

COMMISSIONE XII

AFFARI SOCIALI

(n. 12)

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 29 MARZO 1995

*(Ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento della Camera)***AUDIZIONE DEL MINISTRO PER LA FAMIGLIA E LA SOLIDARIETÀ SOCIALE, PROFESSOR ADRIANO OSSICINI, SUI FINANZIAMENTI ALLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE****PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE ALESSANDRA MUSSOLINI**

INDICE

	PAG.		PAG.
Audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, professor Adriano Ossicini, sui finanziamenti alle comunità terapeutiche:		Lumia Giuseppe (gruppo progressisti-federativo)	232
Mussolini Alessandra, <i>Presidente</i> 225, 231, 241		Mignone Valerio (gruppo progressisti-federativo)	240
Barbieri Giuseppe (gruppo alleanza nazionale)	231	Nardini Maria Celeste (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	238
Caccavari Rocco (gruppo progressisti-federativo)	234	Ossicini Adriano, <i>Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale</i>	225, 231
Devetag Flavio (gruppo LIF)	239	Polenta Paolo (gruppo PPI)	236
Lodolo D'Oria Vittorio (gruppo forza Italia)	237	Saia Antonio (gruppo rifondazione comunista-progressisti)	233

PAGINA BIANCA

La seduta comincia alle 15,5.

Audizione del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, professor Adriano Ossicini, sui finanziamenti alle comunità terapeutiche.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione, ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del regolamento, del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, professor Adriano Ossicini, sui finanziamenti alle comunità terapeutiche.

Poiché la relazione del ministro sarà abbastanza lunga, dopo averla ascoltata, passeremo agli interventi dei colleghi, rinviando la replica del ministro a mercoledì prossimo.

ADRIANO OSSICINI, *Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale*. In considerazione della complessità della materia in esame, del fatto che me ne sto occupando da poco tempo e del fatto che per l'ennesima volta, per ragioni contingenti, si è dovuto reiterare all'ultimo momento un decreto-legge in scadenza, proprio quando sembrava che al Senato fosse possibile raggiungere un accordo per convertirlo in legge, ho preparato una relazione, che ritengo abbastanza esaustiva, sui problemi che mi sono stati sottoposti, in modo che la discussione non avvenga su un singolo aspetto della complessa problematica in esame. Ai quesiti che mi verranno posti cercherò di rispondere successivamente. Ciò mi consentirà non solo di avviare nel modo migliore il mio lavoro, ma anche di valutare le opportune modifiche e di tener conto delle vostre indicazioni utili a favorire la conversione in legge del decreto e a portare avanti un disegno di legge orga-

nico, come ho promesso e proposto di fare in tempi brevi. Pertanto darò lettura di una relazione abbastanza ampia.

In ordine alla disciplina normativa, tra gli obiettivi della legge di riforma della disciplina degli stupefacenti, prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza, non poteva mancare quello di riconoscere nell'ordinamento la soggettività sociale delle numerose organizzazioni, espressione dell'impegno civile di solidarietà, generalmente indicate col nome « comunità » o « comunità terapeutiche ».

La rilevanza del fenomeno si evince sia dalla presenza quantitativa delle comunità sul territorio nazionale che dal numero delle persone tossicodipendenti in trattamento. Dai dati dell'Osservatorio permanente sul fenomeno droga del Ministero dell'interno, relativi al 30 giugno 1994, riguardo la diffusione sul territorio, tra centri di prima accoglienza, comunità terapeutiche in senso stretto e centri di reinserimento, risulta una presenza così distribuita: al nord, 690; al centro, 251; al sud, 231; nelle isole, 104: per un totale di 1.276.

Riguardo invece il numero degli utenti, sempre dai dati dell'Osservatorio al 30 giugno 1994, risultavano essere 23.948 i tossicodipendenti in trattamento presso 1.198 strutture che hanno inviato i dati, sulle 1.276 esistenti.

Nella legge il termine « comunità » o « comunità terapeutica », ascrivibile a categorie sociologiche, non si rintraccia; ciononostante diverse disposizioni riguardano direttamente tali strutture del privato sociale. La legge 26 giugno 1990, n. 162 (ora contenuta nel testo unico sulle tossicodipendenze approvato con decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990) si

svolge in un intreccio di relazioni interistituzionali, che coinvolgono tutti i soggetti della comunità sociale e dell'organizzazione dello Stato ai vari livelli, mirando ad intessere intorno alla persona tossicodipendente una rete di servizi: dal coinvolgimento delle regioni, degli enti locali e delle unità sanitarie locali con i loro compiti di prevenzione e di reinserimento, dai servizi per le tossicodipendenze (SERT) istituiti dalla stessa legge con specifici compiti terapeutici e socio-riabilitativi, al coinvolgimento delle famiglie e delle altre realtà del privato sociale, oramai molto presenti sul territorio, che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Allo scopo quindi di perseguire la più piena sinergia pubblico-privato, gli articoli 115 e seguenti del testo unico trattano degli «enti ausiliari», così definiti in quanto collaboratori degli enti pubblici (comuni, comunità montane, unità sanitarie locali) nel perseguimento dei fini di prevenzione del disagio psico-sociale, assistenza, cura, riabilitazione e reinserimento dei tossicodipendenti.

Si comprende come per riconoscere tale soggettività fosse indispensabile apprestare gli strumenti giuridici idonei a conferire gli elementi di certezza delle situazioni, insieme alla definizione delle responsabilità. L'articolo 116 del testo unico pertanto ha dettato la norma quadro per l'istituzione degli albi regionali degli enti che gestiscono strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti. L'iscrizione agli albi, di per sé non obbligatoria, è indispensabile perché la comunità venga immessa nel circuito relazionale con le istituzioni pubbliche: accesso ai contributi, convenzioni, affidamento in prova di detenuti tossicodipendenti e via dicendo.

La funzione di garanzia svolta dalla iscrizione agli albi regionali (garanzia per gli utenti, per l'istituzione pubblica ed anche, naturalmente, per la stessa comunità) è stata rimarcata anche dalle norme del decreto-legge riguardante il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga, ove insanabilmente è prescritto il requisito

della iscrizione all'albo regionale per l'accesso ai contributi del Fondo stesso. Solo nella considerazione di dover evitare disparità di trattamento tra le comunità operanti nel territorio di regioni inadempienti, il decreto-legge prevede che possa essere sufficiente la iscrizione nel registro temporaneo ovvero, in mancanza anche di quest'ultimo, la presenza di una convenzione con la regione. Ma è norma transitoria, destinata ad essere superata man mano che le regioni provvedono alla approvazione delle leggi attuative del disposto del testo unico.

Con riferimento allo stato di attuazione da parte delle regioni e delle province autonome della disciplina quadro prevista dalla legge, occorre dire che la situazione è ancora disomogenea. In data 3 febbraio l'ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze del Dipartimento per gli affari sociali ha inviato a tutte le regioni ed alle province autonome una richiesta di dati e di documentazione proprio sullo stato di attuazione della normativa del testo unico. Non tutte le regioni hanno risposto.

Dal materiale ricevuto si evince che otto regioni hanno istituito l'albo definitivo (Veneto, Toscana, Marche, Emilia Romagna, Abruzzo, Campania, Sicilia e Sardegna); cinque regioni hanno tuttora in corso la registrazione temporanea (Piemonte, Lombardia, Lazio, Puglia e Calabria) e otto regioni (che per pudore non indico, ma si evincono facendo una sottrazione) non hanno inviato dati.

Si è accennato come intendimento del legislatore della legge n. 162 fosse il perseguimento della sinergia intersoggettiva pubblico-privato; è noto però come nella pratica attuazione tale imprescindibile obiettivo non si sia mai rivelato di facile perseguimento. Nel campo degli interventi per la tossicodipendenza, poi, probabilmente pesando più che in altri campi la prospettiva antropologico-filosofica di cui si è portatori, la ricerca dei predetti rapporti si è rivelata sicuramente più complessa. È per questo che, al termine di un lungo lavoro svolto in collaborazione con tutti i soggetti interessati, si è provveduto

alla emanazione di un decreto del ministro della sanità (decreto ministeriale 19 febbraio 1993, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* — supplemento ordinario n. 25 dell'8 marzo 1993), contenente due provvedimenti sui quali vale la pena soffermarsi brevemente.

