

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

X

SEDUTA DI GIOVEDÌ 1° APRILE 1993

(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)

AUDIZIONE DEL MINISTRO DEGLI AFFARI SOCIALI, PROFESSOR ADRIANO BOMPIANI, RIGUARDO I PROVVEDIMENTI PRESI DAL GOVERNO NONCHÉ LE INIZIATIVE CHE INTENDE PRENDERE IN ATTUAZIONE DELLA DISCIPLINA LEGISLATIVA VIGENTE SULL'USO DEGLI STUPEFACENTI E DELLE SOSTANZE PSICOTROPE, PER LA PARTE RELATIVA AGLI INTERVENTI PREVENTIVI, CURATIVI E RIABILITATIVI PRESSO STRUTTURE TERAPEUTICO-RIABILITATIVE E SOCIO-ASSISTENZIALI DIVERSE DALLE USL ED IN PARTICOLARI COMUNITÀ TERAPEUTICHE

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LINO ARMELLIN

INDICE DEGLI INTERVENTI

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro degli affari sociali, professor Adriano Bompiani, riguardo i provvedimenti presi dal Governo nonché le iniziative che intende prendere in attuazione della disciplina legislativa vigente sull'uso degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, per la parte relativa agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali diverse dalle USL ed in particolari comunità terapeutiche:		Conti Giulio (gruppo MSI-destra nazionale)	242
Armellin Lino, <i>Presidente</i>	233, 240, 243	Curci Francesco (gruppo PSI)	242
Bompiani Adriano, <i>Ministro degli affari sociali</i>	233, 239, 240, 243	Garavaglia Mariapia (gruppo DC)	242
Caccavari Rocco (gruppo PDS)	242	Giannotti Vasco (gruppo PDS)	240
		Mori Gabriele (gruppo DC)	241, 242
		Pivetti Irene (gruppo della lega nord)	242
		Poggiolini Danilo (gruppo PRI)	239
		Sulla pubblicità dei lavori:	
		Armellin Lino, <i>Presidente</i>	233
		ALLEGATO: Documentazione presentata dal ministro degli affari sociali, professor Adriano Bompiani	245

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 9,40.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Informo la Commissione che l'onorevole Marco Pannella ha chiesto, a nome del gruppo federalista europeo, che la pubblicità della seduta sia assicurata anche mediante ripresa audiovisiva a circuito chiuso.

Se non vi sono obiezioni, rimane così stabilito.

(Così rimane stabilito).

Audizione del ministro degli affari sociali, professor Adriano Bompiani, riguardo i provvedimenti presi dal Governo nonché le iniziative che intende prendere in attuazione della disciplina legislativa vigente sull'uso degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, per la parte relativa agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali diverse dalle USL ed in particolari comunità terapeutiche.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera, del ministro degli affari sociali, professor Adriano Bompiani, riguardo i provvedimenti presi dal Governo nonché le iniziative che intende prendere in attuazione della disciplina legislativa vigente sull'uso degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope, per la parte relativa agli interventi preventivi, curativi e riabilitativi presso strutture terapeutico-riabilitative e socio-

assistenziali diverse dalle USL ed in particolari comunità terapeutiche.

Prima di dare la parola al ministro Bompiani, che ringrazio per per accolto il nostro invito, desidererei sottolineare la particolare importanza e attualità che riveste lo specifico punto dell'attività delle comunità terapeutiche.

ADRIANO BOMPIANI, Ministro degli affari sociali. Vorrei ringraziare anzitutto il presidente per il suo invito così cortese e tempestivo, al quale ho cercato di far fronte anche con la redazione di una relazione che consegnerò alla presidenza, e che illustra alcune caratteristiche delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali, e come si sono sviluppate fino ad oggi.

Sottolineo la tempestività dell'audizione odierna in quanto proprio ieri sera è avvenuta la conclusione e la presentazione della relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, sulle strategie adottate e sugli obiettivi raggiunti nel 1992. Mi riferisco alla relazione annuale prevista dalla legge sull'intera materia della tossicodipendenza e sulle azioni che si svolgono nel paese per il contenimento del traffico di droga e per la terapia di recupero e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Tale relazione è stata inviata ai Presidenti delle Camere e al Presidente del Consiglio. A partire da oggi essa potrà essere trasmessa ai presidenti delle Commissioni di merito e, dopo aver conosciuto le intenzioni del Presidente del Consiglio, presentata ufficialmente alla stampa.

In ogni caso si tratta di un adempimento di quanto previsto all'articolo 1, comma 14, del testo unico approvato con il

decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, modificato dall'articolo 10 del decreto-legge 13 marzo 1993, n. 60, a sua volta reiterazione di un precedente decreto, che ha spostato i termini di presentazione della relazione al 31 marzo per motivi di natura tecnica, ossia per avere la certezza — per quanto essa sia possibile nell'ambito dei temi statistici — dei rilievi compiuti fino al 31 dicembre 1992. Infatti, quando si deve presentare all'inizio dell'anno una relazione, i dati relativi alle ultime settimane dell'anno precedente sono ovviamente imprecisi, in qualche modo ipotetici. Da qui la decisione di spostare al 31 marzo la data di presentazione della relazione, per consentire appunto una completa analisi dei dati raccolti.

A maggior ragione questa decisione appare utile (come vedremo quando esamineremo la relazione nel suo complesso) in relazione al problema delle morti per overdose (i dati delle ultime settimane sono sempre, ripeto, *sub iudice*; in questo modo abbiamo invece la certezza); sono comunque disponibile, se il presidente lo riterrà opportuno, ad affrontare anche questo argomento.

Alla luce di questa premessa, passo ora ad illustrare l'argomento oggetto dell'audizione. Non vi è dubbio, e i dati che riferirò lo dimostreranno, che è aumentata l'importanza rivestita dalle cosiddette comunità terapeutiche — denominazione molto ampia che ricomprende diverse strutture — nella lotta alla tossicodipendenza, sia in Italia che in altri paesi. La caratteristica italiana, però, è di aver sviluppato molto questo fenomeno: in Francia, dove sono state alcune settimane fa, le comunità terapeutiche sono in numero minore, così pure in altri paesi. Si tratta, ripeto, di esperienze caratteristiche del nostro paese, molto positive sotto alcuni aspetti perché in generale operano in queste strutture persone motivate sul piano della solidarietà sociale, le quali si offrono per il recupero dei tossicodipendenti.

Le comunità hanno iniziato la loro attività prima del 1985 (a quell'epoca se ne potevano contare 200-250). Si ritenne

quindi opportuno dare un primo riconoscimento, una disciplina, per consentire a tali strutture di accedere a sussidi e finanziamenti da parte dello Stato attraverso le procedure che furono indicate nel decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, recante « Norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate ». Quel decreto venne poi convertito nella legge n. 297 del 1985. A seguito di tale normativa le comunità terapeutiche hanno ricevuto indubbiamente uno stimolo e sono aumentate di numero nel corso degli anni.

La suddetta legge si è limitata a sancire la possibilità che il Ministero dell'interno potesse erogare contributi destinati a comuni, enti, associazioni di volontariato, cooperative e privati che operassero senza scopo di lucro e con le specifiche finalità di cui all'articolo 1 e che si coordinassero con le strutture delle unità sanitarie locali mediante apposite convenzioni. La normativa — è bene sottolinearlo — stabiliva inoltre un principio di ordine generale, per così dire etico, sancendo che le comunità non dovessero impiegare forme di intervento che non rispettassero il diritto all'autodeterminazione dei tossicodipendenti, avvalendosi di interventi violenti o coattivi contrari allo spirito e alle norme dell'ordinamento. Tale principio, stabilito — ripeto — già nella normativa del 1985, è stato poi richiamato in successivi atti, come la legge n. 162 del 1990 e il testo unico n. 309 del 1990.

Nel 1990, però, sono state introdotte due novità: innanzi tutto l'istituzione degli albi delle organizzazioni di volontariato, di cooperative di solidarietà sociale e di comunità terapeutiche che intendevano impegnarsi per la prevenzione e il recupero. È proprio l'iscrizione all'albo che consente di ottenere contributi attraverso le convenzioni. Tale iscrizione, infatti, è stata ritenuta in qualche modo obbligatoria per ottenere le convenzioni, anche se questo principio non è stato chiaramente esplicitato. In altre parole, senza l'iscrizione

all'albo non si può presentare la domanda per ottenere i contributi, ma rimane un po' equivoca — ripeto — la questione dell'obbligatorietà.

Sempre con la legge n.162 del 1990 fu introdotta la possibilità di concessione di edifici o aree appartenenti allo Stato, alle regioni e agli enti locali in uso gratuito agli enti iscritti agli albi, purché destinassero gli immobili alle attività di prevenzione, recupero e reinserimento anche lavorativo. Quando esamineremo dettagliatamente la relazione sullo stato di attuazione della legislazione vigente vedremo come la concessione di edifici o aree alle comunità terapeutiche proceda molto a rilento: vi sono, infatti, molti inceppi di natura burocratica e di altro genere. Nonostante le nostre sollecitazioni dovrà prevedersi qualche azione più incisiva.

Sempre nella legge del 1990, sono stati poi previsti contributi per l'istituzione di nuove comunità, fino alla totale copertura della spesa necessaria per la costruzione, l'ampliamento e il recupero di immobili destinati a sedi di comunità. Nel triennio i finanziamenti sono stati portati a 150 miliardi e sono stati previsti finanziamenti di progetti elaborati da comunità e da cooperative di solidarietà sociale per favorire la formazione professionale e la prima occupazione di ex tossicodipendenti. Questa materia rientra nelle competenze del Ministero del lavoro ed è gestita dal fondo nazionale antidroga.

Vorrei ora accennare alle caratteristiche delle comunità terapeutiche, facendo una breve cronistoria di ordine generale. Le comunità sono nate negli Stati Uniti, con i gruppi di *self-help*, che ancora oggi esistono, e in un primo momento si sono occupate del trattamento degli alcolizzati per poi interessarsi anche degli assuntori di droga. Questi gruppi si sono poi frazionati in tanti settori, dando luogo ad una differenziazione culturale, di modalità, di metodi diversi di approccio al problema. Le esperienze europee sono state in generale più uniformi ed omogenee nel loro sviluppo: sono nate in Inghilterra e sono strettamente associate al principio inglese dell'antipsichiatria che, per chi non lo

ricordi, ha preceduto quello italiano, sia pure con diverse connotazioni.

L'Italia ha iniziato questo tipo di attività soprattutto attraverso lo spontaneismo o il volontarismo carico anche di preoccupazioni caritatevoli; moltissime comunità infatti sono nate, almeno all'inizio, nell'ambito del mondo cattolico, con l'impegno dei sacerdoti. Sono poi intervenute altre correnti culturali ed oggi la comunità terapeutica è ampiamente diffusa — ha raggiunto più di 600 unità — ed è molto differenziata e frazionata nelle caratteristiche tipologiche.

Recentemente sono stati finalmente adottati, con il decreto del 19 febbraio del 1993 del Ministero della sanità, due provvedimenti che erano stati a lungo studiati ed ai quali mi sono molto interessato da quando, nel giugno dello scorso anno, ho assunto la responsabilità del Ministero. Mi sono trovato dinanzi a tre o quattro schemi-tipo di convenzione, ma nessuno portato a compimento. Mi sto riferendo, da un lato, all'approvazione dello schema-tipo di convenzione tra unità sanitaria locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, e, dall'altro, all'approvazione dello schema di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Questi due schemi sono stati finalmente completati e pubblicati; possono quindi essere considerati ormai norme operative a tutti gli effetti. Essi sono contenuti nella documentazione che lascerò agli atti; la Commissione potrà pertanto esaminarli attentamente.

Ma perché sono importanti questi schemi? Anzitutto perché con essi si ribadisce che è necessaria la formazione degli albi definitivi a cui dovranno provvedere le regioni, pur essendo ammessa l'istituzione di albi provvisori, come è avvenuto in talune regioni. Naturalmente i contributi

non potranno essere concessi se non vi sarà la previa iscrizione all'albo.

Quanto poi allo schema di convenzione tra le unità sanitarie locali e le comunità terapeutiche, in generale, vengono indicate le diverse tipologie e caratteristiche alle quali debbono rispondere le comunità, dal punto di vista strutturale, per poter ottenere la convenzione. Lo schema di convenzione, oltre a individuare le tipologie e le caratteristiche delle comunità terapeutiche, contiene anche indicazioni circa l'ammissione alla terapia, la permanenza nella struttura, le verifiche periodiche, la conclusione del programma, i problemi della formazione, le questioni del finanziamento e via dicendo. Insomma, con tale schema di convenzione vengono fornite indicazioni precise circa l'attività che le comunità dovranno svolgere durante il cosiddetto percorso terapeutico.

È evidente che quei soggetti che non chiederanno la convenzione non saranno tenuti a seguire tali indicazioni. Questo è il punto sostanziale, dal quale sono nate quelle proposte di intervento, rese note ultimamente e che a mio avviso rappresentano una evoluzione di quello che potrà essere l'intervento dello Stato nell'ambito della disciplina di queste attività, fermo restando che occorrerà lasciare ampio margine alle iniziative e allo sviluppo delle caratteristiche, chiamiamole scientifiche, nonché alle modalità di cura adottate dalle comunità, sulle quali evidentemente lo Stato non dovrà interferire, limitandosi ad accertare che vengano rispettati certi principi a tutela della persona e del generale buon comportamento delle stesse comunità.

A questo punto potremmo soffermarci ampiamente sulle dimensioni, sulle caratteristiche e sull'organizzazione dell'attività psico-terapica. Normalmente, alla fase dell'accoglienza segue quella dell'accettazione. Quest'ultima si articola in quattro fasi: la prima, quella della terapia, prevede il graduale distacco dell'ospite dalle situazioni di provenienza e il suo graduale inserimento nell'attività della comunità terapeutica; la seconda, una partecipazione più attiva e responsabile dell'ospite nell'at-

tività della comunità; la terza fase, il reinserimento dell'ospite nell'ambiente sociale; la quarta ed ultima fase, non prevista in tutte le comunità, si occupa anche della sistemazione dell'ospite all'esterno della comunità. A mio parere, quest'ultima fase può essere considerata opzionale. È certamente un bene che vi siano iniziative collaterali esterne di reinserimento di colui che è ormai in grado di uscire dalla comunità, ma non è affatto detto che tale compito debba essere svolto direttamente dalla comunità e non piuttosto da cooperative sociali, con una formula che può essere anche più flessibile.

Credo sia opportuno ricordare che le comunità residenziali della prima generazione possono essere considerate in parte superate, pur mantenendo un certo valore, soprattutto in casi molto particolari in cui si rende necessario un forte impegno di psicoterapia, applicata secondo certe modalità. Generalmente, oggi tendono a svilupparsi comunità più flessibili, eventualmente semiresidenziali, ma soprattutto tendono ad emergere delle attività di sostegno al tossicodipendente: di *counselling* familiare e di *atelier* per le attività riabilitative. Una attenzione particolare merita il problema dell'ergoterapia, cioè della terapia del lavoro, nonché quello degli orientamenti professionali.

Quasi tutte le comunità terapeutiche prevedono una fase di ergoterapia, proprio perché la partecipazione dell'ospite al lavoro è un fatto importante. Alcune comunità conferiscono a questa fase un forte contenuto in termini di organizzazione e di pluralità di indicazioni anche economiche; altre fanno dell'ergoterapia uno strumento di sostegno all'obiettivo primario: quello della riabilitazione del soggetto, tanto è vero che il significato del lavoro e della giornata lavorativa viene da esse utilizzato non tanto per la produzione in sé, quanto per discussioni di gruppo, per far emergere i contenuti dell'impegno, della ristrutturazione della personalità.

Dall'insieme dell'analisi che abbiamo qui condotto, possiamo arrivare a delle conclusioni di ordine giuridico e pratico.

Sotto il primo profilo, ritengo che si debba affermare, in questo momento e per via interpretativa, il principio della obbligatorietà dell'iscrizione all'albo regionale per lo svolgimento delle attività di riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti, anche a prescindere dai rapporti fra comunità terapeutiche e strutture pubbliche.

Rimane indubbiamente aperto il problema della disciplina transitoria; in ogni caso, il principio sopra esposto si deve intendere applicato nei confronti di quei soggetti che chiedono l'apertura di una comunità terapeutica, una struttura per la quale è stabilito il numero minimo di soggetti da accogliere (otto ospiti) ma non il massimo. Una comunità con un numero inferiore di ospiti, da uno a sette, viene classificata sul piano della solidarietà spontanea: talune persone mettono a disposizione se stesse, la propria casa, la propria terra per vivere insieme ad altri individui, ospitandoli, senza chiedere nulla allo Stato. Tutto questo, evidentemente, rientra nella sfera del privato, non può essere in alcun modo soggetto a regolamentazione.

Ad ogni modo, qualora non si ritenessero in questo contesto sufficienti lo schema di convenzione e l'articolo 116 del decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 al fine di definire l'obbligatorietà dell'iscrizione all'albo regionale, si potrebbe intervenire con una norma di legge per rafforzare questa interpretazione e conferirgli valore di coerenza.

Al momento dell'iscrizione all'albo regionale è opportuna, a mio parere, l'indicazione della tipologia che assume la comunità terapeutica e delle grandi linee della metodologia che essa intende seguire, indipendentemente dall'ottenimento o meno della convenzione. L'indicazione della metodologia comporta una specie di declaratoria dei principi che si vogliono seguire, fermo restando che ciascuna comunità terapeutica è caratterizzata, se vogliamo, anche da una posizione ideale. È impensabile che all'interno di una stessa comunità, soprattutto di quelle di medie e piccole dimensioni, vengano seguite di-

verse metodologie. Considerato che il trattamento deve essere sempre personalizzato al soggetto e alla sua ricettività, alle caratteristiche di reazione e ad altri fattori, si creerebbe veramente un guazzabuglio teorico e pratico se si introducessero tutte le metodologie e le diversificazioni possibili all'interno della medesima comunità terapeutica. La comunità — ripeto — si caratterizza per una specifica metodologia.

Passerei ora ad esaminare gli aspetti più pratici che si sono realizzati nell'esperienza concreta. Come dicevo poc'anzi, l'articolo 132 del testo unico n. 309 del 1990 ha incrementato l'ammontare della spesa per i contributi da erogarsi in questo settore di 50 miliardi per ciascuno degli anni 1990, 1991 e 1992. Il 60 per cento di questa cifra (pari a 30 miliardi) è stato destinato ad organismi che operano per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti. Dai dati generali di riferimento emerge che i contributi richiesti superano di molto i 30 miliardi disponibili: i finanziamenti richiesti dalle associazioni (come vengono definite nella statistica proveniente dal Ministero dell'interno che ha, tramite i prefetti, un ampio potere di vigilanza) sono stati nel 1990 pari a circa 106 miliardi, nel 1991 circa 105 miliardi e nel 1992 circa 129 miliardi. Se poi si sommano a questi i finanziamenti richiesti dai comuni, dalle USL e dalle province, ne risulta che avremmo dovuto disporre di circa 235 miliardi nel 1990, 166 miliardi nel 1991 e 233 miliardi nel 1992. I finanziamenti concessi per le associazioni sono stati nel 1990 di 20 miliardi 909 milioni, nel 1991 di circa 21 miliardi e nel 1992 di circa 19 miliardi e 400 milioni. Queste cifre, arrotondate, sono molto vicine al totale dei 30 miliardi che si è raggiunto con i finanziamenti concessi ai comuni, alle USL e alle province, sempre per il medesimo scopo.

È poi interessante l'esame dei dati riferiti alle domande pervenute: sempre per le associazioni le domande sono state 623 nel 1990, 533 nel 1991 e 632 nel 1992. Le domande accolte negli stessi anni sono state 434 nel 1990, 374 nel 1991 e 420 nel 1992 (cioè rispettivamente il 69,67 per

cento, il 70,17 per cento e il 66,46 per cento di quelle pervenute nel triennio). Come potete notare si tratta di cifre cospicue, rimaste più o meno stabili nel tempo.

Va inoltre sottolineato che il decreto del gennaio scorso, reiterato a marzo e che ci auguriamo venga finalmente convertito, ha estremamente semplificato e riunificato le procedure per le richieste. A tale proposito è stata emanata una circolare, a distanza di 29 giorni dal decreto e proprio al fine di semplificare la procedura, ferma restando la valutazione delle domande da parte della commissione di merito. Potremmo eventualmente approfondire questo aspetto quando esamineremo la relazione generale sulla droga.

Per quanto riguarda le tipologie degli utenti, le strutture, che chiamerei socio-riabilitative, o associazioni come vengono indicate nella precedente classifica, sottolineo che esse sono in pratica composte dai centri di prima accoglienza, dalle comunità terapeutiche vere e proprie e dai centri di reinserimento. Queste tre tipologie sono considerate simultaneamente. Come appare evidente esse possono essere tra loro integrate — dal centro di prima accoglienza, questo è il percorso abituale, si può passare alla comunità terapeutica e ai centri di reinserimento — oppure essere distaccate, nel senso che i centri di prima accoglienza e di reinserimento possono rappresentare un momento di cura a sé stante. Infatti, se si riesce in qualche modo a superare il disagio giovanile, si può anche superare la fase della vera e propria comunità.

Come ho già detto si è sviluppato un forte movimento culturale, scientifico e anche pragmatico da parte di molte comunità indirizzato a non costringere alla residenzialità, puntando piuttosto su altri metodi di intervento. Sarà proprio questo uno dei problemi che la Commissione dovrà esaminare. Al riguardo credo che se emergesse un interesse anche verso questi metodi, che non sono riconosciuti in maniera esplicita nella normativa del 1990, si potrebbe anche, attraverso una modifica della legge, introdurre in modo più espli-

cito queste tipologie. Le « unità da strada » e tutte le forme di prima accoglienza, come i centri per i giovani, sono manifestazioni che a mio parere hanno già oggi piena cittadinanza nell'ambito del panorama terapeutico, ma poiché non sono citate esplicitamente nella legge e poiché anche lo schema di convenzione fa riferimento alle comunità residenziali e semiresidenziali, vi è la possibilità che vengano pretestuosamente escluse dalla convenzione, rimanendo cioè solo come attività libere. Riterrei invece opportuno introdurre queste tipologie in uno schema di convenzione che potrebbe anche essere successivo a quello già emanato; ribadisco che tale previsione dal punto di vista legislativo potrebbe essere facilitata da una indicazione della Commissione in questo senso.

Dobbiamo inoltre sempre confrontarci con i servizi sanitari pubblici, altra modalità di approccio alla quale intendo dare la medesima cittadinanza; si tratterà poi di stabilire cosa sia più utile per la persona. Ad ogni modo mi pare sia questa la nuova filosofia che dobbiamo portare avanti. Nessun privilegio, dunque, e la massima collaborazione possibile, come del resto è previsto dalla legge. Dobbiamo puntare cioè ad ottenere il massimo coordinamento.

Al 15 dicembre 1992 i servizi sanitari pubblici (i cosiddetti SERT) erano 559, con un incremento dell'8,12 per cento rispetto all'anno precedente; le comunità terapeutiche erano invece notevolmente aumentate, passando da 433 (giugno del 1990) a 642 (dicembre 1992), con un incremento del 48,27 per cento.

Le strutture socio-riabilitative censite al 15 dicembre 1992 erano 1.175, di cui 642 comunità terapeutiche, a fronte di 207 comunità terapeutiche censite nel giugno del 1984 e 433 nel giugno del 1990. La maggior parte di esse (il 55 per cento) è situata al nord, certamente a discapito delle altre zone d'Italia.

Lo stesso divario tra il nord e le altre zone d'Italia si riscontra per le tre tipologie di strutture socio-riabilitative.

Vorrei ora fornirvi alcuni dati sulle dimensioni delle comunità terapeutiche rispetto agli utenti, anche perché si tratta di un argomento di un certo interesse.

Le fonti dei dati — peraltro coincidenti — sono il Ministero dell'interno e il Ministero della sanità. Da tali dati emerge che 484 comunità su un totale di 615 censite, pari al 78,70 per cento, hanno una media di utenti oscillante tra 1 e 30 utenti; il 14,80 per cento tra 31 e 60; il 5,04 per cento tra 61 e 120; infine l'1,46 per cento ha oltre 120 utenti.

Al dicembre 1992 i servizi sanitari pubblici assistevano 59.737 utenti, mentre le comunità terapeutiche 17.148 utenti. Complessivamente, il numero degli utenti era pari a 76.885, di cui, nelle comunità terapeutiche, circa 14.000 maschi e 2.900 femmine. La percentuale di aumento degli utenti è stata, in un anno, sempre nelle comunità terapeutiche, del 13 per cento.

Da una fonte diversa da quella del LABOS risulta che il carico medio delle comunità terapeutiche oscilla tra 27 e 28 utenti per ogni sede (il che corrisponde a quel 78 per cento che risulta dall'altra fonte che ho prima citato).

Dopo aver fatto un po' l'analisi dei diversi problemi, vorrei soffermarmi su due aspetti particolari sui quali peraltro abbiamo richiamato l'attenzione degli stessi operatori. Mi riferisco al cosiddetto codice di comportamento, possiamo definirlo così se volgiamo essere solenni! Personalmente, preferirei parlare di linee guida per la buona pratica nelle comunità terapeutiche. Del resto il termine *guide line* è quello più usato nel settore. Si tratta, insomma, di una sorta di decalogo, di una serie di principi (illustrati nella giornata di ieri nel corso di un lavoro che si è dimostrato molto proficuo sia per le comunità terapeutiche sia per i membri delle tre commissioni scientifiche che derivano dal consiglio nazionale antidroga). Tali principi sono stati da me proposti come schema, in quanto preferirei che fossero gli operatori a darsi queste linee, un po' come avviene per altri soggetti. L'Accademia medica britannica, per esempio, ha pro-

mosso delle linee guida per la buona pratica medica nella sperimentazione clinica.

Tutti gli operatori hanno recepito questi principi, e stanno lavorando per definire tali linee. Mi auguro che in un paio di settimane si possa avere un documento diciamo più « maturo » sì da poter diventare operativo.

Ricordo — *en passant* — che nel 1981 è stato approvato l'albo degli psicologi. Il relativo ordine, però, si sta costituendo appena adesso e manca tuttora un codice deontologico. Codice che hanno, per esempio, i medici. Certo, si tratta di un codice stagionato ormai da alcuni ... secoli!

DANILO POGGIOLINI. Non è informato! È stato aggiornato recentemente. Mi meraviglio di lei, signor ministro, che è iscritto all'ordine!

ADRIANO BOMPIANI, *Ministro degli affari sociali*. Ma lo stavo per dire! Il codice è stato periodicamente adattato e rivisto da un'apposita commissione dell'ordine dei medici.

Sta di fatto che l'ordine degli psicologi non si è ancora dato un codice del genere; anche se la SIP (società italiana di psicologia), pur avendo studiato il problema, non l'ha ancora formalizzato. Non sarebbe certo un male che si arrivasse a definire anche tale questione!

Il secondo aspetto, anch'esso molto importante, su cui vorrei soffermarmi attiene al cosiddetto nucleo di valutazione. Mi auguro che su di esso, già previsto nel decreto, possa registrarsi il consenso del Parlamento. Mi riferisco ad un nucleo di esperti, di chiara fama e selezionati attraverso criteri oggettivi, che, sempre alle dipendenze di un'unica autorità vigilante, avrebbe la possibilità di compiere gli accertamenti necessari e di controllare l'effettivo impiego dei fondi stanziati dallo Stato nelle varie comunità terapeutiche e nei SERT. Tale nucleo — a composizione mista — è in via di formazione; attendiamo le ultime indicazioni da parte dei ministeri competenti, in quanto di esso fanno parte diversi rappresentanti ministeriali, comun-

que dotati di una formazione specifica in questo campo, ed esperti esterni. Non appena esso sarà stato costituito — sempre che il decreto-legge sia convertito — verrà attivato.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Bompiani per la sua relazione e per la documentazione sulle caratteristiche delle comunità terapeutiche residenziali e semi-residenziali che ha lasciato agli atti della Commissione.

VASCO GIANNOTTI. Ringrazio il ministro per la relazione molto precisa e dettagliata che ha svolto e per la documentazione che ha annunciato di mettere a nostra disposizione mi auguro in tempi brevissimi.

Vorrei però porre un problema di ordine pratico: l'argomento che è stato oggi introdotto, come tutti comprenderanno, non può essere affrontato e discusso in poco tempo. Su tale questione, pertanto, chiedo la disponibilità del ministro ad un nuovo incontro, con la Commissione, magari in una giornata in cui non siamo impegnati con i lavori dell'Assemblea. Riterrrei opportuno anche un piccolo sacrificio personale al fine di lavorare nel modo migliore su problematiche di fondamentale importanza.

Sollecito pertanto il presidente a convocare nuovamente la Commissione su questo tema, al fine di confrontare con il ministro le posizioni ed aiutarci vicendevolmente a scegliere la strada giusta anche in considerazione delle prossime scadenze di natura legislativa.

Vorrei inoltre far presente al ministro che non ha fatto oggi riferimento ad un aspetto molto importante a proposito del quale il gruppo del PDS ha opinioni ben precise. Mi riferisco al decreto in discussione al Senato che contiene alcune parti che ci preoccupano molto.

ADRIANO BOMPIANI, Ministro degli affari sociali. Ho accennato alla parte che ci riguardava...

VASCO GIANNOTTI. Ne ha accennato, ma non è entrato nel merito. Ad ogni

modo, signor ministro, non intendevo rivolgerle una critica, ma soltanto sottolineare che la discussione su quella materia può essere da ciascuno di noi affrontata meglio nel quadro di un dibattito e di orientamenti complessivi.

Ribadisco pertanto la necessità di riunirci ancora una volta, senza l'assillo dei concomitanti lavori d'Assemblea, al fine di approfondire la discussione.

Nella sua esposizione, signor ministro, mi pare che lei abbia affrontato molto di sfuggita — ma comprendo la sua cautela in questo senso — una questione che ha turbato e turba profondamente tutti noi, e di cui è stata data ampia divulgazione dagli organi di stampa: mi riferisco alla vicenda della comunità terapeutica di San Patrignano. Vorrei sapere se su tale vicenda e su altre, non così drammatiche ma comunque meritevoli di riflessione ed attenzione, lei abbia pensato, nell'ambito delle sue competenze, di intervenire e in quali modi e forme. È lungi dal mio gruppo qualsiasi atteggiamento di superficialità o di colpevolizzazione, ma è certo che quanto sta accadendo ed è accaduto non può lasciare insensibili né il Parlamento né il Governo. Le chiedo quindi, signor ministro, di fornirci la sua valutazione e anticipare i suoi intendimenti su tale questione.

Preannuncio infine la presentazione di una proposta di indagine conoscitiva volta ad accertare i contenuti, le forme e i risultati dell'applicazione delle legge n. 162 del 1990, sia nell'attivazione dei SERT — con riguardo alla loro consistenza, alla diffusione nel territorio nazionale, al loro funzionamento, alle loro modalità organizzative, ai rapporti sviluppati con i servizi sanitari e sociali e con le associazioni del volontariato — sia alla presenza e alla diffusione nel territorio nazionale delle comunità terapeutiche, di cui il ministro ci ha ampiamente parlato, con particolare riguardo ai modelli organizzativi e ai principi educativi che sono alla base dei diversi progetti di trattamento, alla consistenza numerica delle sedi operative, al loro rapporto con il territorio, con i servizi pubblici e con le istituzioni.

Vorrei sapere dal ministro se esiste già una documentazione in materia, relativa soprattutto ai risultati raggiunti nei confronti di persone coinvolte nell'assunzione di droga (mi riferisco sia al servizio pubblico, i SERT, sia alle comunità). Proprio in merito ai risultati raggiunti, la documentazione da acquisire dovrebbe riguardare non soltanto il numero dei tossicodipendenti dimessi dalle comunità — su questo aspetto credo già esistano dati — ma anche la strada intrapresa dopo la permanenza in quelle strutture. Vorrei cioè sapere se è vero che almeno una buona parte dei casi, e in quale percentuale, sono seguiti e se il loro itinerario sia quello della fuoriuscita dalla tossicodipendenza o se ci siano ricadute e in quali forme.

Mi riservo, comunque, di formalizzare la mia richiesta di indagine conoscitiva.

GABRIELE MORI. Signor presidente, ritengo anch'io che la materia meriti un approfondimento da parte della Commissione, anche se si tratta di argomenti che inducono sempre a seminari lunghissimi e noiosi, che molte volte danno scarsi risultati. Ad ogni modo, per la serietà e la drammaticità della questione credo che il Parlamento debba compiere una riflessione più approfondita, senza tuttavia ripetere gli iter del passato.

Il ministro Bompiani ci ha fornito oggi informazioni estremamente importanti che certamente meritano una discussione più ampia. Vorrei in particolare richiamare alcuni temi trattati, riservandomi di intervenire in un prossimo incontro.

Anzitutto bisogna dire che la grande maggioranza dei tossicodipendenti non va nelle comunità terapeutiche. Dal 1983 in poi i mass media hanno amplificato eccessivamente il ruolo delle comunità — del resto era facile farlo — senza però approfondire l'intera tematica.

Come sanno quanti hanno operato nel settore, la maggior parte dei tossicodipendenti andava nei SAT e va nei SERT incontrando situazioni difficilissime perché la disciplina di quel settore non è rispondente alle esigenze che ne hanno determinato la nascita.

Signor ministro, che senso ha, per esempio, porre all'interno di un SERT un rappresentante del SUMAI, il quale non sa nulla di tossicodipendenza, solo per « coprire » il turno di sei ore? Che senso ha far sì che, anche in termini normativi oltre che economici, un operatore che ha scelto, come missione, di lavorare nei SERT veda propri colleghi fare carriera molto più velocemente in altri servizi?

Occorre ripensare alla complessiva vicenda dei SERT, strutture anomale rispetto a quelle della sanità, così come oggi è organizzata. Diversamente, non riusciremo a compiere alcun salto di qualità e continueremo a « sbrodolarci », come fa la stampa e tutti coloro che non hanno vissuto certe esperienze, sul ruolo delle comunità senza arrivare ad alcuna conclusione. Il che sarebbe gravissimo.

Credo che il ministro, per la competenza e l'esperienza che ha, comprenda perfettamente quanto ho detto e la necessità di approfondire tale tematica.

L'importanza di una disciplina del rapporto tra comunità terapeutica e unità sanitaria locale è a mio giudizio fondamentale. Non conosco lo schema tipo a cui si è riferito il ministro, però in base alla mia esperienza posso dire che vi è sempre stata una grande diaframma tra le comunità terapeutiche e le USL, responsabili prima dei SAT ed ora dei SERT, sul tipo di rapporto e sul ruolo della unità sanitaria locale rispetto alla comunità e all'iter che, al suo interno, doveva seguire il tossicodipendente.

Concludo, chiedendomi quale tipo di autonomia debba avere la comunità terapeutica rispetto alla struttura pubblica. È un punto fondamentale perché chi opera nella comunità non è un impiegato qualsiasi in quanto è spinto da motivazioni profonde, che molte volte, evidentemente, urtano contro le esigenze degli schematismi burocratici. Da qui la necessità di un serio approfondimento su tale materia, anche per le pur brevi considerazioni ho voluto qui sviluppare, avvalendomi dell'esperienza che come assessore al comune di Roma ho maturato, in due o tre anni, in tale settore.

MARIAPIA GARAVAGLIA. Anch'io ritengo che vi sia bisogno di un approfondimento dell'intera tematica, affinché l'opinione pubblica possa chiaramente rendersi conto dell'operato del Parlamento e del Governo.

Ma non si può approfittare di singoli fatti od episodi per massificare in qualsiasi modo — nel bene o nel male — i giudizi su tutti i servizi a favore dei tossicodipendenti e non soltanto sulle comunità terapeutiche.

Sappiamo che vi è bisogno di un'integrazione dei servizi perché non tutti possono offrire un'assistenza ottimale data la condizione specialissima di ogni singolo tossicodipendente. Da qui la necessità di sottoporre tutti i servizi allo stesso tipo di indagine, di giudizio e di proposte.

Signor ministro, per tale motivo mi rendo conto che di fronte a fatti che assumono un rilievo anche drammatico vi è l'urgenza di adottare provvedimenti che sembrino almeno una risposta immediata. Una risposta che però non sempre si dimostra utile. E allora, se vi sarà, come sembra, un'altra occasione per approfondire l'argomento in discussione — pur rendendomi conto che quanto sto dicendo potrebbe apparire come un limite all'autonomia del Governo — ritengo che sarebbe indispensabile conoscere gli indirizzi che si vorranno dare affinché poi i provvedimenti emanati dal Governo non si blocchino in Parlamento, con una inutile perdita di tempo.

A me pare che si debba riflettere sulla quantità di persone che debbono essere ammesse ai servizi assistenziali, sulla qualità degli operatori, sulla qualità del rispetto di garanzie costituzionali, (giacché non sono tanto sicura che nel momento dell'assistenza e della riabilitazione personale dei tossicodipendenti occorra ricorrere a misure che oltrepassino le garanzie personali tutelate dallo Stato).

Quanto al decreto che attualmente è all'esame del Senato, molti di noi avevano avanzato delle riserve sul ricorso a tale strumento per disciplinare materie di questo tipo. Al riguardo, vorremmo conoscere, signor ministro, la data in cui si terrà la

conferenza nazionale prevista dalla legge, in quanto giudichiamo quella la sede più opportuna per compiere un'indagine e un'analisi complete della situazione nazionale in materia di tossicodipendenza.

FRANCESCO CURCI. Signor presidente, vorrei dichiarare l'assenso del gruppo socialista alla proposta del collega Giannotti in merito alla opportunità ed utilità di un'indagine conoscitiva sulla materia in oggetto.

Tale indagine ci servirà per approfondire tra i tanti anche lo specifico problema del personale impegnato nei servizi pubblici destinati alla cura e alla riabilitazione dei tossicodipendenti.

GIULIO CONTI. Signor presidente, vorrei sapere se esista un orientamento circa la data del prossimo incontro tra la nostra Commissione e il ministro degli affari sociali. Inoltre vorrei anche sapere dal ministro se, in ordine ai contributi dello Stato e delle regioni alle comunità terapeutiche, il suo dicastero eserciti una verifica e un controllo contabile.

ROCCO CACCAVARI. Vorrei che il ministro chiarisse il passaggio della sua relazione nel quale dice che è possibile che esistano comunità terapeutiche per le quali è previsto l'obbligo di iscrizione all'albo, ma che possono anche non essere convenzionate. Il controllo su queste comunità — mi riferisco alla professionalità — da chi viene svolto? Mi sembra una questione molto importante poiché concerne la possibilità di dare una delega totale per la gestione di un programma senza la possibilità di un controllo.

