

Editoriale

La Legge 309/90: le proposte di FeDerSerD

Pietro Fausto D'Egidio

1

SAGGI, STUDI E RICERCHE

Pazienti addicted ad Elevata Complessità Socio-Sanitaria (ECoSS): dall'approccio intuitivo alla definizione di criteri scientifici. Studio retrospettivo osservazionale su una popolazione di 1.003 pazienti

Enrico De Vivo, Marilu Foti, Manuela Mellano, Emanuele Bignamini

9

Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale e abitativo

Francesco Moret, Giovanni De Sario, Diego Saccon

45

Disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger) e trattamento individualizzato del tabagismo: descrizione di un caso

Gorizia A. Esposito, Giovanni Pistone, Liborio M. Cammarata

50

CONTRIBUTI SCIENTIFICI

L'esperienza clinica con Levometadone nel trattamento del disturbo da uso di oppiacei

Marco Riglietta, Paolo Donadoni, Grazia Carbone, Caterina Pisoni, Giovanni Plebani, Franca Colombi, Marta Vaiarini

54

IBM dip: Modulo breve di intervento riabilitativo orientato alla Mindfulness per utenti polidipendenti stabilizzati in regime ambulatoriale

Paolo de' Lutti

58

Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze

Johnny Acquaro, Emanuele Bignamini

61

LE RUBRICHE

Spigolature

Ricorrenze e impegni

Alfio Lucchini

6

Contaminazioni

Esistevano le dipendenze comportamentali prima che qualcuno le denominasse?

Maurizio Fea

7

RECENSIONI

44, 65, 70

NOTIZIE IN BREVE

6, 72

FeDerSerD/DOCUMENTI

66, 69

FeDerSerD/ORGANIZZAZIONE

26

FeDerSerD/FORMAZIONE

25

Mission

ITALIAN QUARTERLY JOURNAL
OF ADDICTIONLa Legge 309/90:
le proposte di FeDerSerD

Sono passati molti anni da quando abbiamo lanciato l'allarme per lo stato di abbandono in cui venivano lasciati i nostri servizi.

Adesso è necessario fare il punto della situazione e avanzare delle proposte sui temi a noi più vicini: la possibilità di curare i nostri pazienti senza vincoli ideologici, la necessità di aumentare le risorse economiche e assumere nuovo personale.

I vincoli ideologici ci sono stati imposti, in un andirivieni legislativo che adesso andiamo a rivedere in estrema sintesi e su cui abbiamo scritto molto, passando da principi punitivi repressivi alla tutela del paziente, sempre condizionati dalla carenza di risorse economiche per rispondere ai bisogni dei territori.

La **Legge 1041/54** considerava il soggetto dipendente un folle.

Il tema di fondo a cui la legge sentiva il bisogno di dare una risposta era la pericolosità sociale.

Ne derivava un impianto a carattere fortemente repressivo.

Vi era l'obbligo di denuncia da parte del medico (il soggetto è pericoloso a sé e agli altri) e si prevedeva il ricovero presso una casa di cura o un ospedale psichiatrico.

La **Legge 685/75** segnò un cambio di paradigma andando a rappresentare una legislazione innovativa nel settore soprattutto per l'introduzione di un carattere meno repressivo e per la definizione della tossicodipendenza come una malattia sociale.

In essa si esprime la volontà di comprendere il fenomeno ed il soggetto è considerato come una persona da curare.

Non è prevista la punibilità per uso personale (detenzione di modica quantità).

Vengono introdotte 6 tabelle classificatorie delle sostanze psicotrope.

È sancito il diritto all'anonimato per il soggetto che si cura.

È prevista la segnalazione del soggetto che non si cura al Pretore, che può imporre il trattamento.

Vengono istituiti i primi servizi di cura – CMAS (centri medici e di assistenza sociale) a carattere provinciale.

È vietato il ricorso all'ospedale psichiatrico.

Il **DPR 309/90**, circa 30 anni fa, riscrive un nuovo orizzonte in cui inquadrare la tossicodipendenza. Ad esso si giunse dopo una importante evoluzione del pensiero etico sulle dipendenze, nel guado della infezione da HIV, alla luce dei primi importanti dati delle neuroscienze, all'interno di un preciso contesto culturale, soprattutto dei giovani, ed economico del nostro Paese.