Il primo concerne l'« 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 ». La definizione dello schema tipo di convenzione era prevista dall'articolo 117 del testo unico, relativo appunto all'esercizio delle funzioni di prevenzione, di riabilitazione e reinserimento.

Il secondo decreto invece concerne l'approvazione dello schema di atto d'intesa tra Stato e regioni per la definizione di criteri e modalità uniformi per l'iscrizione degli enti ausiliari che gestiscono senza scopo di lucro strutture per la riabilitazione ed il reinserimento sociale dei tossicodipendenti negli albi regionali. Si tratta di un provvedimento non previsto da una norma del testo unico, ma la cui emanazione è stata ritenuta utile ed opportuna al fine di superare difficoltà interpretative e di perseguire al massimo la omogeneità della disciplina regionale in materia di iscrizione agli albi.

Complessivamente emerge un *identikit* del soggetto comunità, del quale sono stati definiti: i requisiti soggettivi, ossia il possesso della personalità giuridica o della qualità di associazione riconosciuta o riconoscibile ai sensi del codice civile, ovvero natura di organizzazione di volontariato o di cooperativa sociale iscritte ai rispettivi albi; i requisiti strutturali (attinenti da un lato alla rispondenza oggettiva alle normative in materia edilizia, igienico-sanitaria e di sicurezza in genere; dall'altro alla sussistenza di natura soggettiva delle condizioni di operabilità della struttura sia residenziale sia semiresidenziale). Inoltre, sono stati definiti i requisiti funzionali con la definizione dei presupposti irrinunciabili del progetto riabilitativo e dei contenuti del regolamento interno. Con riguardo al

progetto riabilitativo, viene ribadito che esso deve ispirarsi al rispetto dei diritti fondamentali della persona e deve escludere nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura. Infine i requisiti minimi, oggettivi e soggettivi, relativi al personale che opera presso ciascuna sede operativa, nonché al responsabile. Si distingue tra sedi operative la cui attività è riconducibile all'area pedagogico-riabilitativa ed altre la cui attività è riconducibile all'area terapeutico-riabilitativa.

I compiti relativi alla attività istruttoria ai fini dell'iscrizione all'albo sono demandati alla regione o ai competenti settori della unità sanitaria locale in collaborazione con il SERT.

L'atto d'intesa non tralascia un punto di cruciale importanza con riferimento alla attività delle comunità: quello della vigilanza. All'articolo 10 del decreto si legge: « 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 all'albo ».

Riguardo la periodicità delle verifiche, la norma dispone che le visite ordinarie alla sede operativa siano almeno annuali, con possibilità di visite straordinarie. Inoltre ogni sede operativa deve trasmettere annualmente alla regione e alla unità sanitaria locale il bilancio di previsione ed il conto consuntivo.

L'emanazione del decreto ministeriale ha certamente permesso di definire questioni dibattute, ma ne ha aperte alcune altre. Infatti con decreto ministeriale 18 febbraio 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 26 febbraio 1994, lo schema tipo di convenzione è stato integrato con un ul-

teriore articolo, mirante a fare luce su alcuni aspetti controversi. Innanzitutto il provvedimento ha avuto lo scopo di garantire, con una previsione espressa, l'autonomia della scelta della struttura riabilitativa per l'attuazione del programma, da parte dei soggetti interessati, in considerazione della fondamentale importanza dell'elemento della autodeterminazione e della scelta fiduciaria ai fini di una proficua adesione al programma.

Un altro punto chiarito con il decreto di cui si tratta, è stato quello relativo agli effetti connessi con la mancata iscrizione agli albi regionali, esplicitando che l'iscrizione stessa è requisito necessario ai fini dell'espletamento da parte degli enti ausiliari dell'attività collaborativa con gli enti locali e con il SERT, oltre che per l'accesso ai contributi pubblici. Gli enti non iscritti svolgono la loro attività al di fuori del contesto di collaborazione con le strutture pubbliche, ferma restando la ordinaria disciplina generale anche relativa al controllo da parte degli organi statali, regionali e locali.

Ma non tutto appare ancora risolto. Nella fase dell'attuazione da parte delle regioni, le indicazioni degli schemi tipo hanno incontrato diversità di lettura e di applicazione, talvolta notevoli. Alcuni aspetti relativi al grado di autonomia delle comunità con riferimento alla elaborazione del programma terapeutico; la questione dell'accesso dei tossicodipendenti alla comunità e l'autorizzazione da parte del SERT; la qualificazione professionale degli operatori delle comunità ai fini del soddisfacimento dei requisiti per l'iscrizione all'albo, sono tuttora motivo di dibattito.

Circa l'ultimo punto menzionato, vale a dire la qualificazione professionale degli operatori, il ministro della sanità aveva dettato una norma transitoria allo scopo di salvaguardare le professionalità esistenti ed operanti diffusamente presso le strutture. Con norma transitoria il decreto stabiliva l'equiparazione del possesso delle qualifiche professionali al proficuo esercizio per almeno due anni dalla data di entrata in vigore del decreto stesso, dell'atti-

ività di operatore o di responsabile di strutture convenzionate. La Corte dei conti però non ha registrato il provvedimento, sostanzialmente con la motivazione che « l'esigenza di garantire criteri di uniformità nella materia non può valere a giustificare l'equiparazione disposta ».

Passo ora a trattare dei finanziamenti. Al termine di questa breve panoramica sulla normativa concernente le comunità, si può sottolineare come la loro importanza ed incisività nel campo delle problematiche della tossicodipendenza sia da individuare soprattutto nel tipo di risposta globale che le stesse sono spesso in grado di offrire a chi decide di abbandonare l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope ed alle loro famiglie. Da questo discende la considerazione dello Stato sia in riferimento al loro inserimento nel circuito istituzionale dei soggetti impegnati nel campo della droga sia in riferimento al sostegno di natura finanziaria che il legislatore ha ritenuto di garantire al privato sociale.

I finanziamenti concessi alle associazioni, alle organizzazioni di volontariato ed agli enti privati in genere, per gli esercizi finanziari 1990, 1991 e 1992, erano gestiti dal Ministero dell'interno per quanto attiene ai progetti di recupero, e dal Ministero del lavoro e della previdenza sociale per quanto attiene ai progetti di formazione professionale e reinserimento lavorativo.

In particolare, i 50 miliardi presenti nel capitolo di bilancio iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'interno erano ripartiti come segue: il 60 per cento per i progetti di recupero ed il 40 per cento per i progetti di formazione professionale e reinserimento lavorativo. I contributi concessi nel triennio suddetto hanno avuto una forma di pubblicità con la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*; per il 1990, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 147 del 25 giugno 1991, supplemento ordinario; per il 1991, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 43 del 21 febbraio 1992, supplemento ordinario; per il 1992, nella *Gazzetta Ufficiale* n. 64 del 18 marzo 1993, supplemento ordinario.

Per effetto del decreto-legge n. 3 del 1993, reiterato fino all'attuale n. 82 del 1995, anche i contributi destinati alle comunità sono entrati a far parte del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e come tali sono gestiti dal Dipartimento per gli affari sociali e concessi con decreto del ministro per la famiglia e la solidarietà sociale.

Per l'esame istruttorio dei progetti è stata istituita una commissione istruttorie, presieduta da un magistrato del Consiglio di Stato e composta, a norma del comma 7 dell'articolo 127 del testo unico, da sette esperti nei settori sanitario, farmaco-tossicologico, psicologico, sociologico, riabilitativo, pedagogico e giuridico. Per l'esame dei progetti pervenuti dalle comunità, la commissione è integrata da rappresentanti delle amministrazioni dello Stato che negli esercizi finanziari precedenti avevano avuto competenza in materia. La commissione, rinnovata quasi per intero ed integrata dai rappresentanti ministeriali, si è insediata il 3 ottobre 1994 (perciò io l'ho trovata già insediata). Fino a quella data erano stati esaminati ed approvati i progetti pervenuti dalle amministrazioni dello Stato, dalle regioni e dagli enti locali.