GABRIELE MORI. È questo il problema: l'autonomia rispetto allo Stato.

ROCCO CACCAVARI. Si tratta — ripeto — di un aspetto fondamentale che a mio avviso va chiarito.

IRENE PIVETTI. Intervengo brevemente per accogliere la proposta avanzata dal collega Giannotti di un approfondi-

mento dei temi oggi trattati, anche in considerazione del fatto che siamo prossimi ad un referendum che si pronuncerà su questioni che coinvolgono la tossicodipendenza. Ribadisco quindi anch'io la necessità di un successivo incontro, che presumibilmente si terrà dopo la scadenza referendaria. In questo modo potremo avvalerci anche del clima inevitabilmente più sereno rispetto ai toni aspri utilizzati ultimamente su tale tema, oltre che di una indicazione (proprio a seguito del risultato referendario) sull'orientamento prevalente nell'opinione pubblica: tutti elementi che sono di sicuro giovamento ai lavori del Parlamento e in particolare di questa Commissione. Credo infatti che affrontare una discussione così complessa in un clima rasserenato, e dopo aver sgomberato il campo da fondamentali questioni in ordine alla tossicodipendenza, non possa che essere — ripeto — produttivo per i lavori ed ai risultati che ci proponiamo di raggiungere.

PRESIDENTE. Assicuro i colleghi che in sede di ufficio di presidenza verrà stabilita la data per il seguito dell'audizione odierna, tenendo presente anche la disponibilità del ministro.

ADRIANO BOMPIANI, Ministro degli affari sociali. Pregherei i commissari di esaminare il documento generale sul pro-

blema delle tossicodipendenze, vale a dire la relazione annuale al Parlamento che verrà trasmessa a questa Commissione.

Per inciso ricordo che la conferenza nazionale su tale problematica è prevista dal 24 al 26 giugno, quindi in tempi piuttosto ravvicinati, e che la sede — non ancora definita con certezza — sarà probabilmente Palermo. Informo, infine, che è prevista la redazione di un libro bianco che fornirà tutte le notizie e le valutazioni utili ai fini di questa conferenza.

In merito alla proposta, avanzata dall'onorevole Giannotti, di deliberare un'indagine conoscitiva, ritengo che tale questione rientri nella piena sovranità del Parlamento.

PRESIDENTE. Ringraziando il ministro Bompiani per la sua disponibilità, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 10,50.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia il 7 aprile 1993.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

ALLEGATO

(Documentazione presentata dal ministro degli affari sociali)

PAGINA BIANCA

ADRIANO BOMPIANI

RELAZIONE AL PARLAMENTO

SU

**ALCUNE CARATTERISTICHE DELLE
COMUNITA' TERAPEUTICHE
RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI**

Roma, 31 marzo 1993

PAGINA BIANCA

PREMESSA

L'importanza rivestita dalle Comunità Terapeutiche (C.T.) nella lotta alla tossicodipendenza è andata aumentando, a partire dall'ultimo decennio nei vari Paesi.

Il legislatore italiano, nel 1985, in vista del notevole sviluppo già a quell'epoca assunto da questo Istituto, ha ritenuto opportuno provvedere al riconoscimento del ruolo svolto dalle C.T. quali Enti ausiliari delle strutture pubbliche deputate all'assistenza dei tossicodipendenti. (*)

La legge, pur disciplinando i termini economici del suddetto "riconoscimento", non ha regolamentato la tipologia, l'ordinamento dei servizi, le procedure, i contenuti della gestione, le regole di finanziamento, le connesse verifiche del funzionamento.

Si è limitata a sancire la possibilità che il Ministero degli Interni potesse erogare contributi destinati ai Comuni, alle Unità Sanitarie Locali, nonché ad altri Enti, Associazioni di volontariato, Cooperative e Privati che operino senza scopo di lucro e con le specifiche finalità di cui all'articolo 1, che si coordinino con le strutture delle Unità Sanitarie Locali con apposite convenzioni e che non impieghino forme di intervento che non rispettino il diritto all'autodeterminazione dei tossicodipendenti con interventi violenti o coattivi contrari allo spirito e alle norme dell'ordinamento.

* **NOTA** Il "riconoscimento del ruolo" veniva indicato nell'art. 1 del Decreto Legge 22 aprile 1985 n. 144 (G.U. 23 aprile n. 96).

"Norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate".

In appendice, il testo del D.L. e della legge di conversione 21 giugno 1985 n. 297 (in "Gazzetta Ufficiale" n. 146 del 22 giugno 1985): "Norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate".

Si tratta, dunque, di "Enti, Associazioni di volontariato, Cooperative e Privati".

Questa ampiezza di riferimenti merita qualche commento.

Al momento in cui la materia fu discussa, la C.T. stava attraversando la fase della spinta evolutiva soprattutto basata sull'iniziativa individuale mossa dalla solidarietà: la assoluta "sperimentabilità" delle premesse teoriche e dei modelli organizzativi, così come la difficoltà di "oggettivare" i risultati, assieme alla urgente necessità di offrire ad un numero crescente di giovani -deviati alla tossicodipendenza- uno strumento di sostegno e di recupero che non fosse di modello farmacologico, consigliarono il legislatore a non disciplinare -oltre lo stretto necessario- l'istituto della C.T.

Inoltre, si volle dare ampia facoltà organizzativa alle iniziative, salvaguardando in ogni modo la "finalità" e gli "obiettivi" da raggiungere, indipendentemente però dalla forma giuridica che gli "iniziatori" avessero ritenuto utile assumere.

Questo "taglio" non fù sostanzialmente modificato dalle Legge 26 giugno 1990 n. 162, e dal successivo T.U.: D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309.

"Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza".

Furono, però, ampliate le possibilità di sostegno pubblico alle C.T., secondo il seguente schema:

1 - Albi di volontariato

- E' prevista l'istituzione di albi delle organizzazioni di volontariato, di cooperative di solidarietà sociale e di comunità terapeutiche che intendono impegnarsi per la prevenzione e il recupero.

L'iscrizione all'albo consente di ottenere contributi attraverso convenzioni. (*)

- * **NOTA** L'art. 116 prevede l'istituzione di albi regionali (e provinciali presso le province autonome) degli enti che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti; l'iscrizione all'albo è condizione necessaria per lo svolgimento delle attività di prevenzione, assistenza, cura, riabilitazione, reinserimento dei tossicodipendenti.
L'iscrizione è subordinata al possesso di taluni requisiti fra cui l'esistenza di personale, locali ed attrezzature idonei; tale iscrizione è condizione necessaria per la stipula delle convenzioni con le U.S.L., per l'accesso ai contributi pubblici e per le altre attività descritte dall'art. 116, comma 6, del D.P.R. 309/90.

2 - Comunità terapeutiche.

- È prevista la possibilità di *concessione di edifici o aree* appartenenti allo Stato, alle Regioni o agli Enti locali in uso gratuito agli Enti iscritti agli Albi purchè destinino gli immobili alle attività di prevenzione e recupero e reinserimento anche lavorativo.
- *Contributi per l'istituzione di nuove comunità* fino alla totale copertura della spesa necessaria per costruzione, ampliamento e recupero di immobili destinati a sedi di comunità.
- *Finanziamenti pari a 150 miliardi nel triennio.*
- *Finanziamenti di progetti elaborati da comunità e da cooperative di solidarietà sociale per favorire la formazione professionale e la prima occupazione di ex tossicodipendenti.*

BREVE CRONISTORIA DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA

Per essere esaurienti, andrebbe innanzitutto -sia pur brevemente- tratteggiata la storia dell'intervento privato in USA, intervento che appare dominato dai gruppi di "self-help", i quali dopo essersi per tempo costituiti ed essere tuttora estesamente ramificati (come gli Alcoholic Anonymous e la Narcotic Anonymous) hanno di poi generato dal proprio seno, per diaspora di alcuni loro membri, tutte le più note e rilevanti comunità terapeutiche americane (quali Synanon, Day-top, Phoenix House, ecc.).

In tempi più recenti, questa evoluzione -caratterizzata da grande rapidità- ha dato luogo alle più articolate "free-clinics", "hot-lines" e "crisis centers", per finire con i più recenti gruppi familiari di auto-aiuto (quali Pride e Family Anonymous).

Come correttamente rileva GORI (1987), tale profilo storico si ritrova, sia pure meno chiaramente, nei Paesi europei, con le esperienze inglesi dell'antipsichiatria, secondo la quale ogni singolo individuo, meglio di chiunque altro, conosce le proprie necessità ed è fautore in comunità del

proprio cambiamento personale, mediante varie possibilità quali i gruppi d'incontro o la bioenergetica (*).

* NOTA E' utile ricordare, come avverte F. ANGELINI (1991) che il termine stesso di C.T. nasce nell'ambito della psichiatria inglese, venendo usato per la prima volta da T.S. Main nel descrivere l'ospedale di Northfield. Fu però lo psichiatra Maxwell-Jones l'ideatore del concetto di C.T. quale formula alternativa all'organizzazione totalizzante, sino a quel momento usata per affrontare la malattia psichica. Egli ipotizzò come momento terapeutico oltre al ruolo del medico la partecipazione anche del paziente e del personale paramedico: il gruppo, in questa ottica, viene interpretato come realtà dinamica che supera la diade medico-paziente. Si trasforma così il concetto di "manicomio" in quello di "comunità terapeutica".

I punti caratterizzanti la C.T. di Maxwell-Jones sono:

- a) adesione volontaria alla vita comunitaria;*
- b) rispetto per le regole scritte e orali che caratterizzano la vita di gruppo, improntata sempre alla democrazia;*
- c) indirizzo dell'attività del singolo e modifica del suo comportamento patologico in modo da rendere possibile il distacco fisiologico e indolore dal programma nel momento giusto, ed il conseguente reinserimento nel sociale;*
- d) importanza dei rapporti interpersonali e interazione stimolante.*

Nelle comunità sorte su questo modello sono inoltre identificabili altri punti in comune:

- a) l'analisi critica del vissuto quotidiano mediante riunioni di gruppo, che si possono configurare quali occasioni psicoterapeutiche;*
- b) promozione della comunicazione tra gli ospiti residenti e tra questi e lo staff;*
- c) superamento del rapporto di autorità all'interno della comunità;*
- d) l'appropriazione, mediante situazioni sia spontanee che create ad hoc, di comportamenti sociali adeguati.*

A questa evoluzione -rileva GORI (1987)- fa eccezione l'Italia "nella quale i gruppi di auto-aiuto hanno avuto minima rilevanza, mentre le strutture assistenziali cattoliche e qualche intraprendente gruppo privato, se non addirittura singoli privati, si sono fatti carico per tempo di efficaci interventi riabilitativi".

Le "implicazioni" alle quali originariamente si sono rifatti i vari "fondatori" di C.T. di matrice cattolica sono la solidarietà, alla luce della spontaneità, della carità e della dedizione al prossimo.

L'accoglienza e la condivisione di vita è il principale "sostegno" da offrire alle persone in difficoltà.

Solo in un secondo tempo si è cercato di "sistematizzare" gli approcci terapeutici.

A ispirazioni "psicoterapeutiche" -sia pure molto variamente intese, in funzione della grande variabilità delle "scuole" si rifanno invece alcune delle comunità "laiche".

In ogni caso, sia nelle prime come nelle seconde, è stato esercitato nel corso del tempo il più ampio "sperimentalismo".

Molti organizzatori di Comunità italiane hanno ritenuto utile confrontare la loro esperienza con quella internazionale (Stati Uniti in particolare).

Il quadro ampiamente variegato che risulta al termine di questi anni di esperienza, offre notevoli difficoltà ad essere ridotto in schemi, come apparirà nel successivo paragrafo.

Si prenderanno in esame le forme più tipiche, e cioè le C.T. residenziali e semi residenziali (di cui si occupano sotto il profilo della "Convenzione", il:

DECRETO MINISTERIALE 19 FEBBRAIO 1993 del Ministero della Sanità:

"Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti, Società, Cooperative o Associazioni

che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope”.

”Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri o modalità uniformi per l’iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all’art. 116 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309”.

Successivamente, verranno richiamati altri criteri e modalità di approccio al problema della ”cura” del tossicodipendente.

II

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI PER LA RIABILITAZIONE DEI TÒSSICODIPENDENTI.**IL PANORAMA ATTUALE**

Il panorama attuale è costellato di una notevole varietà di tipologie di interventi e di organizzazioni, per le quali sono state proposte varie classificazioni:

- *GENERICAMENTE, comunità aperta o chiusa (M.VARANO);*
- *in base alle MODALITÀ DI INTERVENTO, comunità implicitamente o esplicitamente terapeutica; (L.CANCRINI);*
- *in base alle REGOLE DI FUNZIONAMENTO, Comunità carismatiche o normative (M.CAGOSSI, A.CIOCCA, R.BOCCALON);*
- *in base alla ORGANIZZAZIONE:*
 - a) *comunità con un programma generale storicamente definito, alle quali accedono soggetti opportunamente selezionati e ritenuti adattabili ad esso;*
 - b) *comunità senza un programma definito, ma attente alle molteplici esperienze già consolidate;*
 - c) *comunità di primo soccorso, la cui finalità primaria è quella di aiutare il tossicodipendente senza dedicare particolare attenzione al piano metodologico da adottare (N. D'AMICO).*

Una ulteriore suddivisione che può essere adottata è quella in:

- *ORGANISMI PLURICELLULARI, costituiti da più unità sparse anche in varie regioni, ma unite da un unico progetto e programma, pur adattato alle diverse realtà: CeIS, Comunità Incontro, Mondo X;*

ORGANISMI MONOCELLULARI, comunità formate da una unica cellula (spesso mastodontica), nella quale intorno all'attività di assistenza vera e propria gravita tutta una serie di altre attività ad essa conseguenti o finalizzate: Gruppo Abele, San Patrignano.

E' evidente che, come in ogni tentativo di classificazione, anche in questo non può essere esaustivo e puntuale sia perché nell'ambito di una stessa tipologia possono coesistere comunità che, nei fatti, sono molto diverse tra di loro, sia perché in una stessa comunità possono essere presenti elementi, strutturali, organizzativi e funzionali appartenenti a diverse tipologie.

DIVERSI MODELLI DI COMUNITÀ

La comunità terapeutica non può essere considerata come un contenitore di "metodi", ma, in relazione alla sua struttura ed ai criteri che ne sono il suo fondamento, è essa stessa "un metodo".

Le esperienze che si sono diffuse in Italia hanno caratteristiche estremamente diverse tra loro ed è pertanto difficile, come si è già detto, individuare una tipologia esaustiva che le classifichi.

La stessa terminologia con cui si è soliti definire le comunità terapeutiche (di accoglienza, di tipo familiare, di vita alternativa, di lavoro, religiose), dà una immagine della complessità e pluralità delle esperienze, tuttavia le caratteristiche fondamentali più rilevanti consentono di individuare i modelli più diffusi e consolidati:

- modello "scandinavo" a sistema democratico;
- modello "americano" a sistema gerarchico;
- comunità normative;
- comunità carismatiche;
- comunità chiuse
- comunità aperte;
- comunità esplicitamente terapeutiche;
- comunità implicitamente terapeutiche;
- comunità di comportamento;
- comunità di sblocco-nutimento;
- comunità di comprensione.

Da quanto sinteticamente rappresentato risulta evidente come il fenomeno sia complesso ed in continua evoluzione e come sia estremamente difficile costringere in rigidi schemi modelli teorici di riferimento spesso eterogenei e soprattutto come non sia possibile stabilire a priori una valutazione sulla maggiore o minore efficacia di questo o quel modello.

Un ulteriore tentativo di sistematizzazione può essere fatto anche attraverso lo studio di alcuni aspetti organizzativi, partendo dalla constatazione che determinate scelte operative tendono a riproporsi frequentemente all'interno dei modelli teorici.

Prendendo in considerazione :

- le dimensioni della comunità;*
- il rapporto operatori / ospiti residenti;*
- il grado di professionalità degli operatori;*
- la definizione del contratto operatore / istituzione;*

si possono individuare classi di similarità in quattro categorie di riferimento (vedi prospetto allegato):

CATEGORIE DI RIFERIMENTO DELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE RESIDENZIALI

TIPOLOGIA DELLE COMUNITÀ	DIMENSIONI	RAPPORTO OPERATORI/UTENTI	RAPPORTO D'IMPIEGO DEGLI OPERATORI	PROFESSIONALITÀ DEGLI OPERATORI
COMUNITÀ DI ACCOGLIENZA	Piccole	Elevato	Maggioranza volontari	Nessuna preparazione professionale specifica
COMUNITÀ ESPERIENZIALI	Medio/grandi	Basso	Maggioranza volontari a volte residenziali	Nessuna preparazione professionale specifica; a volte non è riconosciuto il ruolo di operatore.
COMUNITÀ PROGRAMMATICHE	Variabili	Basso	Misto	Nessuna professionalità di base ma preparazione specifica curata di solito dalla stessa C.T.: L'esperienza diretta di tossicodipendenza è considerata utile.
COMUNITÀ PSICOERGOTERAPEUTICHE	Medie (18-25)	Elevato	Tempo pieno e part-time Collaborazioni volontarie	Professione di base (psicologo, Assistente Sociale, educatore) e formazione specifica nel campo delle tossicodipendenze

COMUNITA' OPERANTI IN ITALIA N 615
TOTALE UTENTI N 17.148
MEDIA UTENTI PER COMUNITA' N 28

UTENTI	COMUNITA'	VALORE IN %
DA 1 A 30	484	78,70
DA 31 A 60	91	14,80
DA 61 A 120	31	5,04
OLTRE I 120	9	1,46
TOTALE	615	100,00

DATI RELATIVI AL 1992 (FONTE MINISTERO DELL'INTERNO, FONDAZIONE LABOS)

DIMENSIONI, CARATTERISTICHE DELL'ATTIVITA' PSICO- ERGOTERAPICA, VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Questa presentazione delle C.T. (soprattutto residenziali) -pur breve e sommaria- sarebbe del tutto incompleta se non si richiamassero alcuni elementi circa le "dimensioni", le caratteristiche dell'attività psico-ergoterapica che su esse si svolge e la ribattuta questione della valutazione dei risultati.

Dimensioni

Analizzando i dati forniti dall'indagine LABOS -Ministero dell'Interno per il 1992- si rilevano le frequenze percentuali con le quali si presenta il rapporto Comunità/utenti (v. tabella 2).

Il "rapporto" ha significato per individuare -a sua volta- la dotazione di personale (che definiremo globalmente "istruttore") necessaria a conseguire una ottimizzazione dei rapporti interpersonali.

Inoltre, il rapporto interviene nella definizione dei "modelli" organizzativi.

Gli schemi pubblicati dal D.M. (Sanità) 19 febbraio 1993, n. 25 sono:

Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra Unità Sanitarie Locali ed Enti, Società, Cooperative o Associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre

1990, n. 309.

Tenuto conto di queste necessità, lo schema dell'Atto di intesa appare molto comprensivo delle esigenze organizzative, certamente molto variabili da caso a caso ed a seconda del "territorio" nel quale è insediata la Comunità.

Val la pena di rilevare che l'Atto di intesa si riferisce alla obbligatorietà di iscrizione all'Albo, e non alla concessione di una Convenzione. Poichè l'iscrizione all'Albo è obbligatoria per tutti, ne deriva che anche le Comunità che non chiedano la Convenzione, debbano uniformarsi ai criteri dimensionali-organizzativi previsti (*)

(*) NOTA Lo schema di "Atto di intesa....." citato, recita all'art. 3 "Requisiti strutturali" (c. 3):

"3. La capacità ricettiva delle sedi operative non può essere inferiore a otto ospiti tossicodipendenti e di norma, non superiore a trenta. Le sedi con capacità ricettiva superiore a trenta ospiti dovranno organizzare la loro attività terapeutica in moduli non superiori a trenta unità. Le sedi operative esistenti dovranno adeguarsi alle indicazioni predette entro il termine massimo di due anni".

Modello di riferimento del programma terapeutico di una Comunità psico-ergoterapica.

Lo schema generale cui si conformano le C.T. residenziali è, più o meno, il seguente:

Accoglienza:

L'ammissione avviene dopo un periodo di accoglienza durante il quale, formalmente in collaborazione con il servizio di base di provenienza, si approfondisce la conoscenza delle problematiche personali e familiari dell'utente.

La collaborazione, tuttavia, appare molto diversa da sede a sede.

Accettazione:

Si formalizza, dopo qualche tempo, l'accettazione dell'ospite attraverso il consenso dell'interessato e degli altri già presenti in Comunità.

Inizia la partecipazione attiva dell'interessato all'intero programma terapeutico, che si andrà articolando in quattro fasi (per un periodo complessivo in generale di circa 36 mesi).

La selezione che può avvenire nel periodo fra l'accoglienza e l'accettazione influisce sul tasso dei risultati:

1ª Fase: Prevede il distacco dell'ospite dalle situazioni di provenienza ed il suo graduale inserimento nell'attività della C.P.

Tale fase dura in genere sei mesi. La Comunità si propone come una esperienza fortemente protettiva ed accogliente con la totale presa a carico dei bisogni dell'ospite.

2ª Fase: Prevede una partecipazione più attiva e responsabile dell'ospite nella C.P., una maggiore tolleranza della propria sofferenza

psichica ed una tenuta più solida e continuativa nei confronti della fatica e del lavoro

3^a Fase: Prevede il reinserimento dell'ospite nell'ambiente sociale. La C.P. rimane comunque un chiaro punto di riferimento per le difficoltà che si possono incontrare.

4^a Fase: La quarta fase prevede la sistemazione dell'ospite all'esterno della Comunità e l'inserimento in attività produttive dirette dalla comunità stessa, o ad esse correlate, e gestite per lo più in forma cooperativistica.

Naturalmente, vi sono molte varianti a questo "modello" generale, e sempre di più si impone la necessità di sviluppare il programma in relazione alle specifiche difficoltà emotive dei singoli ospiti.

A seconda dell'orientamento, una visione più strettamente psicoterapica delle Comunità dovrebbe comportare la presenza di un "tutor" dello staff, con il compito di aiutare l'utente nel suo percorso ad affrontare le difficoltà emotive e comportamentali.

Rimane aperta la questione del livello di professionalità necessaria a questo scopo; pertanto anche gli ex tossicodipendenti utilizzati all'interno della vita di Comunità con responsabilità di operatori debbono acquisire quelle conoscenze anche teoriche che li rendano capaci di costruire una "relazione terapeutica" non solamente basata all'esperienza personale vissuta.

Pur nella variabilità dei modelli di riferimento, è necessario che tutte le attività di una determinata comunità rappresentino momenti di un unico ed omogeneo "progetto", così da conferire alla struttura il valore di "contenitore terapeutico". Pertanto, nel momento dell'accettazione, l'utente deve poter avere tutti gli elementi per esprimere la sua adesione - almeno di massima - al programma, del pari, l'autorità al momento

dell'iscrizione all'Albo, dovrebbe essere in grado di conoscere la tipologia degli interventi e la "filosofia" sottostante, nonché i riferimenti metodologici.

Pur nella variabilità dei modelli, un traguardo da raggiungere dovrebbe comportare una maggiore capacità della comunità terapeutica e farsi carico dei problemi psicologici di ogni singolo utente (onde poter soddisfare il termine terapeutico) utilizzando metodologie psicosociali scientificamente validate.

Il lavoro e la formazione professionale in comunità

Molte comunità impiegano largamente il processo lavorativo nel programma riabilitativo del soggetto.

Si ritiene, per l'esperienza sin qui compiuta, che lo svolgimento di compiti lavorativi adeguati alle proprie effettive possibilità consente al soggetto in cura di raggiungere e rafforzare il senso di responsabilità, superare l'insicurezza e l'ansietà di fronte all'impegno lavorativo, recuperare la stima di se stesso e la fiducia nell'avvenire.

Si sottolinea, da parte di molti, che il lavoro non ha finalità produttive fini a se stesso, ma terapeutiche anche perchè fornisce materiale dinamico agli incontri di Gruppo. Deve servire a superare il disorientamento giovanile nei confronti del "lavoro", prevedere una educazione al lavoro con mobilità attiva di coinvolgimento, conseguire strumenti di formazione professionale atti all'inserimento al lavoro nella società "esterna", con piena autonomia.

Attività non residenziale

Tale attività -sviluppata nelle stesse C.T. residenziali- è parallela e di sostegno per la crescita e l'efficacia dell'intervento residenziale. Sempre di più vi è la tendenza a considerarla in alternativa a questa nel trattamento delle situazioni di dipendenza.

La possibilità va stabilita caso per caso

Tipologia degli interventi a carattere diurno.

- Attività socio-riabilitativa

1) Colloqui di accoglienza ed orientamento:

a) individuali

b) familiari

2) Colloqui di sostegno:

 a) *individuali*

 b) *familiari*

3) Counseling familiare sotto forma di gruppi quindicinali per le famiglie degli ospiti presenti in C.T. mirati al sostegno del nucleo di appartenenza

4) Atelier (attività riabilitative):

- ergoterapia

- orientamenti professionali

Attività psicoterapeutica

- *Colloqui di sostegno:*

 1) *Individuali*

 2) *Familiari*

 3) *Di Gruppo*

PAGINA BIANCA

CONCLUSIONI

Dall'insieme delle analisi condotte in questa relazione, emerge quanto segue.

Problemi di diritto.

Si è già richiamato in una precedente nota quanto disposto dall'art. 116 DPR 309/90 circa gli albi della C.T. La disposizione è stata finora applicata solo per quanto concerne le C.T. che richiedono convenzionamenti o contributi a strutture pubbliche.

Tuttavia, si è verificata una novità a partire dalla pubblicazione del decreto del Ministro della sanità 19 febbraio 1993, già citato, riguardante:

"Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e Regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309".

Infatti, è stata affermata, in via interpretativa, l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Albo Regionale (*) per lo svolgimento delle attività di riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti, anche ap rescindere dai rapporti fra le C.T. e le strutture pubbliche.

L'iscrizione all'Albo è subordinata a particolari requisiti (vedi in appendice il testo del Decreto).

Sarà adesso compito delle Regioni far fronte con sollecitudine a tutti gli adempimenti normativi ed amministrativi per la piena operatività dell'atto di intesa, che comporterà la possibilità di effettuare le opportune verifiche sulle C.T. ed imporrà a tutti coloro i quali intendono operare sul settore di dare ogni necessaria garanzia sul piano personale e dell'attività, che dovrà essere svolta nel rispetto dei diritti della persona.

(*) NOTA Il testo recita in premessa:

Rilevato che l'iscrizione all'albo costituisce condizione necessaria per lo svolgimento delle attività di riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, ma non comporta di per sé l'obbligo per le Unità Sanitarie Locali di procedere alla stipula delle convenzioni previste dall'art. 117 del Testo Unico con ogni Ente ausiliario che abbia conseguito tale iscrizione"

Convenzioni

Una specifica disciplina è già prevista da tempo per l'eventuale convenzione (**)

(**) NOTA Come già indicato in precedenza, dalla convenzione si ritrovano indicazioni già nel Decreto Legge del 22/4/1985 n. 144 convertito in Legge del 21/6/1985 n. 297 che prevede l'erogazione di contributi da parte del Ministro dell'Interno ad associazioni di volontariato operative e private, che operano nel campo del recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti. Viene espressamente previsto per accedere ai contributi che tali istituzioni:

- a) operino senza scopo di lucro;
- b) si coordinino con le strutture delle Unità Sanitarie Locali;
- c) che non impieghino forme di interventi che non rispettino il diritto alla autodeterminazione dei tossicodipendenti con interventi violenti o coattivi contrari allo spirito ed alle norme dell'ordinamento.

Queste indicazioni sono state ripetute nella Legge n. 162 del 1990 all. 132, e compiutamente sviluppate negli articoli dello schema di convenzione, di cui al D.M. (Sanità) 29 febbraio 1993 (già citato; vedi appendice).

Contributi

I contributi di cui sopra sono stati erogati dal Ministro dell'Interno in ragione di 50 miliardi per l'anno 1990/1991/1992 sempre previa presentazione e dimostrazione della effettiva necessità dei servizi e delle iniziative a seguito parere positivo dell'Ente locale competente.

Altre somme sono state versate ai Comuni, Regioni e Ministeri in

ragione di 170 miliardi l'anno dal Fondo gestito dal Ministero per gli Affari Sociali.

Tramite convenzioni possono pervenire alle Comunità terapeutiche attraverso i Comuni contribuiti anche da questa voce.

La mancanza degli Albi definitivi regionali -ai quali fare riferimento- ha reso più complessa l'attività istruttoria della Commissione che ha dovuto valutare i progetti.

Il decreto del 19 febbraio 1993 e la "riunificazione" del Fondo Antidroga sotto un'unica responsabilità primaria (D.L. 12 gennaio 1993, reiterato il 12 marzo 1993) tende a facilitare l'obiettività dei contributi.

Controlli

Oltre ai controlli sopra indicati di tipo contabile, che pervengono lentamente al Ministero dell'Interno, il Dipartimento per gli Affari Sociali ha chiesto al Ministro dell'Interno di acquisire notizie più dettagliate sui risultati raggiunti. Tale richiesta, avanzata nel settembre del 1992, ha avuto riscontro di massima positivo: inoltre è stata emanata una Circolare che invita i Comuni convenzionati con le Comunità terapeutiche a trasmettere i dati entro la fine del febbraio 1993.

Ulteriori controlli verranno in futuro svolti ai sensi del già ricordato atto di intesa tra Stato e Regioni approvato con Decreto del Ministro della Sanità.

Nuclei operativi

Il Decreto Legge n. 3 12.1.1993 (reiterato al 13.3.1993) ha previsto la costituzione di un Nucleo operativo composto da 11 membri, 5 dei quali designati dai Ministeri competenti, che verificano anche in loco le attività svolte dalle Comunità terapeutiche e dai SERT. E' stata richiesta in data 21.1.1993 ai vari Ministri la designazione del proprio rappresentante necessaria per l'attivazione del nucleo.

Operatività in mancanza di convenzioni

Come già segnalato, finora per coloro che non chiedono finanziamenti è possibile svolgere un'attività terapeutica con il solo vincolo del controllo generico esercitato dalla Pubblica Sicurezza, affinché nella Comunità non siano commessi reati; in ogni caso, l'adesione ad una di queste strutture non conferisce poteri di qualsiasi sorta al terapeuta o all'amministratore sul ricoverato, se non in quanto esista il consenso dell'interessato.

La situazione sarà però modificata non appena le Regioni presteranno adempimento all'atto di intesa Stato-Regioni più volte ricordato, giacché tutti dovranno iscriversi agli Albi regionali e presentare i necessari requisiti a prescindere da convenzioni o contributi.

Personale

Appare evidente che il personale che opera nelle Comunità terapeutiche è diverso sotto il profilo della professionalità. Accanto a personale dotato di riconosciuta professionalità come ad esempio psicologi, psichiatri, etc., molte Comunità adottano ex tossicodipendenti come istruttori. Ci si basa sul presupposto che adottando regole rigide di comportamento, chi è già passato attraverso la rieducazione terapeutica abbia maggior credito presso i nuovi entrati in Comunità. E' evidente che un'eccessiva identificazione con le "regole" della collegialità, può far perdere il necessario contatto umano. Un certo criterio di scansione della vita è certamente necessario per combattere la compulsività cui è portato il tossicodipendente, ma va salvaguardata in ogni caso la scelta volontaria di entrata in Comunità in quanto scelta terapeutica, e della permanenza in essa.

Codice deontologico

Non trovandosi fra le varie metodologie seguite dalle Comunità terapeutiche una sufficiente identità, è necessario promuovere un Codice

deontologico degli operatori -inteso come linee guida di comportamento- che si basi almeno su due criteri principali:

- a) la richiesta della persona accolta di adesione al metodo (consenso informato);
- b) l'ossequio al principio di beneficialità (ricerca del bene della persona).

Questi principi dovrebbero essere accolti e chiaramente esplicitati - ed eventualmente sviluppati- negli Statuti e nei regolamenti della Comunità, da rendere pubblici.

E' opportuno che gli operatori, ormai raggruppati in Federazioni, o comunque in "rete", elaborino loro stessi i contenuti più precisi delle "linee guida" che ritengono necessarie per un corretto esercizio di una attività che è comunque "terapeutica".

Professionalità particolari: formazione

La professionalità degli operatori serve per stabilire anche la capacità di intendere e di volere dell'interessato, in casi di alterazioni psichiche del medesimo. E' per questo motivo che la Convenzione richiede la presenza di psicologi clinici o psichiatri ed eventualmente di medici esperti nel settore ed è per questo motivo che è stata richiesta al Ministero dell'Università l'attivazione di corsi mirati per il "perfezionamento" del personale che segue i tossicodipendenti.

PAGINA BIANCA

APPENDICE

Decreto-legge 22 aprile 1985, n.144 (in Gazz. Uff., 23 aprile n.96).-
Norme per la erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonchè per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate.

Il Presidente della Repubblica:

Visti gli articoli 77 e 87 della Costituzione ; Ritenuta l'urgente necessità di dare immediata attuazione agli indirizzi in materia di lotta alla droga approvati dal Consiglio dei Ministri nelle sedute del 10 aprile e del 16 ottobre 1984, per quanto concerne le attività di prevenzione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti nonchè di assicurare l'immediata distruzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate, al fine, di evitare pericolose giacenze; Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 19 aprile 1985; Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri e del Ministro dell'Interno, di concerto con i Ministri del Bilancio e della Programmazione economica, del Tesoro e della Sanità;

Emana il seguente decreto:

Art. 1

1. Fino a quando la collaborazione di enti ed associazioni di volontariato per il recupero ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti non sarà regolata con legge, il Ministro dell'Interno può erogare contributi allo scopo di favorire le attività di prevenzione del disadattamento e della emarginazione nonchè di reinserimento sociale di tossicodipendenti.

2. I contributi vengono ripartiti sulla base dei dati forniti dall'osservatorio permanente presso il Ministero dell'Interno e dei criteri e dei requisiti determinati da apposita commissione, istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con decreto del Presidente del Consiglio, presieduta

dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Segretario del Consiglio dei Ministri e composta da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, della sanità e del lavoro e della previdenza sociale nonché da tre rappresentanti delle regioni e tre rappresentanti dei comuni, designati rispettivamente, entro venti giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, dalla conferenza dei presidenti delle regioni e dalla A.N.C.I..

3. Sono destinatari dei contributi soggetti pubblici o privati ed enti, associazioni e cooperative, che operano senza scopo di lucro e con le specifiche finalità indicate al comma 1.

4. I contributi di cui al presente decreto vengono erogati a dimostrazione dell'effettivo avvio o della realizzazione dei servizi o delle iniziative attivate.

Art. 2

1. I contributi di cui al precedente art. 1 sono erogati nei limiti degli stanziamenti di lire 14.000 milioni per l'anno 1985 e lire 19.000 milioni per ciascuno degli anni 1986 e 1987 iscritti in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero dell'Interno.

2. All'onere derivante dall'attuazione del presente decreto si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1985-1987, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del Tesoro per l'anno finanziario 1985, all'uopo utilizzando parzialmente l'accantonamento di cui alla voce "Misure urgenti in materia di lotta alla droga".

3. Il Ministro del Tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

.....OMISSIS.....

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

Testo del decreto legge 22 aprile 1985, n.144 (in "Gazzetta Ufficiale" n.96 del 23 aprile 1985), coordinato con la legge di conversione 21 giugno 1985, n. 297 (in "Gazzetta Ufficiale" n.146 del 22 giugno 1985): "Norme per l'erogazione di contributi finalizzati al sostegno delle attività di prevenzione e reinserimento dei tossicodipendenti nonché per la distruzione di sostanze stupefacenti e psicotrope sequestrate e confiscate.

Avvertenza:

Il testo coordinato è stato redatto ai sensi dell'art. 5, primo comma della legge 11 dicembre 1984, n.839.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

Art. 1

1. Il Ministro dell'interno può erogare contributi allo scopo di sostenere le attività per il recupero ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.
2. La erogazione di contributi da parte del Ministro dell'interno alle associazioni di volontariato, cooperative e privati, di cui all'articoli 1-bis, avviene tramite l'ente locale competente per territorio, fino a quando non sarà regolata con una nuova normativa legislativa la disciplina dei rapporti di enti e associazioni di volontariato che operano sul territorio nazionale nel campo del recupero e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Art. 1-bis

1. I contributi, di cui all'art. 1; sono destinati ai comuni, alle unità sanitarie locali, nonché ad altri enti, associazioni di volontariato, cooperative e privati che operino senza scopo di lucro con le specifiche finalità di cui all'art. 1, che si accordino con le strutture delle unità sanitarie locali con apposite convenzioni e che non impieghino forme di intervento che non rispettino il diritto all'autodeterminazione dei tossicodipendenti con interventi violenti o coattivi contrari allo spirito e

alle norme dell'ordinamento.

2. I contributi di cui al presente decreto vengono erogati previa presentazione e dimostrazione dell'effettiva realizzazione dei servizi e delle iniziative attivate e con il parere dell'ente locale competente per territorio.

3. I soggetti di cui ai commi precedenti sono tenuti a trasmettere i propri bilanci, contenenti anche i risultati raggiunti, all'ente erogatore.

4. I contributi vengono ripartiti sulla base dei dati forniti dall'osservatorio permanente presso il Ministero dell'interno e dei criteri e dei requisiti determinati da apposita commissione istituita presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, con decreto del presidente del Consiglio, presieduta dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri segretario del Consiglio dei Ministri e composta da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri dell'interno, della sanità, di grazia e giustizia e del lavoro e della previdenza sociale nonché da tre rappresentanti delle regioni e dei comuni, designati rispettivamente, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, dalla conferenza dei presidenti delle regioni e dall'ANCI. La commissione, sulla base dei criteri e dei requisiti, formula la proposta al Ministro dell'interno riguardante la concessione dei contributi riguardante la concessione dei contributi riferiti alle domande presentate.

Art. 1-ter

Le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'ambito delle proprie competenze, alle finalità di cui al precedente articolo 1 secondo le modalità stabilite dai rispettivi ordinamenti.

Art. 1-quater

La documentazione e la domanda da parte dei soggetti destinatari dei contributi per le attività di recupero e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, di cui all'art. 1-bis, devono essere inoltrate, tramite i

comuni competenti per territorio, entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto per l'anno 1985 ed entro i primi 90 giorni per gli anni 1986 e 1987.

Art. 2

1. I contributi di cui al precedente art. 1 sono erogati nei limiti degli stanziamenti di lire 14.000 milioni per l'anno 1985 e lire 19.000 milioni per ciascuno degli anni 1986 e 1987, iscritti in apposito capitolo dello stato di previsione del Ministero dell'interno.
2. All'onere derivante dall'attuazione del presente decreto si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1985-87, al capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1985, all'uopo utilizzando parzialmente l'accantonamento di cui alla voce "Misure urgenti in materia di lotta alla droga".
3. Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

.....OMISSIS.....

BIBLIOGRAFIA BREVE DI RIFERIMENTO

- ANGELINI F; (a cura di) : *Studio e definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e gestionali delle comunità terapeutiche residenziali per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti. -Ricerca affidata alla comunità terapeutica "Fratello Sole" dal Ministro della Sanità con D.M. 21.12.1989*
- AA.VV., *Che cos'è la comunità terapeutica. Il Delfino, Anno XI, suppl. al n. 5 Settembre-Ottobre 1986*
- AA.VV., *Tipologia delle comunità per tossicodipendenti. Firenze: Progetto finalizzato medicina preventiva e riabilitativa del CNR, Atti al Convegno, 1985*
- ANDREOLI V., *Compiti e limiti delle scienze nelle tossicodipendenze, in La droga, Le Scienze quad. 12*
- BRIGGS D., *La comunità terapeutica: Conversazioni con Maxwell - Jones Edizioni CEIS, Roma, 1988*
- COSTANTINI M., MAZZONI A., *Le C.T. per tossicodipendenti. Roma: NIS, 1984*
- LA GUAITA M.P., *La Comunità Terapeutica, ED. Univ. Jaca, 1988*
- PICCHI M., *Prefazione a "I Religiosi di fronte alla droga - indagine conoscitiva", CEIS, P.U.G., Edizioni CEIS, Roma 1976*
- PICCHI M., *Segni dei Tempi, in Il Delfino, n.1, 1985, p.21*
- Pratica e istituzioni nelle C.T. per tossicomani, Riv. di serv. soc., n.1, 1979
- RUDAS N., *in La Guaita M.P. La Comunità Terapeutica, Ed. Univ. Jaca.*

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 55 dell'8 marzo 1993 - Serie generale

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo 1 (70%)

GAZZETTA  UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 8 marzo 1993

SI PUBBLICA TUTTI
I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00100 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA E. VERDI 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 05821

N. 25

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO MINISTERIALE 19 febbraio 1993.

Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

SOMMARIO

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO MINISTERIALE 19 febbraio 1993. — *Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope*

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale

Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309:

Art. 1 - Albo degli enti ausiliari senza fini di lucro

Art. 2 - Requisiti soggettivi

Art. 3 - Requisiti strutturali

Art. 4 - Requisiti funzionali

Art. 5 - Personale

Art. 6 - Responsabilità della struttura

Art. 7 - Domanda di iscrizione all'albo

Art. 8 - Modalità istruttorie

Art. 9 - Iscrizione nell'albo

Art. 10 - Criteri di vigilanza

Art. 11 - Cancellazione dall'albo

Art. 12 - Poteri sostitutivi della regione

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SANITÀ

DECRETO 19 febbraio 1993.

Approvazione dello schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed enti, società, cooperative o associazioni che gestiscono strutture per la riabilitazione dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope.

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;

Visto, in particolare, l'art. 117 di detto testo unico il quale prevede che le unità sanitarie locali possono esercitare le funzioni di prevenzione, di riabilitazione e reinserimento di tossicodipendenti mediante apposite convenzioni da stipularsi con enti, società, cooperative, associazioni aventi i prescritti requisiti;

Visto, altresì, il comma 3 del citato art. 117 che demanda al Ministro della sanità di predisporre lo schema-tipo di convenzione;

Considerato che si rende conseguentemente necessario provvedere alla modifica dello «Schema-tipo di convenzione tra unità sanitarie locali ed associazioni di volontariato o società cooperative che svolgono attività riabilitativa a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope» di cui alla legge 22 dicembre 1975, n. 685, emanato con decreto ministeriale 3 febbraio 1986, per renderlo aderente alla nuova normativa;

Ritenuta l'opportunità di tener conto, nella materia di cui trattasi, del parere della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, regioni e province autonome di Trento e Bolzano, nel contesto della più generale regolamentazione dell'attività degli enti ausiliari prevista dagli articoli 115 e 116 del testo unico innanzi richiamato;

Visto il parere della suddetta Conferenza, espresso nella seduta del 9 febbraio 1993;

Decreta:

Art. 1.

È approvato lo schema-tipo di convenzione allegato al presente decreto di cui è parte integrante.

Il presente decreto sarà pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - serie generale.

Roma, 19 febbraio 1993

Il Ministro: DE LORENZO

SCHEMA-TIPO

DI CONVENZIONE TRA L'UNITÀ SANITARIE LOCALI ED ENTI SOCIETÀ COOPERATIVE O ASSOCIAZIONI CHE GESTISCONO COMUNITÀ TERAPEUTICHE PER SOGGETTI DIPENDENTI DA SOSTANZE STUPEFACENTI O PSICOTROPE.

Tra l'unità sanitaria locale..... con sede in..... via n. rappresentata dal sig..... nella qualità di..... e..... (denominazione dell'ente, cooperativa, o associazione) in persona del sig..... che interviene nel presente atto per conto della propria sede operativa di..... iscritta all'albo degli enti ausiliari predisposto dalla regione..... ai sensi dell'art. 116 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

Premesso:

che la suddetta sede operativa svolge la propria attività perseguendo, senza fini di lucro, il recupero della salute fisica o psichica dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope, con modalità di intervento conformi alle norme di legge regolamentari e di indirizzo sia statali che regionali, con esclusione dei programmi farmacologici sostitutivi;

che l'attività di cui trattasi è svolta dalla sede operativa in forma residenziale o in forma semiresidenziale per almeno otto ore giornaliere e per almeno cinque giorni settimanali;

che la sede operativa si avvale di personale con professionalità e consistenza numerica adeguata per lo svolgimento di detta attività, nel rispetto dei requisiti prescritti per l'iscrizione all'albo regionale;

che la sede operativa ha a disposizione locali rispondenti alle norme sanitarie vigenti in materia e ai requisiti prescritti ai fini della iscrizione nell'albo predetto;

che da parte dell'unità sanitaria locale è stata accertata, con provvedimento adottato dal..... in data..... la sussistenza di tutti i presupposti di strutturazione e funzionalità necessari per l'attuazione dei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza ed è stata conseguentemente autorizzata la stipula della presente convenzione;

tutto ciò premesso:

3-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale

Si conviene e si stipula quanto segue:

Art. 1.

Ammissione

La valutazione sull'opportunità dell'ammissione al trattamento nella sede operativa è svolta congiuntamente dall'unità sanitaria locale di residenza del soggetto, tramite il SERT, e la stessa sede operativa.

Per esigenze terapeutiche il soggetto può essere trasferito, presso altra sede operativa dello stesso ente, associazione o cooperativa, purché anch'essa convenzionata, prioritariamente nell'ambito della regione di residenza del soggetto. Del trasferimento è data immediata comunicazione al SERT di residenza, il quale, ove non l'approvi, deve darne motivata comunicazione scritta alla sede operativa entro dieci giorni: nel caso di omessa contestazione da parte del SERT entro il termine previsto, il trasferimento deve ritenersi convalidato. La comunicazione al SERT non è necessaria quando si tratti di trasferimento presso altra struttura residenziale o semiresidenziale a disposizione della sede operativa, effettuato nell'ambito di un programma o percorso terapeutico predeterminato che contempli espressamente il trasferimento.

Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente si rivolga direttamente alla sede operativa, questa provvede a darne comunicazione scritta, con la massima tempestività, e comunque entro venti giorni al SERT di residenza del soggetto stesso ai fini dell'approvazione dell'inserimento e della formulazione del programma terapeutico. La stessa, comunque, non può avere decorrenza anteriore alla data della ricevuta comunicazione.

Qualora il SERT non approvi l'inserimento ne dà motivata comunicazione scritta alla sede operativa: in caso di mancata risposta entro quindici giorni dalla data della comunicazione, l'ammissione deve ritenersi comunque convalidata.

L'ammissione alla sede operativa è subordinata all'assenso del soggetto, che deve essere informato sugli obiettivi del programma riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui si chiede il rispetto. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne l'assenso è espresso da chi esercita la relativa potestà familiare.

Art. 2.

Permanenza nella struttura

Per ciascun soggetto inserito nella sede operativa, questa provvede a predisporre un programma di riabilitazione e reinserimento finalizzato al raggiungimento di uno stato di equilibrio e di autonomia psico-fisica, d'intesa con il SERT di residenza.

In tale programma devono essere identificati gli ambiti di intervento congiunto e quelli propri del SERT, il quale,

tra l'altro, ha il compito di promuovere l'attivazione delle risorse disponibili che possano favorire il recupero e il reinserimento sociale del soggetto.

Il programma deve indicare il periodo presuntivo di permanenza nella struttura, per ciascun soggetto.

Nello svolgimento dei programmi, la sede operativa si impegna a rispettare i fondamentali diritti della persona e ad evitare, in tutte le fasi del trattamento, ogni forma di costrizione, garantendo la volontarietà della permanenza nella struttura e contemporaneamente operando in modo fattivo nei confronti dei soggetti interessati affinché non desistano dall'attuazione dei programmi stessi.

Art. 3.

Verifiche periodiche

Il SERT di residenza del soggetto e la sede operativa verificano periodicamente, in modo congiunto, l'andamento del programma terapeutico e ne concordano le eventuali variazioni.

Qualora il SERT di residenza non possa seguire l'andamento del trattamento attuato presso una sede operativa sita fuori del proprio ambito territoriale di competenza, la verifica può essere delegata al SERT territorialmente competente. A detto SERT sono, altresì, demandati i necessari interventi di prevenzione delle infezioni da HIV, e delle altre patologie correlate alla tossicodipendenza previsti dall'art. 3, comma 4, del decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.

Art. 4.

Conclusione del programma

Al fine di evitare ogni possibile forma di cronicizzazione, almeno un mese prima della scadenza del periodo di permanenza, concordato per ciascun soggetto, i responsabili della sede operativa e quelli del SERT di residenza verificano congiuntamente i risultati conseguiti mediante i trattamenti attuati. Nel caso in cui dalla verifica emerga la necessità di un prolungamento del periodo di permanenza, il trattamento può continuare per un ulteriore periodo, concordemente determinato e con l'assenso dell'interessato.

La sede operativa si impegna a comunicare immediatamente al SERT di residenza del soggetto ogni interruzione del programma.

Art. 5.

Formazione

L'unità sanitaria locale dà comunicazione alla sede operativa di tutte le iniziative di formazione e di aggiornamento in materia di tossicodipendenze che vengono da essa promosse, riconoscendo alla stessa sede operativa la facoltà di parteciparvi con propri operatori.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

Alla sede operativa è consentito di partecipare alla programmazione delle varie attività realizzate in ambito locale per l'informazione e la prevenzione delle tossicodipendenze. Delle eventuali iniziative di formazione organizzate dalla sede operativa è data comunicazione all'unità sanitaria locale che può farvi partecipare il proprio personale.

Art. 6.

Finanziamenti

L'ammissione dei soggetti con retta a carico delle unità sanitarie locali avrà luogo, entro il numero complessivo massimo di unità, mediante l'invio di apposita lettera d'impegno, conforme al testo di cui all'allegato 1.

L'unità sanitaria locale di residenza di ciascun soggetto verserà alla comunità terapeutica le seguenti somme:

lire..... al giorno per ciascun ospite in regime residenziale;

lire..... al giorno per ciascun ospite in regime semiresidenziale.

La retta giornaliera viene corrisposta solo per i periodi di effettiva presenza nella sede operativa.

Nel caso di soggetti ricoverati in strutture ospedaliere, per il corrispondente periodo di ricovero viene corrisposto alla sede operativa una somma giornaliera pari al per cento della retta, qualora dal personale della sede operativa vengano effettuate prestazioni per i soggetti ricoverati (colloqui psicoterapeutici, supporto assistenziale, counseling, ecc.).

Per i soggetti assistiti in regime residenziale che siano affetti da infezioni da HIV con manifestazioni patologiche che richiedano il controllo diagnostico periodico o l'esecuzione di terapie specifiche, da effettuarsi nell'ambito delle strutture della sede operativa mediante l'impiego di qualificato personale, la misura della retta giornaliera è forfettariamente elevata, a compenso delle predette prestazioni, del per cento.

Qualora si tratti di soggetti con AIDS conclamata con più rilevanti limitazioni dell'autosufficienza, assistiti nella sede operativa nelle fasi in cui non sia necessario il ricovero ospedaliero, la misura della retta giornaliera è pari a quella prevista dalle convenzioni per il trattamento stipulato con le residenze collettive o case alloggio ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 settembre 1991, sempre che la stessa sede operativa sia in possesso dei requisiti indicati nelle richiamate convenzioni e garantisca l'espletamento delle attività ivi previste.

I pagamenti sono effettuati con periodicità trimestrale, non oltre novanta giorni dalla ricezione della necessaria documentazione amministrativa.

Nessun contributo finanziario può essere richiesto dalla sede operativa ai soggetti assistiti e alle loro famiglie per le attività disciplinate dalla presente convenzione.

Art. 7.

Trasmissione di dati informativi

La sede operativa si impegna a trasmettere al SERT territorialmente competente una relazione semestrale sull'attività complessiva svolta e sui risultati conseguiti, e al SERT di residenza del soggetto i dati relativi al programma riabilitativo e le notizie di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448, fermo restando il diritto dell'anonimato e il rispetto del segreto professionale da parte di tutto il personale.

Art. 8.

Inadempienze

Eventuali inadempienze alla presente convenzione, da parte della sede operativa, devono essere contestate per iscritto, con fissazione di un termine per la relativa regolarizzazione.

Trascorso inutilmente il termine previsto, qualora le inadempienze riguardino la comunicazione dell'interruzione di programmi terapeutici, spostamenti da una sede operativa ad un'altra senza l'osservazione delle modalità di cui all'art. 1, l'unità sanitaria locale ha facoltà di trattenere una parte della retta di importo del 30 per cento di quanto dovuto per il periodo non contestato riferito ai singoli soggetti ai quali l'inadempienza si riferisce.

Le parti hanno facoltà di avviare la procedura per la risoluzione della presente convenzione a seguito di violazioni gravi della stessa da parte della sede operativa, del mancato rispetto da parte delle unità sanitarie locali degli impegni assunti, della sovrapposizione di finanziamenti per gli interventi oggetto della presente convenzione, dell'indebito affidamento delle attività oggetto della presente convenzione ad altri enti, di reiterate inadempienze agli obblighi assunti, della mancata comunicazione alla unità sanitaria locale competente per territorio dei dati di cui all'art. 1 del decreto ministeriale 29 dicembre 1990, n. 448, della mancata collaborazione con il SERT competente per territorio per l'attuazione degli interventi di prevenzione delle infezioni da HIV e patologie correlate alla tossicodipendenza di cui all'art. 3, comma 4, del decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444.

Art. 9.

Durata della convenzione

La presente convenzione entra in vigore il....., ed ha la durata di tre anni. Essa si intende rinnovata per uguale periodo qualora non ne venga data disdetta da una delle parti contraenti almeno tre mesi prima della scadenza, con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Alla scadenza dei tre anni le parti sottoporranno a verifica i risultati conseguiti.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

Art. 10.

Variatione delle rette

La misura delle rette di cui all'art. 6 è rideterminata entro il 30 settembre di ogni triennio, mediante trattativa nazionale tra gli enti, cooperative o associazioni maggiormente rappresentativi in ambito nazionale e la delegazione di parte pubblica di cui all'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

Le rette sono annualmente adeguate alle variazioni degli indici ISTAT sul costo della vita.

Art. 11.

Sedi operative estere

L'ammissione di tossicodipendenti in sedi operative estere, iscritte all'albo e convenzionate, è consentita solo nei casi in cui il SERT di residenza del soggetto accerti che sul territorio nazionale non sia possibile offrire i trattamenti terapeutici equivalenti a quelli attuati nella sede estera.

Le sedi operative di enti, cooperative o associazioni ubicate in territorio estero, per poter accogliere tossicodipendenti con oneri a carico delle unità sanitarie locali debbono essere iscritte agli albi regionali. A tale fine è territorialmente competente l'albo presso il quale è iscritta la sede centrale dell'ente, cooperativa o associazione ovvero, in subordine, l'albo presso il quale è stata effettuata la prima iscrizione di una sede operativa italiana.

Le notizie sull'andamento del programma terapeutico presso la sede estera e sulla funzionalità globale della medesima, sono acquisite periodicamente presso l'autorità sanitaria pubblica dello Stato ove detta sede opera, a cura della unità sanitaria locale di residenza del soggetto.

La retta da corrispondere alla struttura estera è elevata del per cento rispetto alla retta nazionale, a copertura anche degli oneri per le prestazioni di assistenza sanitaria.

Art. 12.

Clausola arbitrare

Le eventuali controversie che dovessero sorgere in merito alla presente convenzione e alla sua esecuzione saranno deferite alle decisioni di un collegio di arbitri da nominarsi uno da ciascuno delle due parti contraenti ed il terzo dal presidente del tribunale nel cui ambito di competenza territoriale ha sede l'unità sanitaria locale, escluso ogni ricorso all'autorità giudiziaria.

La presente convenzione ha effetto oltre che tra le parti contraenti, anche nei confronti di tutte le unità sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale. Essa viene comunicata, entro quindici giorni dalla relativa sottoscrizione, alla regione nonché al Ministero della sanità, che predispone l'elenco nazionale delle convenzioni, curandone la opportuna diffusione.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

ALLEGATO I

REGIONE _____

Unità sanitaria locale _____
(di residenza del soggetto)All'ente ausiliario _____
via _____

e, per conoscenza:

All'Unità sanitaria locale _____
(di competenza territoriale)

Ai sensi della convenzione vigente (deliberazione del _____ n. _____ in data _____),
si prega di accogliere presso codesta sede operativa il sig. _____
nato a _____ il _____
residente in _____ via _____ n. _____

Rimane inteso che questa unità sanitaria locale corrisponderà a codesto ente la retta giornaliera nella misura stabilita da detta convenzione per un periodo presunto di mesi _____ a partire dal _____, secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato con il competente SERT.

Copia della presente lettera, debitamente sottoscritta per accettazione dal responsabile di codesto ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data dell'accoglienza, alla scrivente unità sanitaria locale e per conoscenza all'unità sanitaria locale competente per territorio.

Il rappresentante dell'U.S.L.

Per accettazione

Il responsabile dell'ente ausiliario

93A1417

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

MINISTERO DELLA SANITÀ

Approvazione dello schema di atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi di cui all'art. 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 9 febbraio 1993, ha approvato, ai sensi dell'art. 12 della legge 23 agosto 1988, n. 400, l'atto di intesa di seguito specificato, proposto dal Ministero della sanità:

LA CONFERENZA STATO-REGIONI

Visto il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;

Visto, in particolare, l'art. 116 di detto testo unico il quale prevede che le regioni e le province autonome, nell'esercizio delle proprie funzioni in materia socio-assistenziale istituiscano un albo degli enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei tossicodipendenti, subordinando l'iscrizione al possesso dei seguenti requisiti minimi: a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato o natura di associazione riconosciuta o riconoscibile ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile; b) disponibilità di locali e attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta; c) personale sufficiente ed esperto in materia di tossicodipendenti;

Visto, altresì, l'art. 113, commi 1 e 2, di detto testo unico che pone in capo alle regioni e province autonome le competenze relative alle funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope;

Ritenuta l'opportunità di definire criteri ed indirizzi omogenei per l'adozione, da parte delle singole regioni e province autonome, della disciplina di cui trattasi;

Ritenuto che ricorrono ragioni di opportunità per armonizzare, nelle diverse regioni e province autonome, anche le disposizioni riguardanti le modalità di accertamento dei requisiti per l'iscrizione agli albi, le cause che danno luogo alla cancellazione, la vigilanza sull'attività degli enti ausiliari;

Rilevato che l'iscrizione all'albo costituisce condizione necessaria per lo svolgimento delle attività di riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, ma non comporta di per sé l'obbligo per le unità sanitarie locali di procedere alla stipula delle convenzioni previste dall'art. 117 del testo unico con ogni ente ausiliario che abbia conseguito tale iscrizione.