• **Persone con alcol-dipendenza in trattamento in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico**

Allaman Allamani, Stefano Bravi, Pasquale Pepe, Fabio Voller, Pierluigi Struzzo, Jakob Manthey, Jurgen Rehm

• **Safe Driver. Progetto di prevenzione efficace su alcol e guida**

Andrea Noventa, Paola Pesenti Bolognini, Maurizio Lazzari, Beatrice Rota, Gaia Zanchi, Federica Facchetti, Luca Biffi, Marco Riglietta

Newsletter "Clinica dell'Alcolismo", Anno VII, n. 28

Mission

Italian Quarterly Journal of Addiction

Periodico trimestrale della federazione italiana degli operatori
dei dipartimenti e dei servizi delle dipendenze

FrancoAngeli

ANNO XIV, 2018 - N. 52

Fe Der Ser D

Editor in Chief

Alfio Lucchini, ASST Melegnano e Martesana - Milano

Scientific Board

Roberta Balestra, ASUI Trieste; Claudio Barbaraneli, Università La Sapienza, Roma; Bruno Bertelli, Università di Trento; Stefano Canali, SISSA Trieste; Vincenzo Caretti, Università LUMSA, Roma; Ivan Cavicchi, Università La Sapienza e Tor Vergata, Roma; Massimo Clerici, Università Milano Bicocca; Massimo Diana, ASL Cagliari; Pietro Fausto D'Egidio, ASL Pescara; Riccardo C. Gatti, ASST Santi Carlo e Paolo Milano; Gilberto Gerra, UNODC (ONU) Vienna; Mark D. Griffiths, Trent University di Nottingham Regno Unito; Jakob Jonsson, Spelinstitutet AB/Sustainable Interaction e Stockholm University Svezia; Enrico Molinari, Università Cattolica del Sacro Cuore Milano; Sabrina Molinaro, CNR Pisa; Felice Nava, ASL Padova; Marco Righietta, ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo; Giorgio Serio, ASP Palermo; Enrico Tempeta, Osservatorio Alcol e Giovani Roma

Editorial Board

Sandra Basti (Pavia); Guido Faillace (Trapani); Maurizio Fea (Pavia); Raffaele Lovaste (Trento); Fabio Lucchini (Bergamo); Ezio Manzato (Verona); Vincenzo Marino (Varese); Cristina Stanic (Trieste); Margherita Taddeo (Taranto); Franco Zuini (Milano); Concettina Varango (Lodi)

Editorial Office

Via Mazzini 54, 20060 Gessate (Mi),
tel. 3356612717
missiondirezione@tiscali.it

Proprietà: Fe Der Ser D

Sede legale

Via Giotto 3, 20144 Milano

Direttore responsabile: Stefano Angeli

Progetto grafico: Elena Pellegrini

Stampa: Gecca Industrie Grafiche
Via Monferrato 54, 20098 San Giuliano Milanese

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribution-Non Commercial-Non opere derivate 3.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

Copyright by FrancoAngeli s.r.l. - Milano
Poste Italiane s.p.a. - Sped. in Abb. Post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1 comma 1 - DCB Milano Autorizzazione Tribunale di Milano n. 131 del 6 marzo 2002

Chiuso in redazione il 15/09/2019

Edizione fuori commercio

Tiratura: 3.500 copie
ISSN 2037-4798

Seguici su:



www.facebook.com/FeDerSerD/



@FeDerSerD



Gli articoli della rivista sono disponibili in modalità "Open Access" al link <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=197&lingua=it>



Ricordo bene il ruolo che ebbe un importante leader politico del nostro paese colpito durante un viaggio negli USA dalle esperienze di una persona a lui cara.

Al suo ritorno si impose la stigmatizzazione del comportamento dipendente.

Il consumo personale fu dichiarato illecito e sanzionato.

Il soggetto tossicodipendente non solo è malato, ma malato/colpevole/reo e per questo è giusto obbligarlo alla cura.

Viene introdotta la dose media giornaliera (dmg).

Nel Decreto viene prevista una sanzione amministrativa per la assunzione e la detenzione di quantità di sostanze inferiori alla dmg.

La sanzione penale è per la detenzione di quantità di sostanze superiori alla dmg, per la reiterazione dei comportamenti finalizzati all'uso personale o per la interruzione del programma terapeutico.

Vengono riconfermate le 6 tabelle introdotte con la Legge 685/75.

Sono descritte le disposizioni processuali e di esecuzione della pena, nonché le misure alternative alla detenzione.

Viene affermato il ruolo degli Enti ausiliari e dei Servizi per le Tossicodipendenze, questi ultimi di fatto istituiti con decreti collegati e a partire dalla Legge 162/90 in ogni unità sanitaria locale.

Un **Referendum abrogativo del 1993** attenua l'impianto "repressivo" della legislazione del 1990 a favore di una finalità riabilitativa.

L'uso personale è depenalizzato (art. 72, c. 1).

Scompare il concetto di dose media giornaliera (art. 75, c. 1).

Viene meno la segnalazione del Prefetto al Magistrato in caso di recidiva o di interruzione del programma (art. 75, c. 12).

Sono abrogate le misure di sicurezza e le sanzioni penali disposte in seguito alla segnalazione del Prefetto (art. 76).

Vi è una maggiore "libertà" per gli atti medici.

La **Legge 45/1999** costituì un testo fondamentale sia per il finanziamento di progetti di lotta alla droga sia per lo sviluppo dei Servizi di cura con la regolarizzazione del personale allora in servizio.

Nel 2006 ci fu un nuovo cambio di orizzonte con la riaffermazione della filosofia del contrasto alla droga.

Infatti la **Legge 49/2006** stabilisce che il consumo personale è illecito e da condannare.

Afferma il concetto di pericolosità sociale della droga e del consumatore.

Appaiono prevalenti le affermazioni legate alle esigenze di tutela della collettività.

Vi è il ripristino della gradualità dell'iter sanzionatorio-repressivo.

Centrale nello spirito della norma è l'omologazione anche tabellare di tutte le sostanze psicotrope. La sanzione amministrativa è vista come deterrente per indurre al trattamento.

La sanzione viene irrogata; il programma terapeutico è in aggiunta, non in alternativa alla sanzione amministrativa.

Il tema della parità pubblico-privato viene affermato e si affronta la questione della certificazione di tossicodipendenza.

Elementi innovativi appaiono invece in tema di trattamenti e di potestà del medico.

Nel **febbraio 2014** la Corte Costituzionale ha abolito la Legge 49/2006, che era stata inserita impropriamente otto anni prima in un provvedimento noto come "Decreto Olimpadi". Conseguentemente si torna alla legge Iervolino Vassalli del 1990.

Infine la **Legge 79/2014**, alla quale FeDerSerD ha dato un contributo indiscutibilmente di primo piano, segna un iniziale punto di svolta e su questa ci soffermiamo ora con un maggiore dettaglio.

In questa legge si decide, tra le altre cose, di cancellare le tabelle della legge Fini Giovanardi, e si evita che i cannabinoidi vengano equiparati, in quanto a pericolosità, e quindi alla legislazione repressiva, alla eroina e alla cocaina.

Sia chiaro fin da subito: la nostra società scientifica sa quali sono i pericoli e quali le patologie connesse all'abuso di droghe e sa anche che si tratta di una etiologia complessa legata non solo alla natura chimica delle sostanze, ma anche ai contesti di uso e alla vulnerabilità individuale.

Ma è opportuno che in questo nostro Paese sia possibile curare chi si ammala per l'uso di droghe senza pregiudizi ideologici.

Abbiamo chiesto, inoltre, di non mantenere la prescrizione, elemento questo sostanziale e negativo a nostro parere del decreto legge, circa l'obiettivo dei trattamenti di cura finalizzati esclusivamente alla "disassuefazione".

Tale obiettivo è frutto di un portato antiscientifico e ideologico, fuorviante culturalmente e coercitivo e imbarazzante per i professionisti dei Ser.D.

Le commissioni riunite, la Camera e il Senato hanno accolto la nostra richiesta e questo, oltre che essere motivo di soddisfazione, ci fa ben sperare per l'indirizzo che dovrà prendere il lavoro di scrittura della nuova legge.

Un capitolo molto importante per le possibilità di cura nei territori, per il ruolo dei Medici di Medicina Generale, e più in generale per una corretta collocazione all'interno del SSN della

nostra disciplina, è infatti proprio quello che tratta della prescrizione dei farmaci stupefacenti.

La legge Fini Giovanardi, come riproposta dal D.L. Lorenzin, ha indicato due strade: l'una per i pazienti affetti da dolore severo e l'altra per i pazienti affetti da disturbo da uso di droghe.

Nel secondo caso la disposizione prescrittiva impone per la ricetta, a carico del SSN, la scrittura e poi la spedizione di un numero maggiore di ricette, con costi, dispendio di tempi e possibilità di errore maggiori.

Abbiamo riflettuto con Federfarma e abbiamo chiesto che il regime prescrittivo diventi uguale per tutte le patologie.

Non è stato facile.

Gli organi tecnici della Camera hanno avanzato dubbi e perplessità procedurali che sono state accolte così come nella formulazione finale della Legge 79.

La prescrizione di medicinali avverrà secondo modalità che verranno stabilite con un decreto specifico del Ministero della Salute e di cui siamo ancora in attesa.

Nei nostri servizi, soprattutto nei periodi estivi, ci troviamo sempre nella incertezza rispetto al garantire ai nostri pazienti la possibilità di cure quando si recano all'estero.

La Legge 79 fa ora chiarezza su questo punto.

Veniamo ora ad un altro aspetto fondamentale, che da solo basterebbe a motivare il nostro giudizio positivo e il nostro apprezzamento per la Legge 79.

Per anni abbiamo lavorato sottomessi all'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive.

Da oggi quest'obbligo non esiste più.

La relazione terapeutica prevede non solo un accompagnamento del paziente nella migliore effettuazione delle cure, ma esprime un concetto multidimensionale, che va al di là di un contesto strettamente medico e che attraversa trasversalmente tutti i nostri servizi: aiutare i nostri pazienti a recuperare le capacità di svolgere compiti e ruoli sociali, a rimuovere le barriere di accesso alle opportunità, a migliorare la propria autostima.

Alla luce di tutto questo abbiamo chiesto di eliminare l'obbligo che "Il servizio per le tossicodipendenze controlla l'attuazione del programma da parte del tossicodipendente".

Abbiamo contestato con forza che possa far parte della nostra mission, della mission di ogni operatore impegnato nei Ser.D., il ruolo e la funzione di "controllo" dei nostri pazienti rispetto ad un obbligo imposto, per esempio la disintossicazione.

La nostra osservazione è stata accolta e il concetto trasformato nell'impegno ad una doverosa e corretta attività di valutazione.

Tutto quanto abbiamo appena affermato vale, ancora di più, rispetto ad un altro obbligo prescrittivo che ci imponeva la Legge Fini Giovanardi e successivamente il D.L. Lorenzin.

Abbiamo chiesto di cancellare l'assunto che: "I progetti di cui alle lettere a) e c) del comma 7 non possono prevedere la somministrazione delle sostanze stupefacenti o psicotrope incluse nelle tabelle I e II di cui all'articolo 14 e delle sostanze non inserite nella Farmacopea ufficiale, fatto salvo l'uso dei medicinali oppioidi prescrittibili, purché i dosaggi somministrati e la durata del trattamento abbiano l'esclusiva finalità clinico-terapeutica di avviare gli utenti a successivi programmi riabilitativi".

Questa limitazione degli obiettivi della cura non risponde ad un corretto percorso clinico.

Gli interventi con farmaci agonisti non possono avere nel loro dosaggio e durata delle limitazioni in subordine alla definizione di successivi programmi riabilitativi.

Essi si devono basare sulle buone pratiche cliniche e le evidenze scientifiche, valorizzare i concetti di recovery e empowerment e devono essere integrati con gli interventi psico-sociali, quando appropriati, con la finalità di favorire la riabilitazione dell'utente.

Anche qui la nostra osservazione è stata accolta e la previsione legislativa contenuta nel D.L. