonese ha una forte propensione per il settore agricolo.

Le aziende agricole del territorio riferite al censimento del 2000 sono:

- n. 792 con coltivazione
- n. 21 con allevamento

Nell'agro maddalonese esistono anche degli insediamenti industriali. L'industria meccanica, soprattutto per effetto dell'ALCATEL (FACE STANDARD), supera i 1000 addetti: l'industria estrattiva supera in una sola azienda, la CEMENTIR il 30 addetti, mentre si registra un sensibile ridimensionamento dei settori molto prevalenti, come ad esempio, quello del legno. Negli ultimi anni si è registrato un notevole incremento dell'industria delle costruzioni.

Tra le imprese minori ci sono aziende di lavorazione del latte e due mulini ancora attivi. C'è poi un gruppo di aziende del settore meccanico che operano prevalentemente nel settore delle officine di autoriparazione.

Anche l'artigianato ricopre un ruolo rilevante nell'assetto economico e sociale maddalonese: al dicembre 2001 erano iscritti all'albo degli artigiani maddalonesi n. 516 attività. Oltre alle officine di autoriparazione ci sono botteghe di sartoria e di calzature, botteghe di fabbro e artigiani dell'edilizia.

In espansione risulta essere il settore commerciale sia per l'ingrosso che per il minuto. Consistente anche il numero delle autorizzazioni al commercio ambulante. A Maddaloni è, inoltre, presente un mercato agro alimentare funzionante tutto l'anno nel quale operano 20 commissionari e circa 100 addetti.

*Un errore diventa una colpa
quando uno si rifiuta di correggerlo,
di migliorarsi (anonimo)*

CAPITOLO QUARTO: TOSSICODIPENZA A MADDALONI PREMESSA

Il medico che si occupa di tossicodipendenti deve affrontare difficoltà di natura diversa. La capacità di relazionare con l'utente rappresenta il requisito fondamentale per poter ben operare in questo settore dato che dispone di pochi farmaci utili. Si può intervenire in maniera specifica solo su alcune forme di dipendenza (ad esempio l'eroinismo).

Il medico sa, o dovrebbe sapere che, su cento fumatori che smettono di fumare novanta ci arrivano da sé. Sospetta quindi che altrettanto valga per etilisti, eroinomani e cocainomani. Sa anche che su cento etilisti e fumatori che vanno dallo specialista, solo dieci smettono di bere e di fumare e sa che la stessa cosa vale anche per eroinomani e cocainomani.

I Ser.T., istituiti con la legge 162/90 hanno, come ragione sociale, il compito di garantire interventi tali da assicurare la salute al tossicodipendente.

Tali interventi non sempre riescono a strutturarsi in maniera rigorosa e scientifica per una innumerevole quantità di difficoltà insite nei servizi, prima fra tutti la carenza di operatori e di strutture adeguate e la mancanza di protocolli terapeutici adeguati di sicura efficacia. Non esiste a tutt'oggi la possibilità di una rigorosa e capillare analisi dell'efficacia dei diversi interventi che vengono attuati nel nostro paese nei confronti dei tossicodipendenti.

Alla luce di tutto ciò voglio parlarvi della mia modesta esperienza di medico del SerT da oltre 10 anni.

All'inizio degli anni '90, animato da spirito "redentoristico" ritenevo il tossicomane un vizioso più che un ammalato e quindi una persona da disintossicare in tempi brevi.

L'esperienza clinica di anni mi ha insegnato che il passare del tempo è un alleato e non un nemico della terapia, non fosse altro perché col tempo il fascino delle sostanze nel singolo assuntore tende inevitabilmente a diminuire per assuefazione, nel mentre crescono le probabilità di riscoperta di alternative alla droga.

Se la motivazione a smettere cresce spontaneamente col passare del tempo, la terapia deve tener conto di questa realtà, assecondandola senza tentare di forzare la mano alla natura delle cose, l'esperienza mi ha insegnato che non bisogna pretendere l'impossibile, perché il prezzo che si paga può essere molto elevato fino a mettere in discussione la vita stessa del tossicomane.

Anche pretendere sempre e comunque la disintossicazione come punto di partenza di ogni intervento, vuol dire negare l'esistenza stessa della tossicomania, della malattia, cioè di chi è incapace di sopravvivere senza droga, ponendo così le basi dell'insuccesso e della successiva cosiddetta ricaduta.

Oggi posso dire che nell'approccio con l'utente in primo luogo cerco di evitare l'irreparabile adattando l'intervento alle obiettive possibilità di reazione del soggetto malato di droga, in una strategia che si adegua all'individuo e non viceversa.

Ho imparato ad accontentarmi dei successi parziali e praticabili e a non sognare l'impossibile, scaricando poi sul "tossico" le mie frustrazioni se il risultato perfetto non viene raggiunto.

La strategia della riduzione del danno può contribuire significativamente a ridurre l'infelicità a chi è ancora incapace di elaborare per sé un progetto di vita privo di sostanze.

Continuo tuttavia a ritenere che per alcuni utenti fortemente motivati si possa andare oltre la riduzione del danno puntando senza mai demordere all'obiettivo finale di far cessare totalmente l'uso di sostanze stupefacenti.