In particolare il Fondo, per l'esercizio finanziario 1993, è stato ripartito come segue: disponibilità del Fondo: lire 217 miliardi 600 milioni; amministrazioni dello Stato (25 per cento): lire 54 miliardi 400 milioni; enti locali ed USL (47 per cento): lire 102 miliardi 272 milioni; regioni (3 per cento): lire 6 miliardi 528 milioni; associazioni, enti, comunità (25 per cento): lire 54 miliardi 400 milioni.

Alla cifra di 54 miliardi 400 milioni disponibile per il privato sociale vanno aggiunti ulteriori 1.800 milioni derivanti da recupero di fondi (somme restituite per progetti non realizzati od altro), per cui il totale disponibile per le comunità, relativo all'anno 1993, è di lire 56.195.700.000.

I progetti sono stati presentati dagli enti privati sulla base dei termini e delle modalità definiti con circolare della Presidenza del Consiglio dei ministri n. 33530.2 dell'11 febbraio 1993, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 35 del 12 febbraio

1993, supplemento ordinario. Sono pervenuti al Dipartimento per gli affari sociali 1.487 progetti, per un totale di richieste di finanziamento ammontante ad oltre 350 miliardi di lire (per l'esattezza, lire 353.560.963.437).

La situazione relativa all'esame dei progetti (tenendo conto della provvisorietà di alcuni dati, poiché la commissione non ha ancora ultimato i lavori) è la seguente: dei 1.487 progetti pervenuti, 218 sono stati dichiarati inammissibili perché presentati fuori termine o per documentazione incompleta; sui restanti 1.269 progetti la commissione ha espresso parere positivo per 1.011 progetti e parere negativo per 198 progetti. Rimane a tutt'oggi in sospeso il parere su 60 progetti perché si è in attesa del parere del Consiglio di Stato, richiesto per quei casi in cui si abbiano dubbi derivanti dalla normativa regionale sull'iscrizione agli albi, oppure per quei casi in cui è accertata la presenza di procedimento penale pendente a carico del rappresentante legale dell'ente.

La commissione istruttorie ha valutato i singoli progetti sulla base del merito e della congruità dell'intervento proposto ed ha individuato i limiti del possibile finanziamento in rapporto alla somma richiesta. Tale valutazione è stata condotta sui singoli progetti con autonomi giudizi che garantiscono l'esclusione di qualsiasi automatismo.

Allo stato attuale, considerando la situazione dei progetti che hanno avuto il parere positivo, il totale ammissibile risulta essere di lire 109.339.308.063, a fronte della cifra disponibile, sopra citata, ammontante a poco più di 56 miliardi di lire. Si rende pertanto necessario procedere ad abbattimenti, previa adozione dei criteri relativi.

In considerazione del fatto che si tratta di progetti finalizzati al recupero ed al reinserimento socio-lavorativo di tossicodipendenti, nell'impossibilità di individuare criteri unitari su base nazionale a causa della diversità da regione a regione soprattutto in riferimento al numero di servizi pubblici e privati esistenti ed al volume dell'utenza, si sta lavorando sulle se-

guenti ipotesi di parametri (lo ribadisco, si tratta di ipotesi, ed il dibattito in questa sede potrà aiutarci in tal senso).

Ripartizione del totale disponibile: in ragione del 60 per cento per le regioni del nord e del centro e del 40 per cento per le regioni del sud e delle isole.

Numero di utenti nei servizi pubblici e privati (la fonte è l'osservatorio permanente del Ministero dell'interno): tale dato è preso in considerazione nella sua entità numerica « pura », allo scopo di favorire le aree in cui l'intervento è più oneroso, dato che ogni soggetto in trattamento ha un suo costo.

Numero medio di utenti per servizio pubblico e privato (numero degli utenti diviso per il numero dei servizi, la fonte è l'osservatorio permanente): tale rapporto consente di intervenire con un finanziamento più elevato nelle aree in cui l'intervento risulta più carente perché maggiormente sprovvisto di servizi in relazione al volume di utenti di cui deve farsi carico.

Fascia di popolazione a rischio (15-34 anni, la fonte è l'ISTAT, censimento 1991): questo dato consente di tenere in maggiore considerazione, ai fini del finanziamento da attribuire, quelle aree in cui è più elevata la quota di popolazione a rischio, che rappresenta un possibile bacino di utenza ancora sommerso.

Importo totale ammissibile, calcolato sulla base dei giudizi espressi dalla commissione istruttoria: tale dato è necessario per introdurre un parametro che tenga conto del volume degli interventi giudicati ammissibili a finanziamento nell'area considerata e quindi della capacità di spesa « produttiva » degli operatori.

Qualora l'importo disponibile così ottenuto fosse superiore all'importo ammissibile, verrebbe attribuito alla regione in questione un finanziamento pari all'importo stesso ed il resto verrebbe ripartito tra le altre regioni sulla base dei criteri predetti.

Ripartita in tal modo la disponibilità del Fondo su base regionale, è possibile procedere all'abbattimento dell'importo ammissibile per ciascun progetto per una quota pari al rapporto tra disponibile ed

ammissibile calcolato per ciascuna regione. Si prevede però l'integrale finanziamento dei progetti il cui importo ammissibile è pari o inferiore a 20 milioni di lire e si prevede altresì di non procedere ad abbattimento sotto tale cifra. Ciò risponde alla necessità di evitare l'erogazione di finanziamenti di importo irrisorio e di non penalizzare quelle comunità più piccole che, pur iscritte negli albi regionali e pur svolgendo con abnegazione la loro attività, hanno dimensioni tali da non poter sopravvivere senza un pur minimo intervento pubblico.

Il calcolo descritto intenzionalmente non introduce criteri meramente percentualistici nell'attribuzione del finanziamento, in quanto la Commissione istruttoria con il proprio esame assicura un giudizio di merito sui singoli progetti, rispetto ai quali indica la quota massima ammissibile, con riferimento al rapporto costi-benefici. Il ricorso all'abbattimento nasce solamente dalla scarsa disponibilità delle risorse in rapporto alle effettive necessità di finanziamento.

L'ultimo punto che vi sottopongo riguarda le prospettive per gli esercizi finanziari 1994 e seguenti. Infatti, tutto quanto vi ho esposto è relativo, come ho detto, all'esercizio finanziario 1993. Riguardo alle disponibilità per gli anni 1994 e 1995, come è noto alla Commissione, il decreto-legge riguardante il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga prevede che esse siano ripartite in un'unica gestione, al fine di recuperare almeno in parte i ritardi accumulati sia a causa delle note vicende politico-istituzionali, sia a causa delle numerose reiterazioni del decreto-legge.

Purtroppo, di nuovo la mancata conversione in legge ha prodotto un ulteriore ritardo che grava pesantemente sull'attività delle comunità. Infatti la reiterazione del provvedimento comporta un ulteriore allungamento dei tempi per l'emanazione del decreto-regolamento attuativo, necessario, anzi indispensabile, per definire i termini e le modalità per la presentazione delle domande.

A decorrere dall'anno 1996, poi, la quota del Fondo destinata al sostegno del privato sociale verrà, come è noto, gestita direttamente dalle regioni.

Concludo questa mia lunga esposizione sottolineando che mi sono voluto attenere ad una documentazione, perché sarebbe opportuno, ripeto, uscire dal provvisorio e dal precario ed arrivare, con il contributo ed i suggerimenti del Parlamento, all'emanazione di un disegno di legge che affronti la materia in modo non occasionale; l'ocasionalità, nonostante la buona volontà, finisce per produrre sperequazioni, disorientamenti e senso di sfiducia da parte di molti operatori.

Il fatto che per quattordici volte sia stato reiterato un decreto-legge (a parte il famoso discorso sui decreti-legge, che tutti conosciamo) è drammatico e dà ancora più senso di precarietà a chi deve operare in questo settore. Si tratta infatti di un settore (anche se non è l'unico) per il quale la precarietà è drammatica, perché la gente che chiede aiuto non può vedere rinviato questo aiuto in base agli interessi del Parlamento, delle Commissioni permanenti, del Ministero e così via.

Vi invito ad avere pazienza con me perché ciascuno ha il suo apprendistato da fare: in qualità di ministro sto affrontando questo problema da circa due mesi, ma come psichiatra e psicologo l'ho affrontato dall'altro punto di vista, dall'altro versante e, vivendo in mezzo a questi problemi, conosco i drammi, le attese, le difficoltà esistenti. Spesso è difficile capire perché coloro i quali devono rispondere a queste esigenze incontrino ostacoli che talvolta sembrano insuperabili.

Ritengo che, a questo punto, avendo posto i problemi con una certa ampiezza ed avendovi offerto un materiale di discussione il più minuzioso possibile, possa svolgersi un utile confronto. D'altra parte, per quanto mi riguarda, sono non soltanto rispettoso del Parlamento ma anche profondamente interessato a tutti i suggerimenti che potrete darmi: potremo in tal modo arrivare non soltanto a convertire finalmente il decreto-legge (per avere subito l'ossigeno necessario) ma nel contempo a definire una normativa

che sia davvero decorosa e seria da un punto di vista sociale, scientifico e umano, in modo che sia restituita a questo Parlamento l'immagine che è giusto abbia, poiché tutto sommato affronta e risolve questo tipo di problemi.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Ossicini per la sua relazione: invito i colleghi che lo desiderino a porgli domande, mantenendosi nel termine massimo di cinque minuti per intervento, come abbiamo convenuto.

ADRIANO OSSICINI, Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale. Desidero precisare che preferisco non rispondere casisticamente, ma disporre di tutti gli elementi necessari per replicare agli interventi dei membri della Commissione: altrimenti, ad alcuni potrei rispondere immediatamente, mentre ad altri dovrei invece fornire una risposta differita, in relazione ai necessari approfondimenti. Ritengo, quindi, preferibile una risposta strutturata e compiuta a tutte le domande, anche in relazione ad eventuali aspetti che non siano stati sufficientemente approfonditi nella mia relazione.

GIUSEPPE BARBIERI. Desidero rivolgere al ministro soltanto due domande.

Naturalmente, non è facile esprimere una critica della sua relazione *d'amblais*, e tuttavia voglio sottolinearne un aspetto. A pagina 5 della relazione si sostiene quanto segue: «Viene ribadito che esso deve ispirarsi al rispetto dei diritti fondamentali della persona e deve escludere nelle diverse fasi dell'intervento ogni forma di coercizione fisica, psichica, morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza nella struttura»; più oltre, si fa riferimento ad una vigilanza nel rispetto del diritto degli utenti. Bene, personalmente sono pratico di nosocomi e di strutture di lunga degenza e, senza entrare nel merito della filosofia dell'assistenza, voglio osservare che, quando si parla soltanto di diritti degli utenti, senza fare riferimento ad alcun loro dovere, è facile che gli stessi assistiti cadano nel peccato di ri-

vendicare soltanto diritti, senza tener presente alcun dovere. Signor ministro, riconoscere soltanto i diritti, senza prendere in considerazione la contropartita dei doveri — è una vecchia storia — corrisponde ad un'utopia che oggi è ormai probabilmente superata: quella del tutto a tutti.

Passando alla seconda questione, ricordo che, nella seduta della Camera del 21 febbraio scorso, venne respinto l'emendamento al comma 3 dell'articolo 8 presentato dal collega Lumia (con 226 voti contrari e 182 favorevoli), con il quale si prevedeva che anche gli psicologi potessero essere abilitati alle posizioni apicali dei centri per i tossicodipendenti. La *Gazzetta ufficiale* di lunedì 20 marzo, però, ripropone, sempre al comma 3 dell'articolo 8, il vecchio testo, per il quale alla direzione dei SERT possono essere abilitati non soltanto i medici ma anche gli psicologi. Vorrei un chiarimento in proposito.

GIUSEPPE LUMIA. Ringrazio il ministro, poiché abbiamo ora di fronte a noi un quadro abbastanza chiaro sul quale esprimere il nostro consenso od il nostro contributo critico: ritengo infatti che la sua relazione ci aiuti a superare la logica dell'emergenza, che fino ad ora ci ha in qualche modo stritolato, impedendoci di guardare nel modo giusto al fenomeno delle tossicodipendenze, per valutare poi come intervenire sul piano progettuale. Possiamo inoltre affrontare un altro aspetto: l'abbattimento delle barriere ideologiche, che purtroppo sino ad ora si sono avute in questo campo, in relazione alle diverse filosofie, pur legittime, ai diversi valori ed approcci. In tal modo, piuttosto che fare riferimento all'esperienza maturata in questi anni per tirar fuori da essa criteri di valutazione e di intervento, siamo spesso rimasti nell'astratto, non facilitando l'intervento e l'assunzione di responsabilità da parte del Parlamento, che doveva compiere le scelte necessarie in grado di far compiere a tutti un passo in avanti.

A mio avviso, oggi, dobbiamo tutti attenerci all'esigenza di pensare ad interventi integrati fra i diversi soggetti (privati, so-

ciali, istituzioni, famiglie, cittadini), alla luce delle prestazioni. Abbiamo ormai imparato che non esiste una prestazione, nel campo sia della prevenzione sia della cura sia della riabilitazione; esistono invece più approcci e, se mettiamo al centro la persona, scopriamo che per un individuo è più adatta una particolare metodologia sviluppata e realizzata in una comunità, per un altro è preferibile un'altra metodologia adottata in un SERT, per qualche altro è migliore quella seguita in una comunità residenziale di accoglienza, o in un centro diurno. Bisogna evitare, in sostanza, che sulla pelle dei tossicodipendenti, si effettui una lotta fra diverse prestazioni: ponendo al centro le persone, invece, possiamo maturare un intervento di tipo integrato.

Dobbiamo, quindi, chiudere la presente fase ed ho molto apprezzato la disponibilità a farlo. Abbiamo finora agito in modo emergenziale, spesso con lotte ideologiche e senza interventi per gradi; oggi, invece, dobbiamo aprire una nuova dimensione. Vorrei pertanto sapere dal ministro quali siano le possibilità (una volta approvato il decreto, se possibile, considerato il dibattito politico sulla durata della legislatura) di gettare le basi affinché la nostra Commissione ed il Parlamento affrontino in modo nuovo e serio il problema dell'intervento nel settore. Come accennavamo in una precedente occasione, siamo disponibili a dare il nostro contributo a condizione che si chiudano gli anni 1993, 1994 e 1995 ed immediatamente dopo si intervenga con una legge in grado di porre davvero al centro le questioni più profonde, risalendo alle cause e facendo tesoro degli errori ma anche delle esperienze positive compiute fino ad oggi.

La questione, cui ha fatto riferimento il collega che mi ha preceduto, sull'opportunità di assegnare una funzione apicale agli psicologi nell'ambito dei SERT, è stata sempre affrontata da parte nostra in modo non ideologico, partendo dal fatto che, di fronte al tossicodipendente, non possiamo semplicemente utilizzare i classici strumenti sanitari. Dobbiamo invece considerare una complessità di interventi, nel-

l'ambito della quale la funzione dello psicologo può essere utile, anche al punto di fargli assumere una funzione apicale.

Bisognava evitare, comunque, che scattasse la scorciatoia della medicalizzazione della prestazione di questo tipo, la quale sarebbe contraria, se non erro, a diverse culture ed esperienze. Alla fine la scorciatoia del metadone fa sì che il fenomeno venga ridotto ad un mero problema di medicalizzazione. Faccio presente che gli emendamenti da me formulati assieme ad altri colleghi sono stati ripresentati al Senato anche dal Polo della libertà; pertanto, come potrà evincere dalla lettura del testo, con tali emendamenti il problema viene affrontato positivamente nella direzione delle proposte modificative a suo tempo elaborate anche dal mio gruppo. Invito pertanto a confrontarci in proposito in modo concreto, anche alla luce dei contributi emersi con forza al Senato.

Lei ha altresì individuato alcuni criteri, che giudico abbastanza oggettivi, finalizzati a ridurre la quota di finanziamento, poiché nel rapporto fra progetti presentati e risorse disponibili vi è una sproporzione di oltre 50 miliardi. Naturalmente è difficile procedere all'individuazione di criteri qualitativi. Sarebbe inoltre interessante riuscire ad incrementare i progetti volti all'integrazione fra soggetti privati e pubblici, famiglia e comunità, incoraggiando in particolare quelli che utilizzino una dimensione integrata nella prestazione, cioè progetti che non guardino alla persona solo nella dimensione del lavoro o nella dimensione pedagogico-educativa, ma all'individuo nella sua totalità.

Concludo richiamando l'attenzione sul problema del lavoro, che è necessario affrontare con strumenti più adeguati, sui quali dovremo confrontarci con più attenzione.

ANTONIO SAIA. Condivido buona parte delle considerazioni del collega Lumia, che quindi non ripeterò, limitandomi ad alcune riflessioni. Ritengo che questo provvedimento debba essere approvato nel più breve tempo possibile, non perché ne condivida appieno i contenuti (anzi, lo giu-

dico largamente insufficiente per affrontare il problema nella sua complessità), ma solo in quanto punto di partenza per superare l'emergenza. Superata questa fase ci attendiamo comunque che il Governo, ed in particolare lei, signor ministro, ci esponga in maniera più diffusa le soluzioni che si intendono adottare per contrastare il fenomeno della droga, nonché la posizione dell'esecutivo sulla questione, che da tempo suscita l'interesse di tutte le forze politiche, dell'eventuale liberalizzazione delle droghe leggere. Naturalmente l'intervento dovrebbe essere studiato di concerto con altri ministeri, ed in particolare con quello del lavoro.

Occorre poi studiare il modo di evitare ricadute dopo aver sostenuto notevoli spese per recuperare un tossicodipendente: a questo proposito si pone il problema del reinserimento non solo nella famiglia ma anche nella sfera sociale e del lavoro. Spero che anche su questo punto il ministro, che sappiamo essere molto sensibile a queste tematiche, ci possa fornire nel più breve tempo possibile un progetto di legge sul quale si possa avviare subito una discussione in questa Commissione.

Ricordo che in sede di esame del decreto-legge 17 marzo 1995, n. 82, non fu possibile inserire un apposito emendamento, ma che tuttavia fu approvato all'unanimità un ordine del giorno in materia di apertura dei SERT. Signor ministro, lei sa bene che il SERT è una struttura di carattere prevalentemente sanitario, che deve poter intervenire sul territorio ogni volta che un tossicodipendente attraversa momenti di crisi. In base alla relazione che ci ha illustrato appare evidente che questo tipo di servizio è stato istituito in modo assai diverso nelle varie regioni e che pertanto le prestazioni erogate in modo congruo in alcune zone risultano largamente insufficienti in altre. La legge prevede inoltre che gli orari di apertura dei SERT siano legati al numero di iscritti alle USL: questo criterio non è accettabile perché quando un tossicodipendente è in crisi di astinenza non può trovare il SERT chiuso. Vi sono USL nelle quali il SERT chiude alle 14 del sabato per riaprire il lu-

nedì mattina, dando origine ad una serie di problemi: spesso i tossicodipendenti finiscono a rifornirsi in piazza dagli spacciatori o sono costretti a girare per i vari pronto soccorso o per le varie guardie mediche, che in modo del tutto s coordinato tra di loro, non essendo aperto il SERT di riferimento, erogano prestazioni di cui poi si perde ogni traccia. Pertanto è assolutamente necessario che i SERT siano aperti 24 ore su 24. Nel recente decreto che ha imposto la riduzione del numero delle USL — speravo che l'ordine del giorno approvato fosse stato almeno in parte recepito — si potrebbe prevedere l'apertura dei SERT, il cui numero risulta ridotto, 24 ore su 24 anche nei giorni festivi. È infatti importante che ogni USL abbia un SERT di riferimento, perché se un pronto soccorso ospedaliero si trova di fronte ad un soggetto in crisi di astinenza possa ricorrere al SERT competente per mettere sotto osservazione il tossicodipendente.

Concordo sul fatto che non debbano essere soltanto dei medici a dirigere i SERT, anzi in linea di massima ritengo che questi servizi dovrebbero tener conto principalmente dei fattori che portano alla tossicodipendenza, che mantengono questo stato e che impediscono il reinserimento; pertanto sarei quasi dell'idea che forse sarebbe preferibile che la gestione dei SERT fosse affidata da altri soggetti.

Mi sembra che nella relazione del ministro vi sia stato anche un riferimento alla ripartizione dei fondi sulla base del numero delle utenze: se dobbiamo fare della prevenzione in campo sanitario, ed in questo caso anche sociale, ritengo che questo non debba essere l'unico elemento della programmazione sanitaria, ma tutt'al più un correttivo nel momento in cui si individuassero cause specifiche che determinano un'incidenza particolarmente elevata del fenomeno in alcune zone. In linea di massima ritengo che abbiano maggiormente bisogno del servizio proprio le aree geografiche in cui esso è stato sempre assente o del tutto carente, motivo per il quale statisticamente non risulta una presenza rilevante del fenomeno della droga, che invece esiste e magari sta dilagando in

modo incontrollabile. Credo pertanto che il criterio fondamentale da seguire rimanga quello della popolazione a rischio, che va individuata sulla base delle fasce d'età e di altri correttivi che via via possono essere studiati.

ROCCO CACCAVARI. Signor ministro, ritengo che affrontare soltanto una parte della complessa problematica delle tossicodipendenze, come la questione delle comunità terapeutiche, sia riduttivo rispetto ad un ragionamento più ampio, che dovrebbe essere finalizzato a fissare alcune coordinate e a determinare qualche punto di chiarezza.

Penso che il dibattito di questi anni ci abbia orientati a definire una comunità come terapeutica facendo riferimento più al valore intrinseco delle prestazioni che eroga che non all'esito dei suoi interventi. Occorre pertanto distinguere, in questa come in altre occasioni, la differenza esistente tra un trattamento terapeutico finalizzato a superare una situazione sintomatica ed un trattamento tendente invece ad integrare la sintomatologia, ricercando risposte sintomo per sintomo al fine di trovare una soluzione.

La comunità terapeutica è un luogo dove la persona verifica le proprie capacità più o meno nascoste per riuscire, attraverso il contatto ed il contratto terapeutico con chi la assiste, ad affrontare e risolvere dei problemi.

Ho fatto queste considerazioni per rilevare come non sia quantificabile né il numero delle persone che devono occuparsi della materia né quello delle persone che possono stare all'interno delle comunità. Cito questo aspetto perché da alcuni anni la valutazione delle comunità viene in genere effettuata con riferimento ad un numero misterioso ed oscuro riguardante quelli che escono dalla loro disavventura tossicomana.

Bisogna invece rilevare che le comunità sono un'integrazione di un progetto o di un processo terapeutico, importante e fondamentale in quanto commisurato alle esigenze della persona. Non vi sarebbe altrimenti questa curiosità statistica (che pur-

troppo è anche una verità negativa) di 1.276 comunità presenti sul territorio nazionale che, ospitando 23 mila soggetti, danno risposta, anche terapeutica, al 15 per cento del numero totale dei tossicodipendenti calcolato secondo i criteri indicati nella relazione del ministro.

La valutazione dell'importanza delle comunità terapeutiche non può prescindere da tutti gli altri aspetti di intervento che devono tener conto dei diversi itinerari dei tossicodipendenti e di quanti momenti di incontro e di confronto sia necessario attivare per demotivare con sempre maggiore sicurezza il ricorso all'uso delle droghe.