APPROVA

il seguente atto di intesa per l'uniforme disciplina della materia di cui trattasi

Art. 1.

Albo degli enti ausiliari senza fini di lucro

1. Ai sensi dell'art. 116 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, sono iscritte agli albi delle regioni e delle province autonome le sedi operative degli enti ausiliari che, senza fini di lucro e indipendentemente dalla denominazione, erogano servizi rivolti a cittadini che si trovano in condizioni di tossicodipendenza.

2. Le sedi operative di cui al precedente comma possono svolgere la propria attività in forma residenziale o in forma semiresidenziale con ospitalità e attività diurna quotidiana di almeno otto ore e per non meno di cinque giorni la settimana l'iscrizione agli albi delle sedi operative che svolgono la loro attività con modalità diverse è disciplinata da altro provvedimento.

Art. 2.

Requisiti soggettivi

1. L'iscrizione all'albo è subordinata al possesso, da parte dell'ente ausiliario, della personalità giuridica di diritto pubblico o privato o della qualità di associazione riconosciuta o riconoscibile ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile ovvero di organizzazione di volontariato costituita ai sensi della legge 11 agosto 1991, n. 266, o di cooperativa sociale, ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381, purché iscritte nei rispettivi registri o albi, ove istituiti.

Art. 3.

Requisiti strutturali

1. Tutte le sedi operative devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle norme legislative e regolamentari nazionali, regionali e comunali vigenti in materia edilizia, igienico-sanitaria, di prevenzione incendi ed in genere di sicurezza, relativamente alla destinazione d'uso e per la capienza massima richiesta. È a carico del richiedente l'iscrizione dimostrare il possesso delle licenze, concessioni o autorizzazioni prescritte.

2. Le sedi operative residenziali e semiresidenziali possono essere ubicate sia in aree di insediamento abitativo che in aree rurali e comunque in zona salubre.

3. La capacità ricettiva delle sedi operative non può essere inferiore a otto ospiti tossicodipendenti e, di norma, non superiore a trenta. Le sedi con capacità ricettiva superiore a trenta ospiti dovranno organizzare la loro attività terapeutica in moduli non superiori a trenta unità. Le sedi operative esistenti dovranno adeguarsi alle indicazioni predette entro il termine massimo di due anni.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 51

4. In ogni struttura residenziale, fatte salve le prescrizioni derivanti dalle specifiche normative regionali e locali, devono essere garantiti i seguenti requisiti minimi:

- a) camera da letto con massimo di otto posti;
- b) locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti;
- c) locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti della sede operativa, con relativi servizi igienici;
- d) locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti della sede operativa;
- e) lavanderia e guardaroba adeguati al numero degli ospiti;
- f) locali e servizi per il responsabile della struttura e per gli operatori;
- g) locali per attività riabilitative adeguati al numero dei posti ed alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

5. Per le strutture semiresidenziali devono essere garantiti i requisiti minimi indicati nel precedente comma 4, ad eccezione di quanto precisato alle lettere a), b) ed e), ferma restando l'esigenza di dotare la struttura di un numero di servizi igienici adeguato.

6. Possono essere iscritte con riserva all'albo di cui all'art. 1 le sedi operative degli enti ausiliari, già iscritte all'albo provvisorio regionale i cui locali non siano in possesso di alcuni requisiti di cui ai precedenti comma e che, per motivate esigenze tecniche da enunciarsi nella domanda di iscrizione, non possano essere immediatamente adeguati. L'adeguamento deve comunque avvenire entro il termine fissato dalla regione all'atto della iscrizione e comunque non oltre il termine massimo di tre anni, trascorsi i quali, senza che siano state eliminate le irregolarità strutturali, l'iscrizione con riserva della sede è revocata.

Art. 4.

Requisiti funzionali

1. L'attività educativo-assistenziale deve essere svolta in conformità al progetto riabilitativo e al regolamento interno di ciascuna sede operativa, residenziale o semiresidenziale, tenendo conto delle indicazioni programmatiche regionali.

2. Il progetto riabilitativo, in relazione alle finalità proprie della sede operativa, deve ispirarsi ai seguenti criteri ed obiettivi:

a) rispettare i fondamentali diritti della persona ed escludere nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura;

b) promuovere il raggiungimento, da parte dei soggetti inseriti nella struttura, di uno stato di maturità di autonomia;

c) descrivere la metodologia degli interventi con riferimento ai principi informativi dell'attività degli operatori, alla definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento del progetto riabilitativo, alla descrizione degli interventi di carattere psicologico educativo e sociale predisposti, alle modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature per l'effettuazione del progetto stesso;

d) indicare i posti eventualmente riservati ai minori;

e) indicare i posti eventualmente riservati o disponibili alle misure alternative alla detenzione e agli arresti domiciliari, evidenziando la eventuale destinazione degli stessi all'area degli adulti, dei minori e dei giovani-adulti con le conseguenti specificità.

3. Il regolamento interno deve prevedere espressamente:

a) la garanzia che gli utenti, al momento dell'ammissione, siano informati sugli obiettivi del progetto riabilitativo, sui metodi adottati, sulle regole di cui richiede il rispetto e diano il proprio assenso. Nel caso in cui il soggetto sia minorenne il suo assenso è convalidato da chi esercita la potestà parentale;

b) le modalità di ammissione, di fruizione e di dimissione;

c) le regole di vita comunitaria, anche con riguardo alle norme comportamentali per i tossicodipendenti ammessi alle strutture e affetti da forme potenzialmente infettive;

d) le prestazioni e i servizi forniti agli ospiti;

e) le attività educative e riabilitative regolarmente svolte;

f) il divieto per l'ente ausiliario di richiedere, oltre alle rette, anticipazioni o contributi finanziari ai soggetti ospitati per effetto di convenzione ovvero alle loro famiglie.

4. Tutte le sedi operative, sia residenziali che semiresidenziali, devono inoltre:

a) utilizzare una cartella personale degli utenti;

b) provvedere alla copertura dei rischi da infortunio danni secondo le normative vigenti per gli ospiti e operatori;

c) garantire, anche con l'eventuale apporto degli ospiti, una efficace organizzazione delle attività connesse alla pulizia dei locali, alla cucina, alla lavanderia. L'organizzazione deve essere garantita anche nelle strutture semiresidenziali, in relazione ai tempi di apertura e a specifici interventi effettuati.

Art. 5.

Personale

1. Ogni struttura deve possedere un organico personale adeguato, in numero e qualità, alla tipologia dell'intervento praticato.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

2. Ai fini di garantire l'uniformità degli interventi su tutto il territorio nazionale e la corrispondente qualità delle prestazioni, il personale operante in ogni struttura deve essere in possesso di un adeguato livello di professionalità, certificato, ove richiesto, dai titoli di studio e qualifiche professionali conformi alle normative nazionali e regionali vigenti.

3. Per le sedi operative la cui attività è riconducibile all'area pedagogico-riabilitativa l'organico del personale non deve essere inferiore a due operatori a tempo pieno, con impegno di almeno trentasei ore settimanali di servizio, per ogni gruppo di venti ospiti e per successivi gruppi fino a venti quando si tratti di strutture residenziali ovvero per ogni gruppo di venticinque ospiti e per successivi gruppi fino a venticinque quando si tratti di strutture semiresidenziali. Almeno uno di detti operatori deve essere in possesso della qualifica professionale di educatore, o assistente sociale, o psicologo, o sociologo, o pedagogista, o medico o di titoli equipollenti mentre il secondo operatore deve essere in possesso almeno del diploma di scuola media inferiore e aver acquisito una esperienza lavorativa di almeno sei mesi nel settore. Qualora i predetti operatori abbiano effettuato un percorso riabilitativo, questo deve essere stato completato con esito positivo da almeno un anno.

4. Per le sedi operative la cui attività è riconducibile all'area terapeutico-riabilitativa l'organico del personale non deve essere inferiore a due operatori a tempo pieno, con impegno di almeno trentasei ore settimanali di servizio, per ogni gruppo fino a quindici e per successivi gruppi fino a quindici ospiti quando si tratti di strutture residenziali ovvero per ogni gruppo fino a venti ospiti e per successivi gruppi fino a venti quando si tratti di strutture semiresidenziali. Detti operatori devono essere in possesso della qualifica di educatore, o assistente sociale, o psicologo, o sociologo, o pedagogista, o medico o di titoli equipollenti.

5. La continuità della presenza assistenziale deve essere assicurata nell'intero arco delle ventiquattro ore giornaliere, nelle strutture residenziali, avvalendosi anche dell'apporto di altri operatori dipendenti, volontari o obiettori, adeguatamente formati. Per ogni modulo operativo di cui al precedente art. 3, nelle ore diurne deve essere assicurata la presenza contemporanea di almeno due operatori, dei quali almeno uno in possesso delle qualifiche professionali sopra indicate.

6. L'ente ausiliario deve assicurare programmi periodici di aggiornamento per i propri operatori, anche mediante la partecipazione ai programmi di aggiornamento organizzati dalle unità sanitarie locali o dalle regioni. Deve inoltre assicurare un idoneo progetto annuale di supervisione da attuare con l'impiego di qualificati esperti che non appartengano al nucleo gestionale ed educativo della sede operativa.

Art. 6.

Responsabile della struttura

1. In ogni sede operativa deve essere indicato un responsabile che deve possedere professionalità, competenza ed esperienza adeguate rispetto al progetto riabilitativo e alle dimensioni della struttura.

2. Ove detto responsabile non possieda taluno dei requisiti di cui al comma 4 dell'art. 5 deve essere affiancato da un operatore professionale che, in tal caso, viene individuato come referente del progetto riabilitativo.

Art. 7.

Domanda di iscrizione all'albo

1. La domanda di iscrizione all'albo deve essere inoltrata alla regione direttamente o tramite l'unità sanitaria locale competente per territorio e deve essere corredata da:

- a) documentazione attestante il possesso dei requisiti indicati negli articoli 2, 3, 4, 5 e 6;
- b) relazione informativa che indichi il numero e la tipologia dell'utenza e delle prestazioni da fornire, il progetto riabilitativo, le generalità del responsabile della sede operativa;
- c) atto costitutivo e statuto;
- d) regolamento interno;
- e) copia della cartella personale da utilizzare per gli utenti;
- f) certificato antimafia;
- g) bilancio preventivo e consuntivo;
- h) planimetrie delle strutture con la destinazione dei locali;
- i) elenco nominativo del personale, recante per ciascun operatore l'indicazione del curriculum di studio e professionale, del ruolo ricoperto nella sede operativa, del tipo di rapporto, dell'orario settimanale;
- l) documentazione comprovante la copertura dei rischi, come previsto all'art. 4, comma 4, lettera b).

Art. 8.

Modalità istruttorie

1. Ai fini dell'iscrizione nell'albo, l'attività istruttoria è esercitata dalla regione o dai competenti settori della unità sanitaria locale in collaborazione con il SERT competente per territorio e si esplica mediante l'esame della domanda e della documentazione presentata dal richiedente, la visita alla sede operativa, colloqui con il responsabile della gestione e può comportare la richiesta di integrare la documentazione già prodotta.

2. L'attività istruttoria deve tendere a verificare:

- a) il rispetto degli obblighi imposti dalle leggi e dai regolamenti vigenti;
- b) il possesso dei requisiti minimi previsti per l'iscrizione all'albo.

Art. 9.

Iscrizione nell'albo

1. L'iscrizione nell'albo è disposta con decreto pubblicato nel Bollettino ufficiale della regione. Della avvenuta iscrizione è data comunicazione, oltre che al soggetto interessato, all'unità sanitaria locale competente per territorio.

8-3-1993

Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 55

2. Qualsiasi mutamento significativo dell'assetto strutturale, funzionale e della capacità di accoglienza delle sedi operative residenziali, successivamente all'iscrizione all'albo, è soggetto ad ulteriore specifico provvedimento di autorizzazione, previa documentata richiesta da parte dell'ente gestore.

Art. 10.

Criteri di vigilanza

1. L'attività di vigilanza è esercitata, in conformità alle normative vigenti, nei confronti di tutte le sedi operative per tossicodipendenti iscritte nell'albo regionale, qualunque sia la loro qualificazione giuridica. La vigilanza è finalizzata ad accertare l'osservanza degli adempimenti previsti dalla normativa statale e regionale in materia di assistenza sociale e sanitaria, il rispetto dei diritti degli utenti, la rispondenza ai requisiti igienico-sanitari ed edilizi imposti dalle vigenti normative, la permanenza delle condizioni e dei requisiti che hanno dato luogo all'iscrizione nell'albo.

2. La vigilanza igienico-sanitaria sugli ambienti, sugli ospiti, sul personale, sull'alimentazione e sull'idoneità della struttura edilizia è esercitata, secondo le rispettive competenze, dal comune o dall'unità sanitaria locale.

3. L'attività di vigilanza si esplica mediante visite periodiche ordinarie, almeno annuali, e straordinarie alla sede operativa. Il responsabile della struttura deve essere ascoltato in relazione alle visite effettuate e può presentare all'unità sanitaria locale memorie scritte in ordine alle stesse. Le inosservanze riscontrate devono essere immediatamente comunicate alla regione per l'adozione degli eventuali provvedimenti di competenza.

4. Ogni sede operativa trasmette annualmente alla regione e all'unità sanitaria locale competente territorialmente il bilancio di previsione nonché il conto consuntivo entro il 30 giugno dell'anno successivo.

Art. 11.

Cancellazione dall'albo

1. La cancellazione dall'albo è disposta con decreto, sentita l'unità sanitaria locale competente, qualora si accerti:

a) il venir meno dei requisiti minimi ed il responsabile della sede operativa, previamente diffidato, non abbia provveduto agli adeguamenti necessari nel termine assegnato;

b) la sussistenza di gravi carenze di funzionamento o la violazione di norme di legge o di regolamento, con pregiudizio per gli utenti o per gli operatori.

2. La regione trasmette copia del provvedimento di cancellazione dall'albo all'unità sanitaria locale e al comune nel cui territorio è ubicata la sede operativa.

3. Avverso il provvedimento di diniego di iscrizione all'albo o avverso il provvedimento di cancellazione è ammesso il ricorso al T.A.R.

Art. 12.

Poteri sostitutivi della regione

1. In caso di inerzia nell'esercizio delle funzioni amministrative concernenti l'attività istruttoria e di vigilanza, la regione assegna all'unità sanitaria locale un termine per provvedere, determinato in relazione alla gravità della situazione. In caso di ulteriore inerzia la regione, avvalendosi di propri dipendenti o di dipendenti di altra unità sanitaria locale o di enti locali, che siano in possesso di adeguate esperienze in relazione all'attività di vigilanza da svolgere, all'uopo designati con decreto del presidente della giunta regionale, si sostituisce alla unità sanitaria locale inadempiente nell'esercizio delle attività di controllo necessarie a verificare la permanenza dei requisiti per l'iscrizione all'albo e il buon funzionamento della sede operativa.

93A1418

FRANCESCO NIGRO, direttore

FRANCESCO NOCITA, redattore
ALPONSO ANDRIANI, vice redattore



Ministero dell'Interno

PREMESSA

Gli elementi che di seguito si forniscono concernono l'attività della Direzione generale dei servizi in attuazione del T.U. 309/1990 in materia di lotta alla droga. Si ritiene opportuno precisare al riguardo che la relazione si compone dai seguenti punti:

1 sostegno finanziario per le attività di recupero e di reinserimento dei tossicodipendenti. Sostegno finanziario per progetti di occupazione di ex tossicodipendenti.

Questa parte, aggiorna notizie già fornite in occasione della giornata mondiale antidroga e riferisce sull'intero triennio di attuazione della legge inserendo talune considerazioni e proposte.

2 Partecipazione al Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga. Pur nella sua sinteticità, la nota che si invia appare probabilmente troppo diffusa. Ove necessario, e ove richiesto anche per le vie brevi, la Direzione generale dichiara la disponibilità a ridurre il contenuto secondo indicazioni che potranno essere date

3 Attività informativa. Si ritiene opportuno dare notizia e una breve informazione sulla terza edizione della Guida regionale ai servizi per le tossicodipendenze

4 Attività di ricerca. Si ritiene opportuno dare notizia di una ricerca effettuata in collaborazione con il LABOS inviando una nota sintetica sui percorsi lavorativi nelle comunità residenziali e semiresidenziali. Trattasi di una ricerca di notevole impegno attuata dalla Direzione generale in collaborazione con il LABOS e che sembra di particolare attualità

5 Attività di verifica. Di intesa con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari sociali, la Direzione generale è impegnata in una attenta verifica di come sono stati utilizzati i finanziamenti ricevuti nel 1990 e 1991 dai Comuni nell'ambito delle disponibilità assicurate dal Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (art.127 del D.P.R. n.309/1990).

Sostegno finanziario per le attività di recupero e di reinserimento dei tossicodipendenti.

Sostegno finanziario per progetti di occupazione di ex tossicodipendenti

Premessa

La Direzione generale dei servizi civili è da tempo impegnata nell'attività di sostegno finanziario a favore di comuni, unità sanitarie locali, enti ed associazioni di volontariato che operano sul territorio nazionale nel campo del recupero e del reinserimento sociale dei tossicodipendenti attuando la nota legge 21 giugno 1985, n.297 e, successivamente, la legge 1° giugno 1988, n.176.

Con l'art.132 del T.U. 309/1990 l'ammontare della spesa per i contributi da erogarsi in questo settore è stato incrementato di £.50 miliardi per gli anni 1990, 1991, 1992.

In particolare, il 40% della somma indicata è stata destinata a progetti per la occupazione di tossicodipendenti che abbiano completato il programma terapeutico e debbano inserirsi o reinserirsi nel mondo del lavoro, mentre il 60% (pari a £.30 miliardi) è rimasto destinato ad organismi che operano per il recupero ed il reinserimento dei tossicodipendenti.

Al termine del triennio previsto dal D.P.R. 309/1990 si formulano alcune considerazioni e valutazioni complessive sul significato che tali sostegni finanziari hanno avuto per quanti operano nel settore, sulle difficoltà incontrate nella predisposizione dei piani di ripartizione, su taluni aspetti di carattere amministrativo che non hanno favorito la gestione della spesa.

Si precisa, in ogni caso, che le valutazioni in discorso vengono formulate con esclusivo riferimento ai contributi previsti dagli artt. 131 e 132 del T.U. rinviando al Ministero del lavoro un eventuale commento sulla parte dei finanziamenti destinati alla realizzazione di progetti per la formazione e l'inserimento lavorativo: per ragioni di completezza si forniscono comunque i dati numerici.

Dati generali di riferimentoDomande ex artt.131 e 132Domande pervenute

	Ass.ni	Comuni	USL	Province	Totale
1990	623	287	166	6	1082
1991	533	189	131	1	854
1992	632	296	177	1	1106

Domande accolte

	Ass.ni	Comuni	USL	Province	Totale
1990	434	104	80	2	620
	(69,67%)	(36,24%)	(48,20)	(33,34)	(57,31)
1991	374	110	64	-	548
	(70,17)	(58,21)	(48,86)	-	(64,17)
1992	420	149	101	-	670
	(66,46)	(56,34)	(57,67)	-	(60,58)

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° APRILE 1993

Finanziamenti richiesti

	Ass.ni	Comuni	USL	Province	Totale
1990	106.204.331.558	76.588.781.141	51.297.308.900	1.354.053.300	235.444.474.899
1991	105.150.904.845	34.783.964.413	26.150.028.532	70.000.000	166.154.897.790
1992	129.295.475.314	69.953.133.047	34.412.312.824	70.000.000	233.730.921.185

Finanziamenti concessi

	Ass.ni	Comuni	USL	Province	Totale
1990	20.909.000.000	4.839.000.000	4.168.500.000	83.500.000	30.000.000.000
1991	21.529.700.000	5.083.000.000	3.387.300.000	-	30.000.000.000
1992	19.421.600.000	5.986.900.000	4.591.500.000	-	30.000.000.000

Considerazioni generali e problematiche emerse

Appare innanzitutto opportuno segnalare che, specialmente nel corso degli ultimi due anni, l'insieme della gestione dei contributi è andata sostanzialmente affinandosi: si è cercato, tra l'altro, di rendere il più possibile chiare le varie circolari illustrative dei piani di finanziamento, si è provveduto alla informatizzazione delle domande con il risultato non secondario di accelerare notevolmente i tempi di istruttoria e di predisposizione dei piani di ripartizione; si sono tempestivamente resi pubblici i contributi concessi sì da orientare gli organismi beneficiari a formulare le domande relative agli anni successivi tenendo conto dei finanziamenti già ottenuti.

Nel 1992, in particolare - e sia pure limitatamente al piano di ripartizione dei 30 miliardi (ex artt.131 e 132 D.P.R. 309) relativi a questo anno - si è riusciti ad operare una istruttoria alquanto laboriosa, si è sottoposto il piano alla apposita Commissione, piano successivamente approvato dal Ministro dell'interno in tempo utile per accreditare, nello steso anno 1992, le somme alle Prefetture per la successiva destinazione agli organismi interessati.

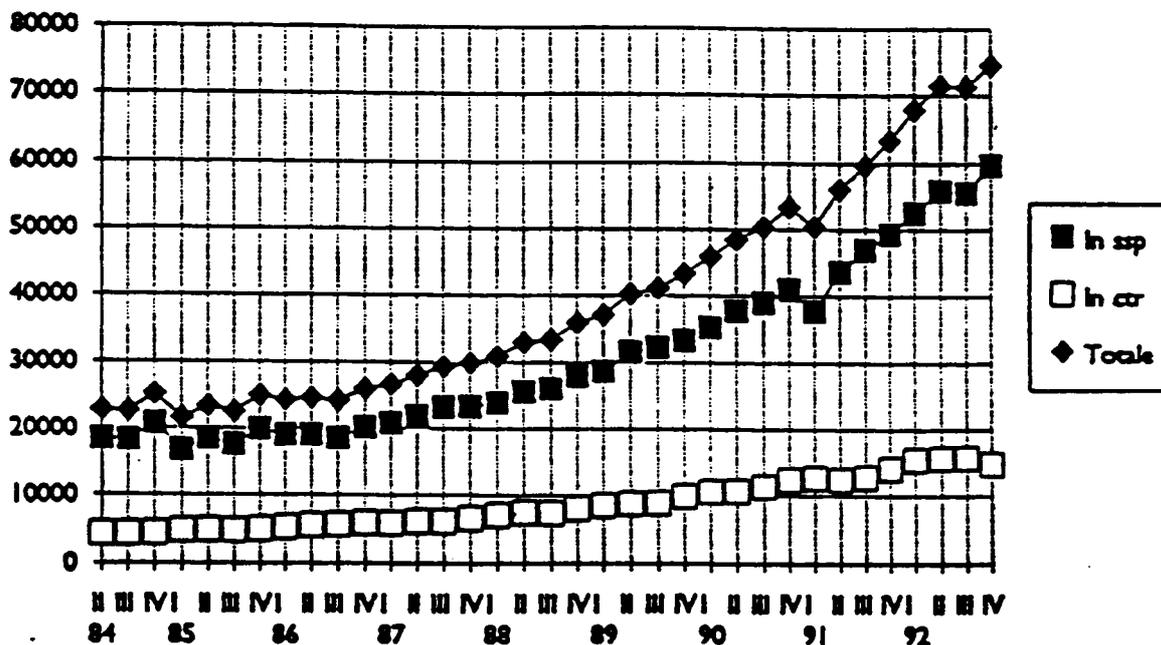
Nel corso degli anni, e ancora nel corso della stessa attuazione del D.P.R. n.309, si sono determinate alcune difficoltà che hanno reso meno agevole la predisposizione dei piani di ripartizione dei contributi. Fra queste se ne citano alcune che hanno assunto e assumono tuttora un particolare rilievo:

- come è noto, già la legge 297/1985 prevedeva che i contributi "sono destinati..... che si coordinino con le strutture delle Unità Sanitarie Locali con apposite convenzioni....." Per tutta una serie di motivi, nel corso degli anni è stato sempre difficile ottenere il rispetto di questa condizione - sulla quale hanno sempre richiamato l'attenzione gli organi di controllo - sì che la mancanza di tale requisito ha finito per costituire motivo di esclusione dal piano

- di riparto di non pochi organismi;
- è noto ancora che l'art.116 del D.P.R. 309/1990 ha condizionato l'accesso ai contributi di cui agli artt.131 e 132 alla iscrizione dell'albo degli enti che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti. Anche questa condizione ha incontrato difficoltà di applicazione nonostante la possibilità, prevista dallo stesso articolo, di ottenere una registrazione temporanea nelle more della istituzione degli albi;
 - altra condizione, che ha reso talora difficile la piena utilizzazione dei contributi, fa riferimento alla norma secondo la quale gli stessi contributi vengono erogati "previa presentazione e dimostrazione dell'effettiva realizzazione dei servizi e delle iniziative attivate e con il parere dell'ente locale competente per "territorio". Nonostante ogni migliore disponibilità da parte delle Prefetture, nonostante l'adozione di forme di anticipazione, in taluni casi non è stato possibile acquisire in tempo utile la documentazione necessaria per la corresponsione dei contributi o di eventuali saldi;
 - le ragioni di cui sopra e alcuni meccanismi della Contabilità di Stato hanno fatto sì che non è stato possibile utilizzare alcune somme che sono state restituite in conto entrate eventuali del Tesoro;
 - a titolo di commento generale non può sottovalutarsi il prezioso contributo assicurato dalle Prefetture che, impegnate ormai dal lontano 1985, hanno avuto modo di veder crescere le comunità, hanno stabilito con loro un rapporto che andava oltre il momento finanziario, hanno avuto modo di conoscere e di poter selezionare - d'intesa con le locali comunità sanitarie locali - quelle strutture più valide per l'attuazione di programmi terapeutici da realizzare nell'ambito dell'art.75 del D.P.R. 309, programmi che dovranno essere sicuramente incrementati in relazione alla recente nuova normativa proposta.

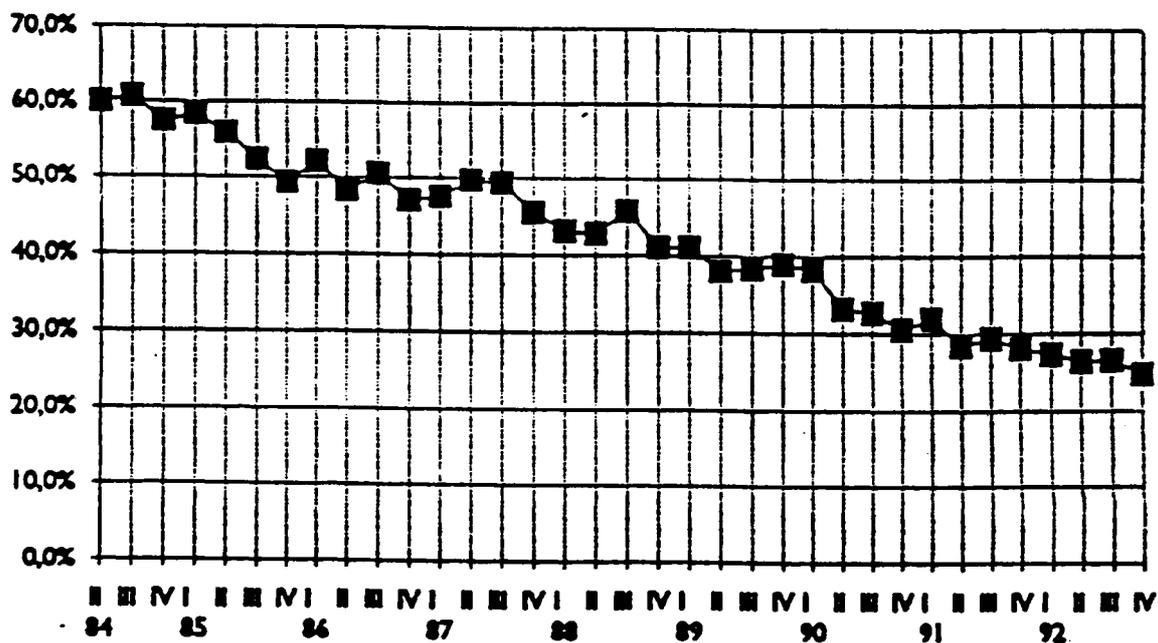
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

Tossicodipendenti in trattamento presso strutture pubbliche (ssp) e private (cpr) in Italia (v.2.).



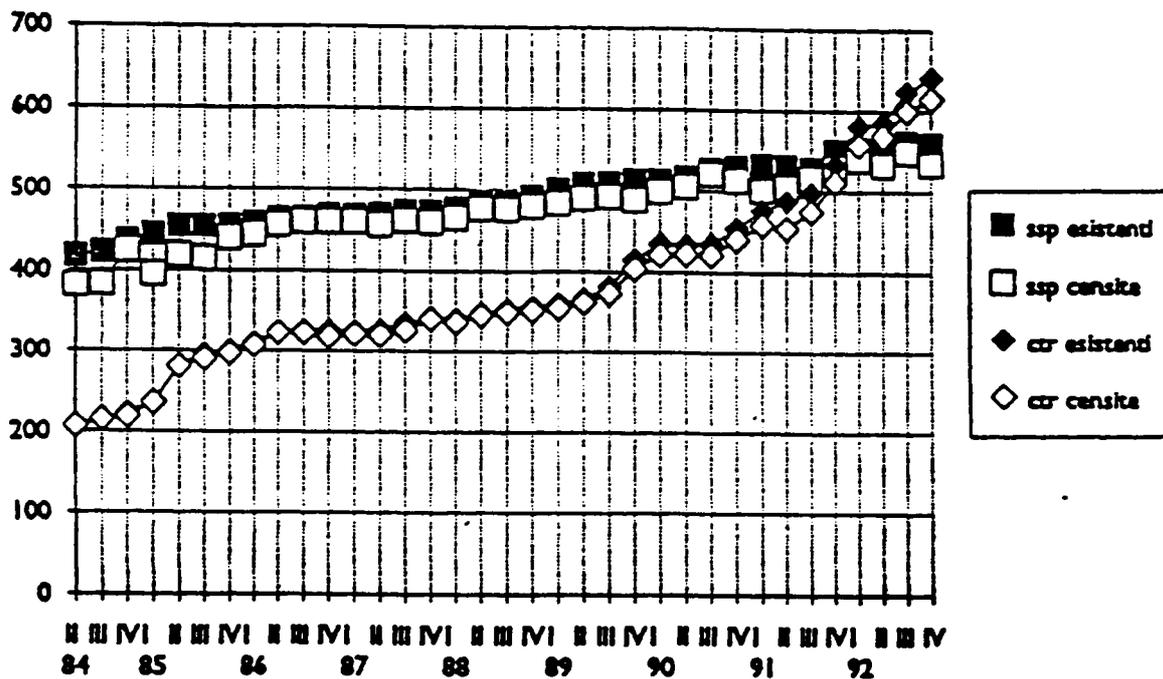
OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

Tossicodipendenti in trattamento farmacologico presso le strutture pubbliche (ssp) in Italia (% sul totale degli utenti in ssp).



OSSERVATORIO PERMANENTE SUL FENOMENO DROGA

Strutture pubbliche (ssp) e private (cpr) di assistenza ai tossicodipendenti in Italia (v.2).



**Tossicodipendenti in trattamento presso i servizi
sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative**

L'"Osservatorio permanente sul fenomeno droga" ha iniziato a censire dal giugno 1984, in modo sistematico, a quattro date fisse dell'anno, i tossicodipendenti in cura presso i servizi sanitari pubblici e le comunità terapeutiche.

In seguito alle nuove competenze, ad esso attribuite dalla legge 162/90 e dal successivo T.U. 309/1990, l'Osservatorio ha ampliato ed approfondito il proprio campo di indagini ed analisi.

Allo stato attuale vengono rilevati, alle date del 31/3, 30/6, 30/9 e 31/12 (1), i tossicodipendenti che sono in cura e in trattamento di riabilitazione presso i servizi sanitari pubblici e le strutture socio-riabilitative (centri di accoglienza, comunità terapeutiche, centri di reinserimento).

Dal 1984 al 1990 le strutture socio-riabilitative censite dall'Osservatorio erano costituite dalle comunità terapeutiche. Nel loro ambito queste strutture hanno sviluppato altri modelli e tipi di intervento modulati secondo la tipologia e le esigenze dell'utenza.

(1): Nell'anno 1992 la rilevazione di dicembre è stata anticipata al giorno 15.

L'individuazione delle tre tipologie di strutture socio-riabilitative individuate nel 1991 si è basata su criteri di diffusione delle strutture sul territorio, sulla continuità nell'attività di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e sulla similarità e/o complementarietà tra le forme di attività svolte. In particolare, i centri di 1° accoglienza e di reinserimento possono essere sia un momento di cura a sé stante, che un momento antecedente e successivo all'entrata e all'uscita dalla comunità terapeutica.

E' chiaro che la scelta di questi tre moduli non ha la pretesa di esaurire tutto il variegato mondo delle strutture; basti pensare ai telefoni-amici, ai gruppi di auto-aiuto, alle associazioni famiglie e alle altre numerose formule che si sono create per aiutare i tossicodipendenti e le loro famiglie.

I dati riferiti a queste altre strutture sono difficili sia da reperire che da valutare e per il tipo di attività svolta che per varietà di utenza, a differenza di quelli censiti dall'"Osservatorio". A questo proposito, al fine di evitare possibili sovrapposizioni, il numero degli utenti in carico è stato sempre distinto a seconda del tipo di struttura presso cui il tossicodipendente è in cura al momento della rilevazione. Diversamente lo stesso tossicodipendente potrebbe essere contemporaneamente in carico sia presso un servizio sanitario che presso un centro di 1° accoglienza e, nel corso dello stesso anno, potrebbe trovarsi prima presso

una comunità terapeutica e poi presso un centro di reinserimento.

Queste considerazioni consentono anche una agevole interpretazione delle differenze esistenti tra i dati prodotti da altre Amministrazioni.

Le distinzioni degli utenti tra i vari tipi di struttura e servizi permettono, inoltre, l'analisi e il confronto con i dati in possesso dell'Osservatorio fin dal 1984.

Nei commenti e nei prospetti che seguono sono stati divisi i dati antecedenti all'entrata in vigore della legge 162/90 da quelli successivi, per poter tentare di valutare l'incidenza della legge su questi aspetti del fenomeno.

**TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE**

GIUGNO 1984/GIUGNO 1990

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITA' TERAPEUTICHE			TOTALE UTENTI
	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	DI CUI IN	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	
				TRATT.COM SOSTANZE SOSTITUT.				
N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	
15.06.1984	417	382	18.483	11.104	207	207	4.373	22.856
15.09.1984	422	383	18.310	11.124	215	215	4.358	22.668
15.12.1984	436	424	20.747	11.923	222	219	4.476	25.223
15.03.1985	444	395	16.731	9.772	237	236	4.845	21.576
15.06.1985	454	419	18.429	10.306	280	280	4.930	23.359
15.09.1985	454	415	17.620	9.222	296	290	4.881	22.501
15.12.1985	455	440	19.919	9.820	301	297	5.028	24.947
15.03.1986	459	444	19.018	9.906	310	307	5.303	24.321
15.06.1986	464	456	19.079	9.214	324	323	5.540	24.619
15.09.1986	465	460	18.590	9.388	325	323	5.645	24.235
15.12.1986	469	460	20.137	9.463	326	318	5.927	26.064
15.03.1987	468	460	20.866	9.927	324	321	5.841	26.706
15.06.1987	470	456	21.895	10.886	327	320	6.114	28.009
30.09.1987	474	461	23.174	11.430	335	326	6.174	29.348
31.12.1987	473	459	23.276	10.604	342	340	6.676	29.952
31.03.1988	477	464	23.860	10.301	340	336	7.109	30.969
30.06.1988	484	476	25.533	10.936	347	345	7.527	33.060
30.09.1988	483	475	26.005	11.905	352	349	7.422	33.427
31.12.1988	492	479	27.906	11.464	356	351	8.017	35.923
31.03.1989	501	483	28.672	11.783	360	354	8.547	37.219
30.06.1989	508	489	31.568	11.991	366	361	8.792	40.360
30.09.1989	509	492	32.299	12.366	381	373	8.895	41.194
31.12.1989	513	488	33.335	12.986	415	404	9.965	43.300
31.03.1990	513	499	35.286	13.462	434	421	10.618	45.904
30.06.1990	517	505	37.804	12.520	433	422	10.667	48.471

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

 XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° APRILE 1993

**TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE**

SETTEMBRE 1990/DICEMBRE 1992

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI				COMUNITA' TERAPEUTICHE			TOTALE UTENTI
	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	DI CUI IN	ESISTENTI	CENSITE	UTENTI	
				TRATT.COM SOSTANZE SOSTITUT.				
N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	N.	
30.09.1990	527	521	38.999	12.725	434	421	11.381	50.380
31.12.1990	530	513	40.928	12.457	454	440	12.413	53.341
31.03.1991	533	501	37.788	12.046	476	458	12.682	50.470
30.06.1991	532	505	43.650	12.382	488	454	12.426	56.076
30.09.1991	529	516	46.905	13.734	499	475	12.793	59.698
31.12.1991	551	530	49.305	13.860	534	512	14.519	63.824
31.03.1992	552	540	52.507	14.374	581	558	15.397	67.904
30.06.1992	557	533	55.797	14.750	586	570	15.663	71.460
30.09.1992	562	549	55.556	14.765	624	600	15.745	71.301
15.12.1992	559	534	59.737	14.781	642	615	17.148	76.880

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

**TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE (*)**
(Dati Nazionali)

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI			COMUNITA' TERAPEUTICHE		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALE	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
15.12.1984	16.435	4.312	20.747	3.557	919	4.476
15.12.1985	16.052	3.867	19.919	4.023	1.005	5.028
15.12.1986	16.406	3.731	20.137	4.733	1.194	5.927
31.12.1987	18.977	4.299	23.276	5.366	1.310	6.676
31.12.1988	22.911	4.995	27.906	6.457	1.560	8.017
31.12.1989	27.359	5.976	33.335	8.202	1.763	9.965
30.06.1990	31.415	6.389	37.804	8.826	1.841	10.667
31.12.1990	33.993	6.935	40.928	10.222	2.191	12.413
31.12.1991	41.203	8.102	49.305	12.057	2.462	14.519
15.12.1992	50.501	9.236	59.737	14.207	2.941	17.148

(*) In questa tabella, per quanto riguarda le strutture socio-riabilitative, sono indicati solo i dati relativi alle comunità terapeutiche per permettere di valutare, in modo omogeneo, il trend del fenomeno dal 1984 ad oggi.

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

**TOSSICODIPENDENTI IN TRATTAMENTO PRESSO I
SERVIZI SANITARI PUBBLICI E LE COMUNITA' TERAPEUTICHE (*)
(Dati Nazionali)**

DATE DI RILEVAZIONE	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAPEUTICHE	TOTALE UTENTI	VARIAZIONE
15.12.1984	20.747	4.476	25.223	==
15.12.1985	19.919	5.028	24.947	- 276
15.12.1986	20.137	5.927	26.064	+ 1.117
31.12.1987	23.276	6.676	29.952	+ 3.888
31.12.1988	27.906	8.017	35.923	+ 5.971
31.12.1989	33.335	9.965	43.300	+ 7.377
30.06.1990	37.804	10.667	48.471	+ 5.171
31.12.1990	40.928	12.413	53.341	+ 4.870
31.12.1991	49.305	14.519	63.824	+10.483
15.12.1992	59.737	17.148	76.885	+13.061

(*) In questa tabella, per quanto riguarda le strutture socio-riabilitative, sono indicati solo i dati relativi alle comunità terapeutiche per permettere di valutare in modo omogeneo il trend del fenomeno dal 1984 ad oggi.

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° APRILE 1993

**TOSSICODIPENDENTI SOTTOPOSTI AD UNA TERAPIA FARMACOLOGICA A BASE
DI SOSTANZE SOSTITUTIVE PRESSO I SERVIZI SANITARI PUBBLICI
(Dati Nazionali)**

DATE DI RILEVAZIONE	TOTALE UTENTI	DI CUI IN TRATTAMENTO CON SOSTANZE SOSTITUTIVE	%
25.12.1984	20.747	11.923	57
15.12.1985	19.919	9.820	49
15.12.1986	20.137	9.463	47
31.12.1987	23.276	10.604	46
31.12.1988	27.906	11.464	41
31.12.1989	33.335	12.986	39
30.06.1990	37.804	12.520	33
31.12.1990	40.928	12.457	30
31.12.1991	49.305	13.860	28
15.12.1992	59.737	14.781	25

Fonte: "Osservatorio permanente sul fenomeno droga".

Distribuzione territoriale dei tossicodipendenti in trattamento

La distribuzione territoriale, disaggregata per aree geografiche, dei tossicodipendenti in trattamento nel 2° semestre 1990, nel 1991 e nel 1992 è la seguente:

al 30/9/1990		al 31/12/1990	
- presso i servizi sanitari pubblici		- presso i servizi sanitari pubblici	
NORD:	22.491 in terapia presso n. 284 strut. (79,19)	NORD:	23.733 in terapia presso n. 284 strut. (83,57)
CENTRO:	8.469 in terapia presso n. 107 strut. (80,48)	CENTRO:	8.939 in terapia presso n. 108 strut. (84,25)
SUD:	7.887 in terapia presso n. 97 strut. (81,10)	SUD:	8.187 in terapia presso n. 88 strut. (93,03)
ISOLE:	2.172 in terapia presso n. 33 strut. (85,82)	ISOLE:	2.089 in terapia presso n. 33 strut. (82,78)
- presso le comunità terapeutiche		- presso le comunità terapeutiche	
NORD:	5.939 accolti presso n. 253 comunità (23,47)	NORD:	6.735 accolti presso n. 266 comunità (25,32)
CENTRO:	2.848 accolti presso n. 79 comunità (36,05)	CENTRO:	2.889 accolti presso n. 83 comunità (34,81)
SUD:	1.878 accolti presso n. 49 comunità (34,24)	SUD:	1.748 accolti presso n. 50 comunità (34,96)
ISOLE:	916 accolti presso n. 40 comunità (22,90)	ISOLE:	1.041 accolti presso n. 41 comunità (25,39)

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 75 e 80 utenti alla data del 30 settembre e del 31 dicembre 1990; quello per le comunità terapeutiche è di circa 27 e 28 utenti alle stesse date.

N.B.: Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e comunità terapeutica

al 31/3/1991

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 21.287 in terapia presso n. 266 serv. (80,03)
 CENTRO: 8.896 in terapia presso n. 108 serv. (82,00)
 SUD: 7.708 in terapia presso n. 95 serv. (81,14)
 ISOLE: 2.097 in terapia presso n. 32 serv. (85,53)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 11.181 accolti presso n. 505 strutt. (22,14)
 CENTRO: 3.990 accolti presso n. 122 strutt. (32,70)
 SUD: 3.646 accolti presso n. 126 strutt. (28,94)
 ISOLE: 1.506 accolti presso n. 66 strutt. (22,82)

al 30/9/1991

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 26.979 in terapia presso n. 282 serv. (95,67)
 CENTRO: 8.116 in terapia presso n. 108 serv. (75,15)
 SUD: 8.893 in terapia presso n. 92 serv. (96,66)
 ISOLE: 2.917 in terapia presso n. 34 serv. (85,79)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 11.890 accolti presso n. 540 strutture (22,02)
 CENTRO: 4.745 accolti presso n. 168 strutture (28,24)
 SUD: 2.847 accolti presso n. 108 strutture (26,36)
 ISOLE: 1.581 accolti presso n. 72 strutture (21,96)

al 30/6/1991

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 26.059 in terapia presso n. 279 serv. (93,40)
 CENTRO: 7.114 in terapia presso n. 104 serv. (68,40)
 SUD: 8.057 in terapia presso n. 91 serv. (88,54)
 ISOLE: 2.420 in terapia presso n. 31 serv. (78,06)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 11.895 accolti presso n. 499 strutt. (23,84)
 CENTRO: 4.965 accolti presso n. 160 strutt. (31,03)
 SUD: 2.783 accolti presso n. 107 strutt. (26,01)
 ISOLE: 1.534 accolti presso n. 68 strutt. (22,56)

al 31/12/1991

- presso i servizi sanitari pubblici

NORD: 29.057 in terapia presso n. 282 serv. (103,84)
 CENTRO: 7.762 in terapia presso n. 106 serv. (73,23)
 SUD: 9.873 in terapia presso n. 110 serv. (89,75)
 ISOLE: 2.613 in terapia presso n. 32 serv. (81,66)

- presso le strutture socio-riabilitative

NORD: 13.143 accolti presso n. 548 strutture (23,98)
 CENTRO: 5.307 accolti presso n. 180 strutture (29,48)
 SUD: 3.809 accolti presso n. 125 strutture (30,47)
 ISOLE: 2.302 accolti presso n. 79 strutture (29,14)

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 75, 86, 91 e 93 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre 1991; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 25, 25, 24 e 26 utenti alle stesse date.

N.B. Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e struttura socio-riabilitativa.

A partire dalla rilevazione del 31/3/91 vengono pubblicati, come già detto in precedenza, i dati relativi ai centri di 1° Accoglienza, Comunità Terapeutiche e centri di reinserimento sommati sotto la voce strutture socio-riabilitative.

<p style="text-align: center;">al 31/3/1992</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 29.741 in terapia presso n. 282 serv. (105,46)</p> <p>CENTRO: 8.918 in terapia presso n. 109 serv. (81,82)</p> <p>SUD: 10.747 in terapia presso n. 115 serv. (93,45)</p> <p>ISOLE: 3.101 in terapia presso n. 34 serv. (91,21)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 13.776 accolti presso n. 589 strutture (23,39)</p> <p>CENTRO: 5.988 accolti presso n. 198 strutture (30,23)</p> <p>SUD: 4.200 accolti presso n. 151 strutture (27,81)</p> <p>ISOLE: 2.257 accolti presso n. 83 strutture (27,19)</p>	<p style="text-align: center;">al 30/6/1992</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 31.322 in terapia presso n. 279 serv. (112,26)</p> <p>CENTRO: 9.897 in terapia presso n. 111 serv. (89,18)</p> <p>SUD: 11.018 in terapia presso n. 107 serv. (102,97)</p> <p>ISOLE: 3.580 in terapia presso n. 36 serv. (98,89)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 14.803 accolti presso n. 618 strutture (23,95)</p> <p>CENTRO: 6.822 accolti presso n. 203 strutture (32,62)</p> <p>SUD: 4.583 accolti presso n. 161 strutture (28,47)</p> <p>ISOLE: 2.352 accolti presso n. 83 strutture (28,34)</p>
<p style="text-align: center;">al 30/9/1992</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 31.028 in terapia presso n. 283 serv. (109,64)</p> <p>CENTRO: 9.762 in terapia presso n. 115 serv. (84,89)</p> <p>SUD: 11.384 in terapia presso n. 114 serv. (99,86)</p> <p>ISOLE: 3.382 in terapia presso n. 37 serv. (91,60)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 13.708 accolti presso n. 618 strutture (22,18)</p> <p>CENTRO: 5.128 accolti presso n. 200 strutture (25,64)</p> <p>SUD: 4.605 accolti presso n. 169 strutture (27,25)</p> <p>ISOLE: 2.550 accolti presso n. 83 strutture (30,72)</p>	<p style="text-align: center;">al 15/12/1992</p> <p>- presso i servizi sanitari pubblici</p> <p>NORD: 32.927 in terapia presso n. 280 serv. (117,60)</p> <p>CENTRO: 10.197 in terapia presso n. 109 serv. (93,55)</p> <p>SUD: 11.781 in terapia presso n. 102 serv. (115,30)</p> <p>ISOLE: 4.852 in terapia presso n. 43 serv. (112,84)</p> <p>- presso le strutture socio-riabilitative</p> <p>NORD: 13.920 accolti presso n. 619 strutture (22,49)</p> <p>CENTRO: 6.719 accolti presso n. 207 strutture (32,46)</p> <p>SUD: 5.266 accolti presso n. 181 strutture (29,09)</p> <p>ISOLE: 2.639 accolti presso n. 88 strutture (29,99)</p>

Il carico medio per i servizi sanitari pubblici risulta di circa 97, 104, 101 e 112 utenti alle date del 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 15 dicembre 1992; quello per le strutture socio-riabilitative è di circa 26, 27, 24, 26 utenti alle stesse date.

N.B.: Tra parentesi viene riportato il carico medio di utenti per servizio sanitario pubblico e struttura socio-riabilitativa.

Il confronto tra i dati relativi ai tossicodipendenti in cura al 15 dicembre 1992 con quelli del 30 giugno 1990 (prima dell'entrata in vigore della Legge 162/90) confermano la tendenza, già evidenziata nell'analisi dei dati del secondo semestre 1990 e nell'anno 1991, dell'emersione del fenomeno della tossicodipendenza alla visibilità e, quindi, ad un maggior intervento sociale di recupero e di riabilitazione.

Gli utenti dei servizi sanitari pubblici per le tossicodipendenze sono aumentati dal 30 giugno 1990 al 30 giugno 1991, dopo un anno di applicazione della nuova normativa antidroga, del 15,46% mentre quelli delle comunità terapeutiche sono, nello stesso periodo, aumentati del 16,49%. Nel secondo anno - dal 30 giugno 1991 al 30 giugno 1992 - l'aumento presso i servizi sanitari è stato del 27,83%, presso le comunità del 26,05%.

L'introduzione delle tre tipologie di intervento (comunità, accoglienza, reinserimento) ha consentito di individuare le differenze nei tre flussi di utenza.

Complessivamente, dal 30.6.90 al 15.12.92 si è verificato un aumento del numero dei tossicodipendenti, che ha riguardato in misura maggiore i servizi sanitari pubblici, i cui utenti sono passati da 37.804 a 59.737 mentre, nello stesso arco di tempo, gli utenti delle comunità terapeutiche sono passati da 10.667 a 17.148.

Si potrebbe ipotizzare un aumento assoluto del fenomeno, oppure una maggiore fiducia nei confronti dei servizi e

delle strutture e, quindi, una maggiore domanda; ugualmente può trattarsi di un'aumentata offerta di cura e assistenza, sia numerica che qualitativa. La stessa nuova normativa (T.U. 309/90), che invita i tossicodipendenti a presentarsi presso i servizi, pena le sanzioni amministrative, potrebbe aver inciso in questo senso.

Servizi sanitari pubblici e strutture socio-riabilitative

Alla legge n. 162 del 1990 si deve attribuire l'effetto di aver prodotto un notevole aumento del numero delle strutture, sia pubbliche che private, per il recupero dei tossicodipendenti. Al 15 dicembre 1992 i servizi sanitari pubblici, istituiti dalle UU.SS.LL., sono 559, rispetto ai 517 del 30 giugno 1990, con un incremento percentuale dell'8,12%. L'incidenza maggiore si è, però, verificata sul fronte delle comunità terapeutiche che da 433 (giugno 1990) sono diventate 642 (dicembre 1992), con un aumento del 48,27%.

In realtà è tutto il settore delle strutture socio-riabilitative, e non solo le comunità, ad aver risentito maggiormente delle mutate condizioni operative in questi ultimi anni.

La distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative è illustrata nelle tabelle seguenti che mostrano la situazione dal 30/6/90, prima dell'entrata in vigore della legge, al 15/12/92.

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle comunità terapeutiche nel II semestre 1990

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	COMUNITA' TERAPEUTICHE
- 30.06.1990		
NORD	277	260
CENTRO	113	80
SUD	95	52
ISOLE	32	41
TOTALE ITALIA	517	433
- 30.09.1990		
NORD	284	258
CENTRO	112	82
SUD	98	52
ISOLE	33	42
TOTALE ITALIA	527	434
- 31.12.1990		
NORD	286	271
CENTRO	114	84
SUD	97	55
ISOLE	33	44
TOTALE ITALIA	530	454

 XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° APRILE 1993

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI 1° ACCO- GLIENZA	COMUNITA' TERAPEUTICHE	CENTRI DI REINSERI- MENTO	TOTALE STRUTTURE SOCIO-RIABILITA- TIVE
- 31.03.1992					
NORD	285	147	319	144	610
CENTRO	118	64	121	42	227
SUD	115	50	89	19	158
ISOLE	34	28	52	6	86
TOTALE ITALIA	552	289	581	211	1.081
- 30.06.1992					
NORD	285	167	321	145	633
CENTRO	119	67	120	43	230
SUD	117	53	94	20	167
ISOLE	36	26	51	7	84
TOTALE ITALIA	557	313	586	215	1.114
- 30.09.1992					
NORD	285	150	344	146	640
CENTRO	120	71	127	46	244
SUD	116	54	98	23	175
ISOLE	41	30	55	3	88
TOTALE ITALIA	562	305	624	218	1.147
- 15.12.1992					
NORD	282	156	348	142	646
CENTRO	120	73	128	47	248
SUD	113	54	106	27	187
ISOLE	44	30	60	4	94
TOTALE ITALIA	559	313	642	220	1.175

 XI LEGISLATURA — DODICESIMA COMMISSIONE — SEDUTA DEL 1° APRILE 1993

Distribuzione territoriale dei servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative nel corso del 1991 e del 1992

	SERVIZI SANITARI PUBBLICI	CENTRI DI 1° ACCO- GLIENZA	COMUNITA' TERAPEUTICHE	CENTRI DI REINSERI- MENTO	TOTALE STRUTTURE SOCIO-RIABILITA- TIVE
- 31.03.1991					
NORD	285	119	287	128	534
CENTRO	117	50	69	38	177
SUD	97	33	57	14	104
ISOLE	34	21	43	8	72
TOTALE ITALIA	533	223	476	188	887
- 30.06.1991					
NORD	285	123	291	139	553
CENTRO	116	52	92	34	178
SUD	97	38	60	13	111
ISOLE	34	22	45	6	73
TOTALE ITALIA	532	235	488	192	915
- 30.09.1991					
NORD	282	131	293	138	562
CENTRO	117	54	95	37	186
SUD	94	35	63	19	117
ISOLE	36	23	48	5	76
TOTALE ITALIA	529	243	499	199	941
- 31.12.1991					
NORD	283	132	305	140	577
CENTRO	118	62	106	40	208
SUD	116	40	74	16	130
ISOLE	34	26	49	6	81
TOTALE ITALIA	551	260	534	202	996

E' da notare come l'aumento numerico dei servizi sanitari pubblici dal 1984 al 1992 non sia proporzionale all'incremento dell'utenza: da 18.483 unità in 382 servizi censiti a 59.737 in 534 servizi censiti, con conseguente aumento del carico medio degli stessi servizi passato da 48,4 utenti a 111,9.

Le strutture socio-riabilitative censite al 15.12.1992 sono 1.175, di cui 642 comunità terapeutiche, a fronte di 207 comunità terapeutiche censite nel giugno 1984 e 433 nel giugno 1990.

Come per i servizi sanitari, la maggior parte di esse è situata al Nord, a discapito delle altre zone d'Italia. Infatti ben il 55,03% (646 strutture) si trovano al Nord, ove peraltro è concentrata la maggior parte dei tossicodipendenti.

Lo stesso divario tra il Nord e le altre zone d'Italia si riscontra per le tre tipologie di strutture socio-riabilitative.

In allegato viene pubblicata una mappa - aggiornata al 30.9.1992 - suddivisa per regione e per provincia, di tutti i servizi sanitari pubblici e delle strutture socio-riabilitative operanti nel settore della tossicodipendenza in Italia, con l'indicazione della denominazione e dell'indirizzo.

Tale mappa è preceduta da alcune note sull'attività dei predetti presidi pubblici e privati.

I servizi sanitari pubblici sono passati da 517, rilevati nel giugno 1990, a 559 al 15.12.1992.

Questa crescita numerica non ha investito in modo omogeneo il territorio nazionale, ma si è concentrata maggiormente al Nord (282 servizi al 15.12.1992 pari al 50,5%) rispetto al Centro (120 servizi pari al 21,5%), al Sud (113 servizi pari al 20,2%) ed alle Isole (44 servizi pari al 7,9%).

La diversità tra il Nord e le altre zone d'Italia non riguarda solo la distribuzione quantitativa dei servizi ma anche le metodiche di cura dei tossicodipendenti. Infatti al Nord il ricorso al trattamento farmacologico a base di sostanze sostitutive da parte dei servizi pubblici è in costante diminuzione e riguarda oramai solo una piccola parte di essi, mentre al Centro costituisce quasi il 50% dei casi ed è di poco inferiore al Sud e nelle Isole. Nonostante queste differenze è da rilevare che anche in queste zone si nota una costante diminuzione del ricorso a questo trattamento.

Va inoltre precisato che nei primi anni '80 un congruo numero di servizi erano collocati presso ospedali e svolgevano sostanzialmente attività di "pronto soccorso". Il T.U. 309/1990 ha consentito la costituzione di nuove strutture (servizi per le tossicodipendenze - Ser.T.) fornite di personale specializzato: ciò dovrebbe permettere, soprattutto al Sud, dove ancora si riscontra una maggiore carenza di servizi, di attrezzarsi per fronteggiare il fenomeno con maggiore adeguatezza.