Dott. Salvatore Ferrara,
medico responsabile Ser.T. di Maddaloni ASL CE/1

INTRODUZIONE

Quando un chirurgo deve intervenire su un paziente, ricorre ad una serie di strumenti di analisi per formulare una diagnosi che sia la più esatta possibile. Il chirurgo sa che, quanto più precisa è la descrizione del male più alta sarà la probabilità di riuscire a rimuoverlo e a prevenirlo. Gli interventi “al buio” hanno un alto tasso di aleatorietà che ne compromette irrimediabilmente l’efficacia.

Questa considerazione è particolarmente vera per le politiche sociali. Chi opera nel e per il sociale incontra molte più difficoltà del chirurgo perché l’evoluzione dei fenomeni con cui si confronta è meno prevedibile del decorso di un male fisico.

La tossicodipendenza è, proprio per questi motivi, una delle realtà sociali più indagate ma al contempo più difficili da trattare.

Si corre sempre il rischio di darne una rappresentazione parziale ed incompleta, insufficiente a fornire suggerimenti ai fini del ben operare di chi è preposto alla prevenzione ed al contrasto delle dipendenze.

Calata nel contesto territoriale del comune di Maddaloni questa considerazione è ampiamente confermata. Il dato “ufficiale” in possesso delle strutture preposte ad intervenire in questo settore quale è il Servizio per le Tossicodipendenze dell’Azienda Sanitaria Locale, coglie la parte “ufficiale” di una realtà che è, senz’altro, molto più vasta della rappresentazione che ne danno i dati ufficiali.

In realtà non esistono su Maddaloni ricerche recenti sul tema delle dipendenza né da alcool né da sostanze psicotrope.

Vengono, tuttavia, intraprese iniziative per prevenire e contrastare il fenomeno soprattutto dalle agenzie educative più coinvolte come le scuole. Diversi istituti scolastici hanno condotto interventi educativi rivolti alla prevenzione del fenomeno nei minori di età, impegnandosi, anche in collaborazione con altre strutture del privato sociale come l’A.Na.Vo., in progetti strutturati. Si tratta, però, di iniziative positive la cui efficacia non è, purtroppo, valutabile proprio per la mancanza di ricerche che aiutino a formulare una “diagnosi” corretta della tossicodipendenza sul territorio in cui si opera.

Questa parte del lavoro si propone di presentare un “punto di situazione” circa i dati ufficiali relativi al fenomeno. Il Ser.T., servizio per le tossicodipendenze ubicato a Maddaloni, ha fornito i dati sulla cui base è stato elaborata la presente relazione. Attraverso una ricognizione presso il database del Ser.T., si è voluto delineare un primo quadro sulla base del quale strutturare poi, una attività di ricerca più sofisticata che vada a rilevare, oltre al dato quantitativo che fornisce l’entità del fenomeno, gli aspetti di natura qualitativa, motivazionali, fattori ambientali predisponenti e quant’altro utile a dare suggerimenti a chi è preposto ad agire nel campo della cura, contrasto e prevenzione del fenomeno.

L’obiettivo è di individuare elementi per una profonda riflessione sulla gravità dell’attuale situazione e per avviare programmi di prevenzione mirati e volti alla riduzione della domanda di tutte le sostanze stupefacenti.

Questa prima fase dello studio, a cui ci auguriamo di far seguire un'altra che approfondisca e raccolga la parte "sommersa" e più interessante del fenomeno, è volta a fornire una descrizione qualitativa del fenomeno e a darne una prima quantificazione attraverso l'esame dei principali dati secondari disponibili.

DATI DI SFONDO

Il fenomeno su scala nazionale nell'anno 2000

La tossicodipendenza nel corso degli ultimi decenni ha avuto una rapida diffusione principalmente ed inaspettatamente nella fascia della popolazione più giovane, quella a cui le campagne di prevenzione, ad esempio, ancora non si rivolgono. Sarebbe molto utile individuare quei fattori nuovi che vanno a modificare il mondo della tossicodipendenza, un mondo in continua trasformazione che vede sostanze differenti per "sballarsi", motivazioni diverse e diversi modi di recuperarsi e tornare nel mondo "reale".

I dati forniti dal Ministero della Salute – Dipartimento della tutela della salute umana, della sanità pubblica veterinaria e dei rapporti internazionali - Direzione generale della prevenzione – Ufficio VI "Promozione di comportamenti e stili di vita per la salute e relativi agli interventi in materia di dipendenza da farmaci e sostanze da abuso e di AIDS; sanità penitenziaria" rivelano che nel corso del 2000, i **512** Servizi pubblici per le tossicodipendenze rilevati alla data dell'analisi condotta (su 555 attivi) hanno preso in carico **147.146** soggetti tossicodipendenti, il 3,2% in più rispetto al 1999.

La Lombardia, la **Campania**, il Piemonte e la Puglia si presentano, in ordine decrescente, come le regioni con il maggior numero assoluto di utenti.

Ogni servizio, per il totale Italia, ha, nel 2000, un numero medio di utenti pari a **287**.

Il dato presenta comunque una forte variabilità: sono presenti, infatti, forti oscillazioni territoriali: dal minimo di 132 soggetti del Molise, si arriva al valore massimo di 1.149 della Liguria.

Questo dato, in realtà, non è facilmente interpretabile e soprattutto confrontabile poiché la variabilità rilevata è influenzata dalla eterogeneità territoriale nelle caratteristiche organizzative e funzionali dei Servizi, soprattutto per la differente organizzazione degli stessi esistente tra le regioni a seguito dell'aziendalizzazione delle UU.SS.LL. Inoltre, risulta influenzato dalla disomogeneità geografica nell'unità di rilevazione considerata che, in alcuni casi, è individuata nell'unità organizzativa e, in altri, nelle singole sedi operative territoriali.

Distinguendo l'utenza per sesso, si hanno 127.303 maschi e 19.843 femmine con un rapporto "numero di utenti maschi/numero di utenti femmine" pari a 6,4:1.

Tale valore conferma ancora una volta che la tossicodipendenza è maggiormente presente nel sesso maschile; nel tempo si nota, dopo una fase di lieve aumento, una sostanziale stabilità di tale caratteristica negli ultimi quattro anni.

Tale influenza del fattore sesso è variabile geograficamente: il rapporto “utenti maschi/utenti femmine”, generalmente inferiore al dato nazionale di 6,4 nelle regioni del nord-centro, assume valori elevati al sud (quasi sempre superiori a 10) ad indicazione di un comportamento differenziale per sesso più evidente.

Rapportando la popolazione in carico ai SERT, distinta per sesso, sulla corrispondente popolazione residente si ha che, a livello nazionale, ogni 10.000 abitanti sono stati trattati dai Servizi, nel corso del 2000, 25,5 soggetti; tale valore è pari a 45,5 e a 6,7 rispettivamente, nella popolazione maschile e femminile.

Del totale dei soggetti presi in carico dai Servizi nel corso del 2000, il 13,3% (19.554 utenti) sono stati trattati presso strutture riabilitative; negli anni più recenti si assiste ad una lenta ma graduale diminuzione di tale valore (14,7% al 1997).

Sono evidenti situazioni regionali molto diverse: nel Friuli Venezia Giulia, in Molise e in Sicilia più del 90% degli utenti è stato seguito presso i Servizi mentre in Calabria ben il 27,3% dei soggetti è stato trattato nelle strutture riabilitative.

L'importanza del fattore sesso è leggermente più evidente rispetto al totale dei soggetti in carico con un rapporto “utenti maschi/utenti femmine” pari, per il totale Italia, a 6,8:1; anche in tal caso e in misura maggiore il dato presenta una forte variabilità geografica.

Nel corso dell'anno 2000 i Servizi hanno temporaneamente trattato, oltre ai soggetti in carico, su tutto il territorio nazionale, un totale di 25.851 soggetti (22.143 maschi; 3.708 femmine) in carico presso un altro Servizio (soggetti “appoggiati”).

L'analisi dell'utenza per classi di età indica che i soggetti presi in carico nel 2000 hanno più frequentemente tra i 25 e i 34 anni di età (51,0%).

Nel tempo si osserva un evidente e progressivo invecchiamento dell'utenza: nel periodo in esame il numero di soggetti di età 20-24 è diminuito percentualmente (28,6% nel 1991; 14,7% nel 2000) mentre per le fasce di età più avanzate (35-39 anni; >40 anni) si è avuto, nello stesso periodo, un regolare aumento. La classe 25-29 anni è in costante diminuzione, particolarmente evidente dal 1997, e rappresenta la modalità prevalente fino al 1998; successivamente è stata sostituita dalla classe 30-34 anni che presenta valori sostanzialmente stabili dal 1995 (26,5% nel 2000).

Tale invecchiamento ha determinato un andamento temporale tendenzialmente crescente dell'età media degli utenti, evidente anche dall'analisi per sesso e in base all'anzianità (nuovi utenti e utenti già in carico).

L'82,7% degli utenti in carico nel 2000 ha assunto primariamente eroina; l'uso primario di cannabinoidi e di cocaina ha riguardato, rispettivamente, l'8,0% e il 5,3% dei soggetti trattati nel corso dell'anno.

Analizzando la distribuzione degli utenti per sostanza nel tempo si nota che è diminuito percentualmente il ricorso all'eroina (91,2% al 1992; 85,6% al 1998; 82,7% al 2000), mentre è aumentato dal 1995 quello relativo alla cocaina; la percentuale di utilizzatori di cannabis, in aumento fino al 1998, si è attualmente stabilizzata intorno al valore dell'8,0%.

Sono presenti forti differenze territoriali. In Piemonte, in Valle d'Aosta, nella Provincia autonoma di Trento, nel Lazio e in Sardegna sono eroinomani oltre il 90% degli utenti; viceversa l'uso di tale sostanza è relativo al massimo all'80% dei soggetti nella Provincia autonoma di Bolzano, in Veneto, nel Friuli Venezia Giulia, nelle Marche, in Abruzzo, in Molise, in Campania e in Puglia.

Nella Provincia Autonoma di Bolzano, nelle Marche, in Molise almeno il 14% degli utenti fa uso di cannabinoidi; infine in Lombardia e in Puglia si registrano le più alte percentuali di assunzione in via primaria di cocaina (rispettivamente 10,1% e 7,4%).

Per quanto riguarda l'uso secondario nel 2000 le sostanze più frequentemente assunte dai soggetti in carico ai Servizi sono state i cannabinoidi (34,8%), la cocaina (22,9%), l'alcool (13,0%) e le benzodiazepine (11,5%).

Nel periodo osservato si nota la diminuzione dell'uso secondario di benzodiazepine (23,9% nel 1991; 11,5% nel 2000) e, anche se meno regolarmente, di cannabinoidi (41,8% nel 1996; 39,2% nel 1998; 34,8% nel 2000); parallelamente è quasi raddoppiato il ricorso alla cocaina (12,7% nel 1994; 22,9% nel 2000); l'uso di alcol, dapprima tendenzialmente stabile, diminuisce dal 1998.

Relativamente ai trattamenti erogati dai SERT nel 2000 sono stati sottoposti a programmi farmacologici, anche integrati, il 64,0% degli utenti: per il 51,9% si è fatto ricorso al metadone (10,0% a breve termine; 12,6% a medio termine; 29,3% a lungo termine), per il 3,3% al naltrexone, per il 1,9% alla clonidina e per il 7,0% a farmaci non sostitutivi di altro tipo; tale trattamenti sono stati effettuati per la maggior parte nei Servizi pubblici (58,4% del totale dei soggetti trattati) ma anche, in minima parte, nelle strutture riabilitative (2,2%) e in carcere (3,5%).

Il restante 36,0% dei soggetti in carico ha seguito trattamenti esclusivamente di tipo psicosociale e/o riabilitativo (il 25,2% nei Servizi pubblici; il 5,4% nelle strutture riabilitative; il 5,3% in carcere).

In particolare il 32,4% di questi utenti è stato sottoposto a sostegno psicologico (24,8% nei Servizi; 3,4% nelle strutture; 4,2% in carcere), l'11,7% a psicoterapia (10,2% nei Servizi; 1,1% nelle strutture; 0,4% in carcere) e il 55,9% a interventi di servizio sociale (40,2% nei Servizi; 7,8% nelle strutture; 7,9% in carcere).

Si osserva che l'uso del metadone a fini terapeutici è aumentato progressivamente nel periodo osservato (30,3% al 1991; 51,9% al 2000) a causa dell'incremento dei programmi terapeutici a medio/lungo termine: infatti, mentre i trattamenti a breve termine sono passati dal valore del 12,0% al 1997 all'attuale 10,0%, quelli a medio e a lungo termine, pari rispettivamente a 10,8% e a 24,4% nel 1997, sono aumentati fino ai valori al 2000 di 12,6% e di 29,3%. Parallelamente diminuisce il ricorso a trattamenti con naltrexone (8,6% al 1992; 3,3% al 2000), con clonidina (7,4% al 1991; 1,9% al 2000) e con altro tipo di farmaci non sostitutivi (16,5% al 1991; 7,0% al 2000).

In particolare nel 2000 del totale dei soggetti trattati con metadone il 56,4% è stato sottoposto a programmi a lungo termine (di durata superiore a sei mesi), il 24,3% a programmi a medio termine (di durata superiore a 30 giorni e inferiore a 6 mesi) e il 19,3% a programmi a breve termine (al massimo di 30 giorni).

Se si confrontano tali percentuali con quelle relative al 1998 (rispettivamente 52,1%, 24,4% e 23,5%) e al 1999 (rispettivamente 54,7%, 24,8%, 20,5%) si conferma la tendenza già evidenziata dell'aumento della quota di programmi a lungo termine.

La distribuzione dei soggetti per tipologia di trattamento presenta una marcata variabilità regionale: nelle Marche e in Molise, rispettivamente, il 55,5% e il 61,4% degli utenti è stato trattato con programmi psicosociali e/o riabilitativi; al contrario nel Friuli Venezia Giulia, in Liguria, nel Lazio e in Sardegna il trattamento farmacologico, sostitutivo e non sostitutivo, anche integrato, è stato utilizzato per almeno il 70% degli utenti (rispettivamente 80,5%, 73,4%, 87,8 e 73,7%).

Analizzando le singole tipologie di trattamento farmacologico si osserva che nella Provincia autonoma di Trento, nel Lazio, in Campania e in Sardegna più del 60% degli utenti è stato trattato con metadone, soprattutto a lungo termine.

Per i trattamenti psicosociali a livello territoriale si nota che, in quasi tutte le regioni, sono costituiti per lo più da interventi di servizio sociale con percentuali che possono anche superare il 65% (Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Abruzzo, Molise, Basilicata, Calabria); solo in Valle d'Aosta, nella Provincia autonoma di Bolzano, in Umbria, nel Lazio e in Sardegna il tipo di programma psico-sociale e/o riabilitativo più utilizzato è stato il sostegno psicologico (rispettivamente 46,7%, 52,3%, 60,9%, 39,3% e 57,1%).

Per quanto riguarda la psicoterapia si notano percentuali elevate, superiori al 20%, nella Valle d'Aosta (20,6%) e nel Lazio (25,8%); in quest'ultima regione peraltro si evidenzia la maggiore equidistribuzione tra le diverse tipologie di trattamento.

Il fenomeno su scala nazionale nell'anno 2001

Un altro dato di confronto è offerto dalla "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2001" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Il documento rivela che l'età media degli utenti dei Servizi per le Tossicodipendenze è di circa 32 anni e che il 49% dei soggetti ha un'età compresa fra i 25 ed i 34 anni.

Il confronto tra la distribuzione dei casi incidenti e quelli già presenti in trattamento mostra che le due popolazioni sono diverse per quanto riguarda l'età.

La classe d'età modale per i "vecchi utenti" è 30-34 anni (circa il 28%) mentre per i "nuovi casi" la classe modale è fra i 20-24 (circa il 25%).

Sommando le classi di età superiori, emerge che circa il 49% dei vecchi utenti ha un'età compresa fra i 30 ed i 39 anni, mentre il 45% dei nuovi ha un'età compresa fra i 25 ed i 34 anni.

L'eccezione è rappresentata dall'utenza del Sud mediamente più giovane (l'età media è vicina ai 31 anni): il 29% degli utenti presenti dagli anni precedenti ha un'età compresa fra i 25 ed i 29 anni ed il 28% fra i 29 ed i 34, mentre per quanto riguarda i casi incidenti, il 29% ha un'età compresa fra i 20 ed i 24 anni ed il 28% fra i 25 ed i 29.

A livello nazionale, la percentuale di giovanissimi, al di sotto dei 19 anni, si è assestata sul 3%, rimanendo stabile nel corso dell'intero periodo 1998-2001.

Tale distribuzione è rimasta sostanzialmente invariata anche all'interno delle singole macroaree, anche se nel Nord-Est la percentuale è leggermente superiore (4%) rispetto a quanto rilevato nelle altre aree.

Nei nuovi utenti, la percentuale nazionale di soggetti al di sotto dei 19 anni, si assesta sull'8%, valore leggermente inferiore a quanto registrato nel triennio precedente (9% nel 1998, 10% nel 1999 e 9% nel 2000). Anche per quanto riguarda questi soggetti, nel Nord-Est si rileva un dato superiore, circa l'11% dell'intera popolazione dei Servizi per le Tossicodipendenze, percentuale leggermente inferiore al 13% registrato negli anni 1998-2000.

Il rapporto maschi/femmine (6/1) viene evidenziato sia dai dati forniti dal Ministero della Salute, per i soggetti trattati presso i servizi pubblici (Ser.T.), che da quelli forniti dal Ministero dell'Interno relativamente ai soggetti trattati presso le strutture del privato sociale. Nella popolazione di soggetti che manifesta una domanda di trattamento, le sostanze di abuso primario più diffuse continuano a rimanere l'eroina (81%), i cannabinoidi (8%) e la cocaina (circa il 6%).

IL FENOMENO SU SCALA REGIONALE: LA CAMPANIA NEL 2001

Sempre dalla fonte precedentemente citata, la “**Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2001**” del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, riporta dati utili ad inquadrare il fenomeno nel contesto della regione Campania.

La rete dei Servizi

Dalla Relazione emerge che su 13 Aziende Sanitarie solo in due è stato istituito il Dipartimento di Farmacodipendenze e Dipartimento delle Dipendenze Patologiche.

I Ser.T. operanti in Campania sono 44 oltre un Centro Diurno Sovradistrettuale (U.O.T.) ed una Unità Operativa Interdistrettuale (U.O.I.).

Su un'utenza regionale di 10.410 soggetti intervengono 462 operatori distribuiti per professionalità come indicato nella tabella 1.

Tabella 1: Operatori dei Ser.T.

Medici	Psicologi	Infermieri	Ass. Sociali	Educatori	Amm.vi	Altro	Totale
99	76	118	83	7	14	65	462

Tabella 2: Enti ausiliari

N° enti ausiliari	N° sedi operative	N° posti residenziali	N° posti semiresidenziali	N° operatori	Utenza in carico
22	37	550	419	363	2048

I provvedimenti regionali più significativi attuati a livello regionale nell'anno 2001 sono stati i seguenti:

- ↑ Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;
- ↑ linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti;
- ↑ riparto e assegnazione del Fondo d'intervento lotta alla droga DGR. n. 314/2000.

La gestione fondo lotta alla droga

Con il DGR n.6059 del 9 novembre 2001 sono stati approvati i progetti triennali 97/99.

Per l'anno 1997 sono stati finanziati 144 progetti di cui:

- ↑ 86 nel Settore “Prevenzione”;
- ↑ 20 nel Settore “Riduzione Danno”;
- ↑ 28 nel Settore “Reinserimento Lavorativo”;
- ↑ 10 nel Settore “Attività Integrative Innovative”.

Per l'anno 1998 sono stati finanziati 137 progetti di cui:

- ↑ 80 nel Settore "Prevenzione";
- ↑ 22 nel Settore "Riduzione Danno";
- ↑ 25 nel Settore "Reinserimento Lavorativo";
- ↑ 10 nel Settore "Attività Integrative Innovative".

Per l'anno 1999 sono stati finanziati 127 progetti di cui:

- ↑ 78 nel Settore "Prevenzione";
- ↑ 20 nel Settore "Riduzione Danno";
- ↑ 20 nel Settore "Reinserimento Lavorativo";
- ↑ 9 nel Settore "Attività Integrative Innovative".

I progetti regionali in corso

- ↑ Aggiornamento operatori dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze .
- ↑ Corso di formazione "Lo sviluppo di un modello di valutazione tra pari per i centri di trattamento del S.S.N. e degli Enti accreditati" che propone un modello di verifica degli interventi di tipo socio-sanitario e di quelli di tipo medico-farmacologico, con durata triennale.
- ↑ Corso di formazione "Servizi Sanitario Nazionale e prevenzione primaria" che propone come obiettivo interventi preventivi non solo di strategie informative ma anche educative che tengano conto di tutte le dimensioni della persona, con durata triennale .
- ↑ "Corsi master per la formazione di formatori e corsi destinati agli operatori dei servizi pubblici e privati per le tossicodipendenze ed alcoolismo".

Per quanto concerne l'adesione a progetti nazionali:

- ↑ Corso Formativo Responsabile Interno Sistema Qualità Ser.T. (RISQ).
- ↑ Progetto "Attivazione di un gruppo di cooperazione sulla epidemiologia delle tossicodipendenze tra le istituzioni centrali, gli Enti di ricerca e le Amministrazioni regionali".
- ↑ Progetto nazionale "Implementazione di un sistema di allerta rapido sulla comparsa di nuove sostanze stupefacenti".

Le risorse finanziarie impegnate per fronteggiare l'emergenza droga sono riportate in tab. 3.

Tabella 3: I costi della rete dei servizi

Servizi territoriali	Comunità terapeutiche	Fondo lotta alla droga	Totale Euro
E 14.999.930,65	E 8.272.676,89	E 3.758.649,62	E 27.031.257,16

Gli obiettivi per il 2002

Per il 2002, a livello di regione Campania sono stati definiti i seguenti obiettivi:

- ↑ definizione dell'organizzazione dei Servizi Territoriali;
- ↑ miglioramento della qualità delle prestazioni dei servizi, mirando all'aggiornamento costante degli operatori pubblici e privati;
- ↑ programma di prevenzione rivolto alle fasce a rischio su tutto il territorio regionale;
- ↑ informatizzazione, con l'installazione del portale assistenza servizio tossicodipendenze ed alcoolismo.

L'operatività dei servizi

Sempre nel documento citato "Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 2001" del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, vengono riportati i dati relativi alla regione Campania nel 2001.

La quantificazione del fenomeno su scala regionale è stata effettuata seguendo i flussi di utenza dei Ser.T., avvalendosi di modelli di rilevamento semestrali e annuali per la raccolta dati, la cui elaborazione ha permesso di effettuare una migliore analisi dell'utenza rispetto agli anni precedenti. Per la valutazione del fenomeno si è tenuto conto anche del lavoro operato dai centri di Ascolto e dalle Unità di Strada finanziati ai sensi della Legge 86/97.

Nel corso del 2001 il numero dei tossicodipendenti in carico presso i servizi pubblici della Campania sono risultati 10.410 (9.595 maschi e 815 femmine pari, rispettivamente al 92% e al 8% del totale) (Tabella 4)

Tabella 4: Utenza tossicodipendenza in carico ai Ser.T. della Campania nell'anno 2001

Maschi	Percentuali di maschi	Femmine	Percentuali di femmine	Totale
9595	92%	815	8%	10.410 (100%)

Gli utenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative accreditate sono state 1.164 (1.069 maschi e 95 femmine).

Le principali sostanze di abuso (Tabella 5) sono state eroina (8900 utenti pari al 86%), cannabinoidi (870 utenti pari al 8%), cocaina (400 utenti pari al 4%) e altro (240 utenti pari al 2%) compreso l'utenza di ecstasy che risulta in continua crescita e che, secondo dati provvisori, tende a stabilizzarsi intorno al 3%, pari ad una utenza di 310 unità. Il trend dell'età è in media tra i 25-29 anni.

Infine dai dati è risultato che ci sono stati diciotto decessi per eroina.

Tabella 5: Sostanze d'abuso primario

Sostanze	Consumatori	Percentuali di consumatori
Eroina	8900	86%
Cannabinoidi	870	8%
Cocaina	400	4%
Altro	240	2%
Totale	10.410	100%

I soggetti in carico ai servizi pubblici di cura e riabilitazione seguono i percorsi di trattamento descritti nella Tabella 6:

Tabella 6: Tipologia di intervento

	Servizi	Strutture riabilitative	Carcere
Tipo di trattamento	N° di trattamenti	N° di trattamenti	N° di trattamenti
Psico-sociale e/o riabilitativo	18.919	2.264	1.438
Medico farmacologico	14.929	35	124

LA REALTÀ DEL COMUNE DI MADDALONI

Per quanto riguarda la realtà di Maddaloni va detto che è più vera che altrove la considerazione che ai servizi pubblici arrivano i soggetti che “non hanno alternative di cura” cioè quelli con più difficoltà socio – economiche.

Alla data del 31 luglio 2002 risultano essere stati seguiti presso il Servizio Pubblico per le tossicodipendenze del Comune di Maddaloni **n. 596 utenti tossicodipendenti** di cui n. 312 risultano residenti nel Comune di Maddaloni.

E' vero che i dati relativi all'utenza del SerT non sono assolutamente rappresentativi della complessità del fenomeno, è anche vero che essi rivelano la quota di realtà che comprende i soggetti “senza alternative” dal punto di vista socio – economico e che, pertanto, fanno riferimento al servizio pubblico.

Il SerT dell'ASL CE/1 raccoglie un'utenza “estesa” anche ai comuni limitrofi. Ci è sembrato utile analizzare i dati relativi anche alle realtà viciniori dal momento che il fenomeno della tossicodipendenza maddalonese non è racchiuso nei confini del comune di Maddaloni ma ha riferimenti nei territori di San Felice, Cancellò, Santa Maria a Vico, San Marco Evangelista, Acerra.

Alla data del settembre 2002 risultano in carico al SerT di Maddaloni 596 utenti di cui il 47.65% (Tab. 7) risiede a Maddaloni.

Tabella 7: Utenti in carico al Ser.T. di Maddaloni

Provenienza territoriale	Numero di utenti
Comune di Maddaloni	312 (52.35%)
Altri Comuni	284 (47.65%)
Totale	596 (100%)

Un “calcolo spicciolo” rivela che il SerT di Maddaloni ha in carico oltre il doppio dell'utenza media a livello nazionale di un SerT che nel 2000 ammontava a 287 soggetti. La sola utenza di Maddaloni pari a 284 unità, si avvicina all'utenza media nazionale di un SerT.

Su un territorio di circa 40.000 abitanti 284 persone risultano ufficialmente tossicodipendenti. Si tratta di 7 persone ogni mille abitanti. Il dato dà ancora più da pensare se consideriamo la sola popolazione giovanile tra i 15 e i 40 anni composta da 14.804 soggetti. Si tratta di quasi 20 persone ogni 1000 abitanti. A questo dato va poi sommato quello di tutti coloro che, grazie a condizioni socio – economiche privilegiate, riescono a gestire in maniera autonoma i bisogni legati alla dipendenza senza dover ricorrere al servizio pubblico.

L'utenza del Ser.T. è tipicamente maschile. Su 596 unità solo 6 sono di sesso femminile.

Tabella 8: Utenti in carico al Ser.T. di Maddaloni suddivisi per sesso

Sesso	Frequenza %
Maschi	590 (99%)
Femmine	6 (1%)
Totale	596 (100%)

Il 60% degli utenti in carico al SerT ha un'età compresa tra i 18 e i 30 anni (Tab. 8). Sfugge al servizio pubblico tutta la fascia di soggetti tossicodipendenti o consumatori occasionali di sostanze che hanno meno di 18 anni. Su questi soggetti manca qualsiasi tipo di informazione non essendo possibile reperire dati in maniera diretta attingendo le informazioni dagli interessati.

Ben il 75% dei tossicodipendenti censiti dal SerT ha iniziato ad assumere sostanze all'età di 14 anni (tab. 9). Ciò vuol dire che le attività di prevenzione devono rivolgersi alla fascia di età inferiore ai 14 anni.

Tabella 9: Utenti in carico al Ser.T. di Maddaloni suddivisi per classi di età

Classi di età	Frequenza %
18 - 20 anni	30 (5%)
20 - 30 anni	328 (55%)
30 - 40 anni	149 (25%)
40 - 50 anni	89 (15%)
Totale	596 (100%)

La presenza di un 15% di utenti con un'età compresa fra i quaranta e i cinquant'anni (tab. 10) offre un elemento di riflessione sul vissuto di malessere nella popolazione adulta, da individuare ed approfondire.

Tabella 10: Età “di debutto”

Età	Frequenza %
14 anni	447 (75%)
20 anni	119 (20%)
30 anni	30 (5%)
Totale	596 (100%)

Circa le sostanze di “debutto” nel mondo della tossicodipendenza, sono i cannabinoidi a detenere il primato delle sostanze più gettonate nel 70% dei casi (tab. 11).

Tabella 11: Sostanza “di debutto”

Sostanza	Frequenza %
Cannabinoidi	417 (70%)
Eroina	149 (25%)
Cocaina	30 (5%)
Totale	596 (100%)

I soggetti in carico ai servizi dichiarano che si procurano le sostanze acquistandole dai “rivenditori”. Ma come si procurano il denaro? Attraverso lavori e lavoretti, e non solo. Il 33% degli utenti del SerT ha avuto, infatti, esperienze di carcere (tab. 12)

Tabella 12: Eventuali esperienze di carcere

Esperienza di carcere	Frequenza %
No esperienze di carcere	399 (67%)
Dai 3 mesi ai 4 anni	179 (30%)
Per più di quattro anni	18 (3%)
Totale	596 (100%)

Il 50% (tab. 13) è disoccupato mentre solo il 2% risulta impiegato stabilmente. Questo dato conferma la considerazione che al servizio pubblico ricorre solo chi non ha alternative. Conferma anche il corollario di questa considerazione: il fenomeno rappresentato dai dati in possesso dei servizi pubblici preposti è notevolmente sottodimensionato rispetto alla reale entità dello stesso.

Tabella 13: Condizione lavorativa propria

Condizione lavorativa	Frequenza %
Disoccupati	298 (50%)
Operai generici	178 (30%)
Gestori di attività in proprio	108 (18%)
Impiegati	12 (2%)
Totale	596 (100%)

La condizione lavorativa dei genitori rivela un 45% di operai generici ed un 20% di disoccupati. Anche la provenienza socio – economica presenta una certa regolarità collocandosi nella fascia di reddito medio – bassa.

Tabella 14: Condizione lavorativa dei genitori

Condizione lavorativa	Frequenza %
Professionisti	59 (10%)
Operai generici	267 (45%)
Disoccupati	120 (20%)
Commercianti	120 (20%)
Pensionati	30 (5%)
Totale	596 (100%)

Anche il livello di scolarizzazione rivela che il 30% degli utenti in carico ai servizi ha la licenza media e che il 50% ha solo la licenza elementare (tab. 15)

Tabella 15: Titolo di studio proprio

Titolo di studio	Frequenza %
Diploma superiore	120 (20%)
Licenza media	178 (30%)
Licenza elementare	298 (50%)
Totale	596 (100%)

Va ribadito che non sono solo i soggetti con bassa scolarizzazione a fare uso di sostanze. Il soggetto con più alta scolarizzazione che fa uso di sostanze ha, spesso, una rete di relazioni ed una possibilità economica tali da consentirgli altri percorsi di gestione della dipendenza.

Anche i servizi pubblici avviano, laddove è possibile, dei processi di recupero attraverso l'invio nelle comunità. Il 40% degli utenti in carico al SerT di Maddaloni ha fatto esperienza di comunità di recupero fino a 2 anni di permanenza (tab. 16).

Tabella 16: Eventuali esperienze di comunità di recupero e tempi di permanenza

Esperienza di comunità	Frequenza %
No esperienze di comunità	358 (60%)
Dai 2 mesi ai 2 anni	238 (40%)
Totale	596 (100%)

Se non in comunità gli utenti del SerT di Maddaloni vivono per il 60% (tab. 17) nel nucleo familiare di origine, con i propri genitori. Il 35% ha costruito una propria famiglia ed il 5% vive da solo.

Tabella 17: Nucleo familiare convivente

Nucleo familiare convivente	Frequenza %
Famiglia di origine	358 (60%)
Famiglia propria	208 (35%)
Vivono da soli	30 (5%)
Totale	596 (100%)

Anche il quartiere di residenza contribuisce a delineare il profilo dell'utente "tipo" del Ser.T: 35% proviene da Via Feudo e da Via Cucciarella; il 40% da Via Napoli. In queste vie sono ubicati molti edifici per l'edilizia popolare destinati ad ospitare nuclei familiari con reddito basso.

Tabella 18: Quartiere di residenza

Quartiere di residenza	Frequenza %
Via Feudo/Via Cucciarella	208 (35%)
Via Napoli	238 (40%)
altro	150 (25%)
Totale	596 (100%)

ALCUNE RIFLESSIONI.....

Tutti gli educatori e gli operatori che si muovono nel campo della prevenzione sul nostro territorio, hanno purtroppo sperimentato che non si può stare dietro alle sostanze in termini di “fa male”, “non fa male”. Né si può lasciare il servizio per le tossicodipendenze, - o comunque il servizio così come è organizzato in questo momento – come l’unico delegato ad affrontare il problema.

Da solo il servizio che si occupa delle dipendenze non basta, né possono essere soltanto le agenzie che si occupano dei giovani, ad affrontare i discorsi delle dipendenza.

Devono cominciare ad essere soprattutto i soggetti che hanno la responsabilità dell’organizzazione e della gestione del territorio e coloro che detengono la responsabilità della trasmissione dei valori morali, etici, all’interno del comune, quelli, cioè, che hanno la responsabilità complessiva, a farsi carico di un programma globale di prevenzione delle tossicodipendenze.

Il problema, quindi, non può essere affrontato soltanto nel SerT, o con il SerT, ma va allargato molto, attraverso l’effettiva costruzione di una rete di soggetti che si occupano in generale del mondo giovanile. Un sistema di servizi capace di stare sul territorio, capace di *leggere* quella che è la realtà che ci troviamo di fronte, e di agire più efficacemente, attivando una serie di strumenti che travalicano le competenze dei SerT.

Nel breve periodo è impossibile rimuovere le cause di ordine sociale, economico e psicologico che spingono i ragazzi ad assumere sostanze.

Occorre però iniziare un percorso di “responsabilizzazione” di tutto il territorio per costruire un contesto sociale di serenità e sicurezza attraverso la creazione della comunità, la costruzione di coesione sociale, di inclusione sociale.

E’ anche questo lo strumento adatto a creare le condizioni per il benessere di tutti i cittadini. Nel frattempo si può agire, in sinergia con quanto già realizzano in maniera efficace molti istituti scolastici del territorio, promuovendo campagne informative nei luoghi “altri dalla scuola” in cui vivono i giovani, basate soprattutto sulla responsabilizzazione più che sulla proibizione, perché per i giovani la proibizione significa anche stimolo alla trasgressione, questo dobbiamo averlo molto chiaro, esattamente così come non si può continuare - e per fortuna lo si fa sempre meno - basare queste campagne sul terrorismo che le sostanze fanno male.

La grande tragedia della diffusione dei cannabinoidi è, forse, dovuta proprio a questo approccio inadeguato, all’accentuare, cioè, la dannosità delle sostanze, constatando che in fondo non è che facciano tanto più male di altre sostanze che vengono vendute e che ugualmente sono dannose se abusate, di cui invece non viene enfatizzato il loro far male.

Quando si decide di promuovere campagne di questo tipo bisogna essere anche credibili, non si possono enfatizzare soltanto le cose che si vogliono veicolare come obiettivo finale. Vanno attuate, perciò, delle campagne basate soprattutto sulla responsabilizzazione, badando anche a fare molta attenzione a che non si determini l'emarginazione, o la marginalizzazione, di chi in un qualche modo usa queste sostanze.

L'obiettivo ultimo di chi ha il dovere di agire per il futuro del nostro territorio è di mettere in nostri giovani in condizioni di vivere una vita consapevole e serena.