Bisogna cominciare con la prevenzione generica, globalmente indirizzata all'essere della persona, in quanto non si può certo fare prevenzione esclusivamente con riguardo alla tossicodipendenza: sarebbe come dare bacchettate sulle mani senza risolvere il problema. Mi riferisco ad un momento vissuto in grande solitudine dalle persone che cominciano questa esperienza; infatti, quasi sempre nella storia di un tossicodipendente questa solitudine viene consumata nello stesso modo.

Nonostante quanto è stato fatto, più o meno disordinatamente o in maniera qualificata, ogni volta che comincia una storia di tossicodipendenza essa si presenta come una storia nuova, nonostante sia la ripetizione quasi ossessiva degli stessi atteggiamenti e delle stesse condizioni di vita e, dopo, di sopravvivenza.

Usare parole come prevenzione, terapia, guarigione rispetto ad una storia di tossicodipendenza impone quindi di effettuare giorno dopo giorno una verifica di quanto queste parole si accostino al significato che la persona interessata dà loro. La prevenzione non è quella che l'operatore attua nei confronti del tossicodipendente ma è data dal quantitativo di beneficio terapeutico che dal comportamento dell'operatore ricade sul soggetto che ne è stato destinatario.

Questo discorso riguarda anche la convinzione — che anche io nutro — che la direzione di un servizio pubblico non debba essere esclusivamente appannaggio dei

medici, ma di persone qualificate e capaci di affrontare anche altri aspetti della questione droga.

Nelle vicende quotidiane di un tossicodipendente gli impatti sanitari sono numericamente molto ridotti. Si fa sempre riferimento alle crisi di astinenza, che rappresentano certamente una sindrome drammatica per il soggetto che vi incorre, ma posso dire che vedere una vera crisi di astinenza è estremamente difficile. Quasi sempre, infatti, il soggetto, ricorrendo anche a comportamenti antisociali o ai limiti della legalità, cerca di non andare in crisi di astinenza e quasi sempre vi riesce. Ritenere pertanto che i SERT debbano restare aperti 24 ore su 24 per affrontare le crisi di astinenza significa prefigurare un utilizzo improprio rispetto ad una corretta visione sanitaria del problema. I SERT devono invece restare aperti per l'intera giornata per dare risposte globali ed immediate, anche relativamente a fasi di crisi esistenziale, per offrire una risposta immediata laddove essa è necessaria.

Occorre a mio parere uno sforzo maggiore per trovare punti di incontro e di integrazione tra il sanitario e il sociale, senza incorrere nel frequente scadimento degli interventi per cui 1.200 progetti presentati per i tossicodipendenti si rivolgono alla fine (tra pubblico e privato) a circa 80 mila persone. Il numero dei tossicodipendenti è infatti molto più alto ed esistono dipendenze trasversali sia sotto il profilo delle sostanze consumate sia per quanto riguarda gli strati sociali coinvolti.

L'obiettivo fondamentale è oggi la creazione di una cultura terapeutica, che consenta di offrire, attraverso diversi passaggi nei luoghi di incontro e di maturazione delle esperienze giovanili, dalla famiglia alla scuola, al mondo del lavoro, alla aggregazione, una capacità sempre più forte di affrontare il problema delle droghe, non facendo leva sulla paura o sul terrorismo del passato e neanche ricorrendo alle facili liberalizzazioni di cui ogni tanto si parla.

Accettare esclusivamente quale possibile condotta terapeutica nei confronti del tossicodipendente la riduzione del danno rappresenta una mortificazione delle ca-

pacità di intervento dispiegabili, pur essendo necessaria e meritoria l'opera tendente a ridurre, attraverso programmi sperimentali ed altre scelte, i danni che questi soggetti subiscono.

Ogniqualevolta accettiamo che il danno possa essere contenuto dobbiamo soprattutto accettare che esista il danno. Dobbiamo tentare di uscire dalla cultura della riparazione, cercando di fare prevenzione avvicinandoci al problema con la prudenza necessaria quando si trattano e si conoscono esperienze umane prima sconosciute. Se una storia di droga arriva in una famiglia, in un gruppo sociale o in una comunità, arriva qualcosa di cui tutti hanno forse sentito parlare ma non nel dovuto modo.

Faccio queste riflessioni per riconoscere la grande funzione delle comunità terapeutiche, ma anche per sottolineare la necessità di creare grandi occasioni di formazione e di scambio tra pubblico e privato, definendo una rete che impedisca il passaggio dei messaggi negativi dell'esperienza della droga. Vi è infatti il rischio reale che, ridotti come siamo dall'amarrezza degli insuccessi, si dimentichi molto spesso che il consumo di droga è un epifenomeno, è un sintomo e non una causa.

Se specialisti, se addetti ai lavori, se volontari possono dedicarsi all'attuazione di terapie di intervento per cambiare una storia di droga, tutti possono fare qualcosa per prevenirla, contribuendo ad una cultura terapeutica che non riduca il bisogno di droga ma se possibile lo cancelli o quanto meno lo contenga nei limiti di una esperienza affrontabile in termini molto più sostenibili.

Dobbiamo decidere come fare, ma dobbiamo fare in modo che il decreto-legge n. 82 del 1995 sia convertito in legge, esistendo l'assoluta necessità di finanziare le iniziative proposte. Alcuni progetti, signor ministro, sono peraltro datati, perché legati a momenti storici e di conoscenza del fenomeno ormai superati soprattutto grazie all'opera delle comunità terapeutiche.

PAOLO POLENTA. Signor ministro, anch'io la ringrazio per la sua interessante

relazione che ci fornisce elementi di giudizio da utilizzare nelle nostre discussioni, soprattutto nel momento in cui affrontiamo provvedimenti quale, per esempio, il decreto-legge a cui qui si è fatto riferimento e che purtroppo è nuovamente decaduto. Su questo fatto non può che esserci il rammarico, penso, di tutti perché effettivamente non si riesce a girare una pagina su queste vicende per poi affrontare il futuro.

Il mio intervento è finalizzato a richiedere, sempre che ciò sia possibile, altri dati oltre a quelli già contenuti nella relazione.

Dalla lettura della prima parte della relazione emerge un dato importante sul numero delle unità terapeutiche esistenti e sul grosso divario esistente tra le comunità, centri di accoglienza o altre strutture del nord e quelli del resto del paese. Trattandosi di strutture che nascono dal basso (come viene detto nella stessa relazione), che sono cioè frutto della soggettività sociale delle organizzazioni ed espressione dell'impegno civile, questo numero corrisponde effettivamente alla capacità di iniziativa e di impegno prodotti in questi anni in tale settore, nelle varie aree del paese.

Ai fini di una individuazione dei criteri più efficaci nella ripartizione dei fondi (anche se in parte si fa riferimento ad una ripartizione dei fondi in maniera percentualmente opposta tra il nord e il sud del paese per il finanziamento dei vari programmi), sarebbe interessante conoscere il dato, che penso sia già in possesso del ministro, riguardante l'accesso dei soggetti tossicodipendenti a queste strutture. Mi consta, infatti, in base alla mia pur breve esperienza, che l'accesso dei tossicodipendenti generalmente non avviene presso strutture presenti nella propria regione, o per lo meno questo non sempre avviene. Anzi, molto spesso c'è un interscambio di soggetti tra strutture di diverse regioni. La conoscenza del numero delle strutture non ci consente di avere un quadro completo sulle presenze dei soggetti in cura presso queste comunità, nel territorio nazionale. Sarebbe quindi interessante conoscere ol-

tre al dato del numero delle comunità terapeutiche anche quello dei soggetti in cura presso le comunità, divise per regioni.

In un altro punto della relazione si fa riferimento ai criteri di ripartizione, che devono tener conto della presenza del fenomeno. A tale riguardo, sarebbe anche interessante conoscere (ritengo che il suo ministero possa fornircelo in breve tempo) il numero delle richieste di finanziamento e i progetti presentati dalle singole regioni (prescindendo da quelli dell'amministrazione dello Stato) nonché dagli enti locali e dalle associazioni enti-comunità, suddivisi anch'essi per regioni, al fine di accertare se, a fronte delle attuali strutture sul territorio, si noti o meno una tendenza ad una diversa copertura del territorio nazionale con le strutture di cui stiamo parlando. In altri termini, occorre accertare se sia in atto un miglioramento dei rapporti percentuali, diciamo così, tra le regioni del nord, del centro e del sud, che sono attualmente notevolmente squilibrati.

In conclusione, signor ministro, la conoscenza di questi dati ci consentirebbe di avere un quadro più preciso della situazione.

VITTORIO LODOLO D'ORIA. Signor ministro, la ringrazio per la sua relazione che consideriamo un inizio, ancorché insufficiente, da incoraggiare.

Vorrei sottolineare alcuni aspetti sui quali gradirei un suo intervento, che peraltro ho già avuto modo di chiedere in Assemblea alcuni giorni fa, in occasione dell'esame del decreto sulle tossicodipendenze. In quell'occasione sollevai il solito problema della degenza in carcere dei tossicodipendenti. Quel giorno lei, signor ministro, era presente mentre non lo erano i ministri della sanità e di grazia e giustizia, che hanno, di concerto, attivato una commissione interministeriale per cercare di risolvere lo specifico problema dell'assistenza sanitaria all'interno delle carceri.

A lei, in qualità di ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, vorrei chiedere se non ritenga opportuno che a tale commissione partecipino anche il suo mini-

stero e quello del lavoro. Glielo chiedo perché un'azione collegiale potrebbe avvalorare il lavoro della stessa commissione e favorire all'interno delle carceri la creazione di cooperative per la rieducazione dei tossicodipendenti. In proposito ritengo anche che dovrebbero essere previsti specifici interventi (su questo punto giudico fondamentale l'intervento del Ministero del lavoro), quale, per esempio, quello della detassazione a favore delle imprese che diano lavoro ai detenuti o che ospitino cooperative costituite all'interno delle carceri. In questo modo si renderebbe finalmente possibile, così come diceva prima il collega Saia, una commissione collegiale in cui intervengano, di concerto, tutti i ministeri competenti. Il problema va affrontato in modo globale e non settoriale perché il carcere possa effettivamente diventare un posto di rieducazione al lavoro per un reinserimento sociale.

L'onorevole Barbieri ha posto l'accento sulla questione concernente i diritti degli utenti. In proposito ritengo fondamentale il principio del rispetto dei diritti degli utenti, bisogna però conoscere anzitutto i protocolli terapeutici adottati nelle comunità. Si potrà discutere se il fatto che un protocollo preveda che durante la crisi di astinenza la persona non possa allontanarsi dalla comunità e venga legata al letto piuttosto che essere segregata nella sua stanza per tutto il tempo in cui si manifesta la crisi sia da considerare un metodo più o meno corretto (evito di esprimere il mio parere al riguardo). È comunque importante affrontare il problema perché, a questo punto bisogna chiedersi se il rispetto e la libertà dell'individuo vengano violati oppure no. Occorre cioè fare attenzione a non fare un qualcosa che poi si presti a delle interpretazioni malevoli o che, da un punto di vista giuridico, « legghi le mani » ai protocolli, che secondo me devono essere necessariamente severi e rigidi. Sappiamo infatti da quale depauperamento psichico sia avvolta la volontà del tossicodipendente: una volontà che è, come è noto, quasi completamente annihilata.

Sulla questione relativa alla revisione dei parametri i colleghi Lumia e Polenta hanno espresso pareri divergenti. Debbo confessare che il primo parametro, squisitamente geografico, non riscuote il mio totale consenso posto che non rispetta percentualmente la ripartizione indicata nella prima pagina della sua relazione. Di conseguenza considero più valido il secondo parametro da lei suggerito relativo al numero degli utenti nei servizi pubblici e privati. Dunque ancora una volta il numero degli utenti si rivela fondamentale.

Il parametro successivo deve essere valutato nel senso di considerare se il numero delle comunità rispetti le esigenze del territorio: in questo caso si può parlare di questione geografica in quanto si valuta il numero degli utenti e la loro suddivisione. Del resto il fenomeno della tossicodipendenza è molto forte nelle aree settentrionali perché là — ahimè — girano i soldi. Dunque solo analizzando percentualmente il fenomeno sul territorio si può sapere quante siano le comunità da suddividere razionalmente e da sostenere.

Credo che la suddivisione geografica nord-centro-sud non abbia alcuna attinenza; potrebbe valere solo se il fenomeno si rivelasse diversamente in queste aree. Ribadisco che va esclusa una percentuale definita *a priori*.

MARIA CELESTE NARDINI. Intendo preliminarmente ringraziare il ministro Ossicini per aver fornito delle risposte esaustive alle esigenze da me poste. Ho richiesto l'audizione odierna perché la discussione sui criteri avviata nel mese di dicembre, se non ricordo male, non si era conclusa in quanto i progetti approvati non sono stati divulgati.

Ho sollevato la questione e richiesto un suo intervento in materia, ministro Ossicini, in quanto ritengo che la Commissione affari sociali della Camera dei deputati debba conoscere tutti i dati ed avere le informazioni necessarie sulle comunità che hanno presentato richiesta, sulle comunità beneficiarie delle misure e sulla quantità di denaro erogato.

Conoscendo sia le esperienze positive di alcune comunità sia quelle negative, credo sia necessario capire come avviene la distribuzione dei fondi, dal momento che tali operazioni possono riguardare anche le realtà che utilizzano i fondi senza prestare alcun aiuto vero.

Non si dimentichi tra l'altro che la materia quanto prima verrà attribuita alla competenza delle regioni, il che faciliterà lo svolgimento di un'efficace azione di controllo e verifica.

Lei, ministro Ossicini, ha trattato delle comunità e dei criteri, nei quali mi ritrovo; constato però la mancanza dei dati attinenti al servizio pubblico. Per esempio il sud ha poche comunità rispetto al nord perché — ne dubito, perciò lo dico in maniera retorica — il servizio pubblico è lì più efficiente?. È così o è il contrario? Ancora: è un dato culturale il fatto che al nord la famiglia in quanto tale preferisca curare il fenomeno della tossicodipendenza all'interno delle comunità a differenza di quanto avviene al sud?

La prima comunità è rappresentata dalla famiglia, anche se con questo termine intendo sia l'amico sia le persone che vivono intorno al soggetto che soffre per i problemi derivanti dalla droga e dall'alcol; dunque, la comunità primaria a cui faccio riferimento è il territorio e tutto ciò che in quell'ambito si muove. Se possedessimo questi dati, capiremmo come sono disciplinate quelle realtà, le comunità e le famiglie.

Scegliere la comunità significa demandare ad altri la risoluzione di un problema, oppure si tratta di operare una scelta scontata? So bene quanto sia difficile e complicato scegliere, così come mi rendo conto di quanto soffra un essere umano, sia esso uomo o donna, giovane o anziano, coinvolto da tale fenomeno. È ovvio che la dimensione di questi problemi richiede molteplici risposte.

Nonostante la mia esperienza parlamentare sia breve, ritengo che reiterare un decreto qual è quello in oggetto ne sminuisca il senso ed il valore. Si dovrebbe prestare più attenzione alle date concernenti i concorsi delle carriere apicali e soprat-

tutto essere più accorti a dilatare ulteriormente i tempi.

È opportuno avviare nuovamente una discussione di merito perché siamo di fronte ad ipotesi diverse. Oggi siamo in grado di analizzare compiutamente l'applicazione della legge; ciò che, del resto, non deve avvenire in maniera fredda; al contrario la nostra Commissione deve farsi carico di un dibattito vero ed ampio sulla condizione del tossicodipendente, alla quale aggiungerei quella della persona dipendente dall'alcol, che rappresenta un fenomeno altrettanto devastante soprattutto tra i giovanissimi.

Credo siano maturi i tempi per affrontare questi problemi dell'universo giovanile. Se non lo farà la nostra Commissione, credo che non lo farà nessun altro. Lei, ministro Ossicini, ci può dare questa occasione perché ha una vasta professionalità in materia; possiamo avviare un dibattito il cui fine potrebbe essere, secondo me, l'approvazione di una legge. Ripeto, si tratta di sviluppare una discussione fermi restando i punti oggetto di riflessione; diversamente continueremo a discutere per pezzi, continueremo cioè a parlare di « riduzione del danno sì, riduzione del danno no » su basi ideologiche. Considero una discussione svolta in questi termini molto rovinosa. Se invece affrontassimo il problema innanzitutto in maniera complessiva, valutandone i vari aspetti come parti di un unico mosaico, forse troveremmo persino consensi generali e punti comuni tra di noi.

FLAVIO DEVETAG. Ringrazio il ministro per averci fornito dati certi sulle comunità terapeutiche. Come il ministro ha osservato, le opinioni sul problema della tossicodipendenza sono moltissime, varie, con le più diverse sfumature, e ciò per un motivo principale: effettivamente abbiamo idee molto confuse su cosa sia la tossicodipendenza, su quali ne siano le cause e gli effetti, su dove si debba intervenire, sulle cause o sugli effetti.

Desidero esprimere una serie di osservazioni sulle possibili cause di induzione di un processo tossicomano in una per-

sona. Vi sono ovviamente motivi di ordine sociale: in alcuni tipi di società la cultura della droga fa parte del vivere quotidiano. Esistono inoltre aspetti prettamente umani, che coinvolgono soprattutto la sfera psichica. Vi sono anche motivazioni di tipo morale, filosofico; sappiamo che alcune sette fanno uso anche di droghe per raggiungere certi stati di euforia e di esaltazione della personalità. Altre motivazioni sono di ordine giuridico. Lascio per ultima quella che a mio avviso è la motivazione più importante, cioè la motivazione medica.

È ovvio che non possiamo mescolare tutte queste motivazioni se vogliamo pensare ad un trattamento della tossicodipendenza, ma dobbiamo dividere i livelli di intervento. Se pensiamo ad un intervento preventivo, occorre considerare gli aspetti che ho illustrato precedentemente. Se pensiamo invece ad un intervento curativo assistenziale, credo che l'aspetto medico diventi quello principale. È ovvio che in una prevenzione primaria l'aspetto sociologico è il più pregnante, il più importante; ma quando da una prevenzione primaria passiamo ad una prevenzione secondaria, l'aspetto medico e probabilmente quello psicologico diventano determinanti ed assumono un carattere quasi ineludibile quando la prevenzione diventa terziaria, cioè quando si cerca di evitare al tossicodipendente di subire quelle complicazioni di cui tutti noi conosciamo la gravità e soprattutto la diffusione, se teniamo conto della malattia infettiva diffusiva che è l'AIDS.

Sono perfettamente d'accordo con il collega Lumia, il quale ha osservato che effettivamente nel trattamento delle tossicodipendenze è giustificato un trattamento integrato. Se pensiamo invece alla tossicodipendenza dal punto di vista terapeutico (stiamo parlando di comunità terapeutiche, assistenziali, riabilitative) credo che la figura del medico diventi essenziale. Non si tratta di un aspetto puramente corporativo, ma di un modo di interpretare i compiti delle varie figure professionali. Sono anch'io convinto dell'opportunità di conferire alle figure professionali che già ope-

rano nel settore una loro autonomia, come è stato proposto; ma per raggiungere questo obiettivo dobbiamo eliminare il valore legale della laurea (e a ciò sarei favorevole) per premiare invece le capacità scientifiche ed umane di ciascuna persona, indipendentemente dal titolo di studio conseguito.

Un altro problema importante, sollevato dalla collega Nardini, è quello dell'alcolismo, che secondo me è stato dimenticato, non so se volutamente o per mancanza di finanziamenti, ma ha dimensioni notevolissime: pensiamo che in Italia i bevitori eccessivi sono circa 4 milioni, gli alcolisti sono circa un milione, mentre ogni anno migliaia di persone muoiono per complicità legate all'alcolismo. Si tratta quindi di un problema fondamentale, in quanto l'alcolismo è considerato, almeno fino a prova contraria, una tossicodipendenza.

Invito pertanto il ministro, qualora egli ritenesse opportuno creare un testo unico sulle tossicodipendenze, a non dimenticare quella che è la tossicodipendenza di elezione, principalmente per alcune zone, cioè l'alcolismo, che è soprattutto la droga dei poveri.

Vorrei inoltre esprimere alcune considerazioni sui dati forniti dal ministro. Ho visto che le comunità terapeutiche in totale sono circa 1.276, il che vuol dire che mediamente hanno un'utenza di venti persone. Non riesco a capire come mai i progetti siano 1.487, per cui ogni comunità può aver presentato progetti multipli. Sono stati accettati 1.269 progetti, cioè più o meno un progetto per ogni comunità. Non riesco poi a comprendere il significato di quel passo della sua relazione in cui lei, con riferimento ai progetti il cui importo ammissibile è pari o inferiore a 20 milioni di lire, afferma che « ciò risponde alla necessità di evitare l'erogazione di finanziamenti di importo irrisorio e di non penalizzare quelle comunità più piccole... ». Non ho il senso della dimensione della comunità piccola, per cui la invito ad indicarci il numero di utenti necessario affinché una comunità possa essere definita non piccola.

In conclusione, dobbiamo una volta per tutte prendere in mano questo progetto e soprattutto definire gli indirizzi da adottare. Qualora si tratti di un indirizzo preventivo, credo che la comunità terapeutica abbia poca ragione di esistere, a meno che non si parli di prevenzione terziaria; se pensiamo però ad una prevenzione primaria, ribadisco che la comunità terapeutica non ha ragione di esistere. Se invece consideriamo un trattamento di tipo terapeutico a livelli di tossicodipendenza accertata (quindi con un collegato di tipo medico), il tipo di intervento deve essere completamente diverso.

VALERIO MIGNONE. Avrei evitato di parlare se non avessi sentito il collega Devetag. Credo che alcune confusioni in ordine alle competenze delle comunità siano generate anche dall'impiego di talune parole: nel titolo dell'odierna audizione di parla di « comunità terapeutiche ». Credo che sia prudente cominciare ad eliminare questo aggettivo nel qualificare le competenze delle comunità, che definirei « comunità di accoglienza per tossicodipendenti ». Infatti le competenze di una comunità di accoglienza per tossicodipendenti spaziano dalla terapia (che forse è la prima necessità che si manifesta in una comunità) alla prevenzione secondaria, perché nell'ambito di una comunità occorre esercitare funzioni terapeutiche, ma l'obiettivo essenziale è rappresentato dalla terapia di recupero sul piano psicologico, collega Devetag. Bisogna poi, naturalmente, cercare di evitare ricadute ed avviare l'ex tossicodipendente verso un'attività produttiva, per recuperarlo alla società civile. È auspicabile, allora, che nei documenti ufficiali futuri scompaia l'aggettivo « terapeutiche » riferito alle comunità.

Mi consenta poi, signor ministro, di chiederle che alcuni dati vengano disaggregati, per consentire un'analisi più corretta, precisa e puntuale. Nella sua relazione, i dati sono accorpati per aree geografiche e traspare subito il notevole divario esistente fra nord, centro e sud: personalmente, ritengo che tale divario vada attribuito non

soltanto alla maggiore ricchezza del nord, se è vero che la tossicodipendenza è purtroppo espressione anche del forte disagio sociale che si riscontra pure nel profondo sud. La disaggregazione dei dati, che mi sembrano troppo generici, sarebbe opportuna, anche per conoscere quale sia il tasso di utilizzazione dei diversi centri di accoglienza, cioè quanti siano i tossicodipendenti in carico presso ciascuno di essi.

Infine, vorrei che lei precisasse meglio, nella sua replica, cosa si intenda per non obbligatorietà dell'iscrizione agli albi, dato che lei ha fatto riferimento anche alla necessità di tale iscrizione. Un maggiore

chiarimento da parte sua su tale aspetto è dunque auspicabile.

PRESIDENTE. Ringrazio il ministro Ossicini ed i colleghi intervenuti. Ricordo che il seguito dell'audizione avrà luogo mercoledì prossimo.

La seduta termina alle 16,35.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA*

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la composizione e la stampa
dal Servizio Stenografia alle 20,30.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO