

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

10° RESOCONTO STENOGRAFICO

SEDUTA DI MARTEDÌ 22 GIUGNO 1993

Presidenza del Presidente **MARINUCCI MARIANI**

INDICE

In sede deliberante:

«Disposizioni relative al funzionamento del Dipartimento per gli affari sociali ai fini dell'attuazione della legge 26 giugno 1990, n. 162» (1262), d'iniziativa del senatore Gualtieri e di altri senatori

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 2, 8, 9
CONTRI, <i>ministro per gli affari sociali</i>	2, 8
DIONISI (<i>Rifond. Com.</i>)	4
GARRAFFA (<i>PRI</i>)	7
GRASSANI (<i>Rifond. Com.</i>)	2
MANARA (<i>Lega Nord</i>)	3

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE DELIBERANTE

«Disposizioni relative al funzionamento del Dipartimento per gli affari sociali ai fini dell'attuazione della legge 26 giugno 1990, n. 162» (1262), d'iniziativa del senatore Gualtieri e di altri senatori
(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: «Disposizioni relative al funzionamento del Dipartimento per gli affari sociali ai fini dell'attuazione della legge 26 giugno 1990, n. 162».

Riprendiamo la discussione generale rinviata nella seduta del 16 giugno.

CONTRI, *ministro per gli affari sociali*. Colgo l'occasione per comunicare che, nella giornata di domani, sarà a vostra disposizione, per la consultazione, il libro bianco sulle tossicodipendenze che il Dipartimento affari sociali ha predisposto in occasione della Conferenza nazionale sulla droga, che avrà luogo a Palermo dal 24 al 26 giugno prossimo.

GRASSANI. Signor Presidente, ritengo che il problema della tossicodipendenza e dell'Aids non possa essere risolto attraverso lo stanziamento di finanziamenti a pioggia. Sarebbe altresì necessario analizzare i motivi che spingono i giovani alla droga per poter definire non solo i provvedimenti da assumere e i finanziamenti da stanziare per i tossicodipendenti e per gli ammalati di Aids, ma soprattutto per poter individuare le azioni da intraprendere contro gli spacciatori di droga nei confronti dei quali, sebbene recentemente si sia fatto qualcosa, per un lungo periodo non è stata intrapresa alcuna iniziativa. È a tutti noto l'intreccio mafia-politica e nulla esclude che anche deputati e senatori possano essere coinvolti nel traffico della droga.

Il problema da affrontare è non solo socio-economico ma anche familiare. Poiché tra gli spacciatori vi sono soprattutto giovani diseredati, disadattati, senza lavoro, dovremmo intervenire eliminando lo sfruttamento dell'uomo sull'uomo e assicurando a tutti i giovani la possibilità di lavoro: sono convinto che sia proprio questo il primo passo da compiere per la lotta alla droga.

Vi è poi l'aspetto sanitario; sappiamo tutti come vengono effettuate le cure dei tossicodipendenti negli ospedali. I drogati ammalati, generalmente accolti nelle strutture ospedaliere con rigetto da parte dei medici e degli infermieri, vengono di fatto sottratti al loro ambiente familiare per essere inseriti in strutture nelle quali nessuno li conosce,

tantomeno li aiuta e protegge: malati che, oltre tutto (quindi anche oltre la droga e i connessi problemi di tossicodipendenza), presentano *deficit* e disturbi di carattere mentale che richiederebbero un intervento terapeutico di altro genere.

Come ho già sottolineato in precedenza, ribadisco la necessità, mediante l'intervento di un nucleo di medici composto da primari e assistenti interni all'ospedale, di una ospedalizzazione a domicilio di questa tipologia di malati, che non devono essere sottratti al proprio ambiente familiare. Andrebbero nel contempo assicurati l'utilizzo di attrezzature radiologiche e di strutture che consentano le indagini di laboratorio, l'intervento di specialisti in anestesia e in oncologia, nonché la collaborazione di specialisti in malattie infettive. Più che rafforzare e potenziare le strutture ospedaliere, sarebbe indispensabile offrire a questi malati la possibilità di beneficiare presso il proprio domicilio delle cure necessarie.

MANARA. Signor Presidente, da una sommaria lettura del testo del disegno di legge ho tratto la conclusione piuttosto semplice che nella sua strutturazione i programmi, gli studi di fattibilità e gli obiettivi appaiono talmente dispersi da far presupporre una inevitabile e scarsa incidenza sul piano pratico. Mi riferisco in modo particolare alla distribuzione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga di cui al comma 1 dell'articolo 2 e, in particolare, ai progetti mirati alla prevenzione e al recupero delle tossicodipendenze che possono essere finanziati a valere su detto Fondo, previa presentazione di studi di fattibilità che sostanzialmente possono essere elaborati da più Ministeri (fra cui quelli dell'interno, di grazia e giustizia, della difesa e così via), dal Dipartimento per gli affari sociali della Presidenza del Consiglio dei ministri, dai comuni e dagli enti locali maggiormente interessati dall'espansione di tale fenomeno, dagli enti, dalle organizzazioni di volontariato, dalle cooperative, dai privati e infine dalle regioni.

A mio avviso, l'elemento fondamentale che deve ispirare una politica concreta di sovvenzionamento si sostanzia nel valutare approfonditamente le realtà territoriali. Mi sembra pertanto criticabile la norma che privilegia i comuni del Mezzogiorno per stabilire i finanziamenti da destinare ai progetti volti al recupero delle tossicodipendenze. Non condivido tale impostazione, anzi sarebbe a mio avviso importante adottare una strategia che consenta di rispondere in maniera più efficace alle effettive esigenze del territorio. I finanziamenti sono necessari laddove vengono richiesti: non è una questione di latitudine o di longitudine, quanto di opportunità finanziare i progetti di quei comuni nei quali il fenomeno della tossicodipendenza è più sviluppato. Sono convinto che debba essere questa la logica che deve sostanzialmente ispirarci, indipendentemente dalla collocazione territoriale a Est, a Ovest, a Sud o a Nord del fenomeno.

Per quello che riguarda l'altro aspetto dei servizi territoriali, penso che sostanzialmente siamo d'accordo sul principio che ispira l'articolo 5, quello cioè di valutare e nello stesso tempo premiare attraverso un processo meritocratico la formazione specialistica in questo settore. Quindi ritengo giusto che chi ha operato per un quinquennio o più

all'interno di queste strutture veda riconosciuto il proprio ruolo e soprattutto la propria professionalità.

Signor Presidente, concludo osservando che questi due aspetti del disegno di legge al nostro esame, a mio avviso, andrebbero ulteriormente approfonditi con un dibattito completo in questa Commissione.

DIONISI. Signor Presidente, ritengo vada riconosciuto al Ministro il merito di aver compiuto una riflessione critica rispetto alle politiche precedenti in tema di tossicodipendenza. Sono tuttavia d'accordo con la senatrice Zuffa nel riconoscere alcuni limiti in questo disegno di legge. In primo luogo il provvedimento non parte dall'analisi degli effetti relativi all'applicazione della legge n. 162 del 1990 e pertanto non afferma autocriticamente la necessità di riconoscere il sostanziale fallimento della legge stessa, come è emerso in questi ultimi anni dal dibattito ad essa relativo.

Nel testo in esame non sono presenti neanche elementi di riflessione sul fatto che nel nostro Paese si è svolto recentemente un *referendum* che, come espressione della volontà popolare, ha affermato la necessità di una diversa politica in questo delicato settore.

Quanti si sono affannati a dimostrare che il risultato del *referendum* volto ad abrogare alcune parti della legge n. 162 sarebbe stato determinato da una sorta di trascinamento da parte dell'altro quesito referendario relativo alla legge elettorale per il Senato, non tengono presente che si è invece modificata la coscienza civile. Io credo che quel *referendum* sia stato ben compreso dai cittadini e che ormai nella società italiana si sia diffusa ampiamente la consapevolezza che le politiche proibizioniste in tema di uso di sostanze stupefacenti sono ormai da superare e che è giunto il tempo, almeno a livello sperimentale, di trovare altri rimedi e di ispirarsi ad altre culture.

Ritengo che in materia molto potrà emergere anche dalla Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze che sta per aprirsi a Palermo; si è trattato di una giusta scelta, mi rammarico di non poter essere presente a causa di impegni di partito, ma è sicuramente da apprezzare il fatto che in questo dibattito saranno rappresentate tutte le voci e ci sarà pertanto un confronto reale, senza pregiudizi sulle varie impostazioni.

Di questo argomento, quindi, parleremo meglio dopo aver esaminato gli atti del dibattito, ma alcune cose credo si debbano dire. Sono state rivolte con molto garbo alcune critiche giuste; è giusto parlare di prevenzione e di terapia di riabilitazione, tuttavia in materia di tossicodipendenza dobbiamo fare una deduzione di tipo culturale, dobbiamo modificare il nostro atteggiamento mentale. Infatti, in buona fede, la maggior parte dei colleghi ed anche dei cittadini vengono deviati nell'affrontare questa tematica da un'immagine stereotipa del tossicodipendente: si pensa ad esso come al cittadino giovane ed emarginato che passa le sue giornate davanti ai sagrati delle chiese, oppure come al disperato barbone. Il tossicodipendente non può essere identificato con queste immagini da letteratura poco nobile, egli è molto spesso un cittadino ben inserito socialmente, qualche volta è a capo di industrie famosissime della nostra nazione, qualche volta è un parlamentare, un professionista. Quando ero studente di medicina, ad

esempio, si sapeva - e nessuno si scandalizzava per questo - quanti e quali chirurghi famosi facevano uso di sostanze stupefacenti pensando di esaltare in tal modo le proprie capacità e prestazioni.

Nella letteratura scientifica seria vi sono esempi luminosi di intellettuali, pensatori e scienziati che hanno fatto uso di sostanze di questo tipo. Noi siamo ancora nell'ottica dalla quale gli stupefacenti sono considerati sostanze che danneggiano la salute e provocano emarginazione, in quanto inducono disturbi di carattere psichico: in realtà i disturbi di relazione nei confronti della società, la paura di affrontare la vita e le difficoltà esistenziali sono la causa dell'uso di sostanze stupefacenti e non la conseguenza.

Compirò un ulteriore sforzo per essere ben capito. Non intendo affermare la liceità dell'uso delle sostanze stupefacenti, ma voglio eliminare un pregiudizio di carattere scientifico, come peraltro ha cercato anche di dimostrare la più accreditata letteratura in materia. È infatti sufficiente approfondire le proprie conoscenze consultando i più importanti testi di farmacologia pubblicati a livello mondiale per comprendere la vera natura delle sostanze stupefacenti. È sufficiente leggere i libri scritti al riguardo da noti psichiatri, ideologicamente non schierati, per rendersi conto che è giunto il momento di mutare atteggiamento culturale rispetto a questi problemi.

Un ragionamento sereno e serio ci indurrebbe a riconoscere che il giovane sbandato ed emarginato, che fa i conti con le nostre carceri e che va incontro all'AIDS perchè fa uso di siringhe infette, non è altro che il risultato del proibizionismo e del costo delle sostanze stupefacenti e non dell'effetto delle sostanze in sè. Non vi è studio di medicina che abbia potuto dimostrare il danno biologico derivante dall'uso di stupefacenti, anzi nei più importanti testi di farmacologia si può leggere che, dal punto di vista strettamente scientifico, le sostanze minori possono alterare transitoriamente la struttura cellulare e conseguentemente modificare la percezione dei sensi.

Non voglio dilungarmi oltre. È giusto affrontare le problematiche che emergono dalle novità che ci si presentano dinanzi in quest'ultimo periodo di tempo, che è caratterizzato da una rinnovata apertura del mondo degli operatori sanitari verso questo nuovo approccio al problema della tossicodipendenza. Mi riferisco in particolare ad un documento dell'Associazione medici cattolici che ha iniziato a rivendicare una diversa funzione del medico. In passato il fenomeno della droga è stato valutato soltanto in termini sociali e, poichè era di moda, è stato di fatto considerato riduttivo e conservatore il pensiero che privilegiava la visione sanitaria di questa realtà.

Al di là dell'importanza sociale del problema, data anche dalla diffusione del fenomeno, dal punto di vista soggettivo la tossicodipendenza ha una origine multifattoriale alla quale concorrono non solo aspetti sociali, ma anche fattori biologici. Vi è stato chi, in quest'ultimo periodo, ha affermato che la dipendenza da nicotina sarebbe determinata geneticamente. Tutto ciò mi sembra eccessivo e di moda: a Milano si va per cicli, se vince la destra prevale la struttura biologica e organica della medicina, se prevale la sinistra vince l'aspetto sociale.

Sottolineo la necessità di riconoscere la multifattorialità della patologia del tossicodipendente e conseguentemente la legittimità di

mettere in campo una molteplicità di interventi. Non mi sorprende che alcuni operatori non siano dotati di una formazione scientifica ma agiscano soprattutto attraverso le proprie conoscenze empiriche. A Muccioli nessuno ha insegnato come trattare scientificamente i tossicodipendenti; tuttavia che egli se ne occupi sulla base di una esperienza empirica e di una sensibilità umana è legittimato proprio dalla molteplicità di fattori che concorrono alla tossicodipendenza.

Sono molte le vicende accadute nel nostro Paese e la storia di San Patrignano imporrebbe la definizione di *standards* e la verifica di quanto accade nelle comunità terapeutiche. Come definiamo «malato» qualsiasi cittadino, così un tossicodipendente dovrebbe essere riconosciuto come «malato», in quanto tale patologia presenta un abbassamento dei livelli di endorfina. Il tossicodipendente è un malato che presenta una carenza di sostanze alla pari di altri malati per i quali sono state dimostrate in termini medici altre carenze: il diabetico per esempio ha una carenza di insulina. Come non processiamo i meccanismi che provocano il diabete, non dovremmo nemmeno processare i meccanismi che conducono alla tossicodipendenza.

Sollecito il senatore Perina a leggere più approfonditamente alcuni libri di farmacologia che affrontano il problema della tossicodipendenza in questi termini. Invito altresì i colleghi a presentare una documentazione scientifica sui danni organici prodotti dalle sostanze stupefacenti: danni organici di fatto circoscrivibili alla sola impotenza sessuale e alla stipsi. Per coloro che vivono la condizione di tossicodipendente gli effetti derivanti dalla carenza delle sostanze stupefacenti si riscontrano soprattutto a livello di ipotalamo. È inoltre inevitabile che, in condizione di dipendenza, solo attraverso l'assunzione di sostanze stupefacenti il drogato possa condurre una vita normale, ovviando ai dolori provocati dalla astinenza. Al di là del giudizio che in ogni caso non deve essere di carattere etico per la prima fase, quella in cui il cittadino sceglie o incontra casualmente le sostanze stupefacenti, siamo chiamati ad atteggiarci in modo diverso nella fase della dipendenza organica. Pertanto, ritengo che in quella fase bisogna considerare il cittadino tossicodipendente come un malato che ha carenza di una determinata sostanza. Nessuno scandalo quindi: anzi dovrebbe essere recuperata la funzione sacrosanta del medico, il quale così come somministra antidolorifici ed altri medicinali, dovrebbe somministrare anche queste sostanze.

Vi è pertanto una medicalizzazione di quella fase che mi sembrerebbe opportuna, senza per questo dover dare giudizi che, affrettatamente finirebbero con l'etichettare quella posizione come conservatrice, tesa anche al recupero del potere di una categoria professionale su questa specie di malati. Per quanto riguarda il personale, nell'articolo 3 trovo giusto prevedere lo sportello per il cittadino ed i centri per i giovani di cui il Ministro ha parlato; su questo abbiamo già espresso ampia concordanza, al fine di risanare le periferie urbane e prevenire questo tipo di patologia sociale.

Per quanto riguarda i concorsi interni non ne capisco la motivazione; io sono contro i concorsi in generale, perchè a mio avviso non costituiscono una valida selezione nel nostro Paese in quanto - mi riferisco alle specializzazioni - le graduatorie, abitualmente sono già

prestabilite. In passato infatti ho denunciato il fatto che l'iscrizione alla specializzazione costava 50 milioni, adesso ne costa 150; queste mie affermazioni all'epoca furono derise, ora sono riconosciute da tutti.

Ripeto, pertanto, che i concorsi non hanno mai selezionato nessuno; poichè tuttavia per le altre categorie si svolgono i concorsi non capisco perchè il personale del SERT non deve essere sottoposto a medesimo trattamento. Ciò avviene forse perchè questo personale opera su un grande fronte sociale e si ritiene che dovrebbe avere un premio, ma questo allora dovrebbe valere anche per chi opera sul fronte dell'AIDS o in reparti che comportano il contatto con sostanze pericolose, in via generale.

GARRAFFA. Signor Presidente, in poco più di un anno di vita parlamentare non mi stupisco più di niente. Non mi stupisco del fatto che un disegno di legge, comunicato alla Presidenza il 26 maggio 1993 in poco meno di un mese viene in discussione alla Commissione sanità del Senato; non mi stupisco del fatto che questo disegno di legge è stato assegnato di autorità in sede deliberante alla Commissione, senza che questa abbia avuto la possibilità di rendersi conto se si trattava di un disegno di legge realmente meritevole di essere discusso in tale sede o se invece fosse più opportuna la sede referente. Meno che mai dovrei stupirmi dei contenuti di questo disegno di legge, ma su questo vorrei soffermarmi.

Questo è un disegno di legge nel quale si propone la creazione di un nucleo operativo per l'attuazione di una legge dello Stato. Io credo che tutte le leggi dello Stato, nel momento in cui vengono pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale, dovrebbero essere attuate. Il Ministero della sanità, avrebbe avuto certamente, soprattutto per quello che attiene il recupero e la riabilitazione, la competenza e gli obblighi istituzionali per l'attuazione della legge.

Mi rendo conto che alcune mie affermazioni possono anche lasciare perplessi, però mi sembra veramente aberrante che si possa costituire un nucleo operativo, che questo nucleo operativo debba rinnovarsi di un terzo ogni anno, quindi senza nessuna possibilità, dopo aver iniziato a lavorare, di trovare un consolidamento nel metodo di lavoro, senza il tempo sufficiente perchè il frutto di una certa indagine e di una certa attività operativa possa realmente avere buon esito.

Per quanto mi sia sforzato di leggere l'articolato del disegno di legge, credo anche che esso non siano espressi, con particolare chiarezza, il fine e la funzione del nucleo operativo.

Ritengo pertanto che, ogni volta che un qualsiasi gruppo di lavoro si forma, sia necessario conoscerne i compiti, cosa che non mi sembra invece espressa in questo disegno di legge, nè con chiarezza, ripeto, nè con precisione. Mi sembra che ci troviamo di fronte ad uno dei tanti «papocchi» legislativi che, come tale, continua a suscitare in me meraviglia e perplessità. Forse non sono ancora sufficientemente maturo per comprendere i meandri di decreti-legge *omnibus* o di disegni di legge che, con forte rapidità, giungono alla nostra attenzione precedendone molti altri che sarebbero di ben più rilevante importanza e che sono da tempo in attesa di essere esaminati. In conclusione,

ribadisco, con profonda amarezza, le mie forti perplessità e il mio profondo sconcerto.

PRESIDENTE. Poichè nessun altro domanda di parlare, dichiaro chiusa la discussione generale.

CONTRI, *ministro per gli affari sociali*. Signor Presidente, approfitto del tempo a nostra disposizione per premettere che non sono strettamente e straordinariamente affezionata al testo del disegno di legge al nostro esame. Intendo comunque assumere pienamente le responsabilità che mi competono e nel contempo richiamare alla memoria l'*iter* legislativo del presente provvedimento.

Come ben ricordate, il contenuto di questo disegno di legge era in origine parzialmente inserito nel decreto-legge n. 3 del 12 gennaio del corrente anno e nelle successive reiterazioni. Pertanto, stante la natura di decreto legge, ho immediatamente attivato il Dipartimento affari sociali per far fronte ad alcuni adempimenti: innanzi tutto raccogliere ed esaminare i progetti che venivano presentati, senza però finanziare le opere proposte. A seguito dell'apposita circolare che il Dipartimento ha emanato, moltissimi enti hanno fatto pervenire dei progetti e lo Stato ha così potuto trasmettere un primo segnale in direzione di una efficace opera di prevenzione e recupero.

Voglio anche precisare che qualsiasi atteggiamento punitivo è lontanissimo da questo testo; anzi è possibile evincere con chiarezza l'atteggiamento ideologico assunto nei confronti del problema droga e della infezione da HIV. Non è assolutamente vero che in esso non si tiene conto dei risultati del *referendum* sulla droga. Posso bensì assicurare che il suo contenuto si muove proprio in direzione delle indicazioni espresse dal popolo, che devono essere assolutamente rispettate.

Sin dall'inizio del mio mandato, ho più volte ribadito nel corso delle riunioni del Consiglio dei Ministri che non avremmo dovuto, in alcun modo, tentare di superare la volontà popolare (sia essa del 51 o del 99 per cento) espressa attraverso il *referendum*. Questo disegno di legge non può non tener conto in maniera specifica di questi aspetti, proprio perchè prevale la volontà popolare.

Ciò premesso, in riferimento ad alcuni suggerimenti, peraltro corretti, emersi in sede di discussione generale, sottolineo che abbiamo dovuto optare per il decreto-legge stante l'urgenza dell'intervento richiesto. Poichè successivamente sono stati negati i presupposti di costituzionalità del medesimo, siamo stati costretti a stralciare una parte del testo, per concentrare il nostro impegno lavorativo soltanto sugli aspetti più importanti. La parte stralciata è stata poi inserita nel disegno di legge presentato dal senatore Gualtieri e da altri senatori, oggi al nostro esame.

Nel chiarire che l'urgenza è nata dal fatto che si tratta di questioni che non possono essere lasciate in sospeso, sottolineo la necessità di sollecitare quell'opera di prevenzione e di terapia che può, a nostro avviso, produrre ottimi risultati. Comunque, saranno ben accetti gli eventuali emendamenti che dovessero essere presentati dai Gruppi parlamentari, purchè corrispondenti alla filosofia iniziale, onde consen-

tire al Dipartimento affari sociali la prosecuzione del lavoro di disamina dei progetti che i vari enti hanno presentato. Sono quindi disponibile ad accogliere alcune modifiche da apportare al testo che non snaturino il programma iniziale, ma nel contempo ribadisco l'opportunità di favorire la piena realizzazione dei progetti che sono pervenuti da tutte le parti d'Italia.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro. Ricordo che il termine ultimo per la presentazione degli emendamenti al testo del disegno di legge è fissato per il 30 giugno prossimo.

Poichè non si fanno osservazioni, il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,05.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT.SSA MARISA NUDDA

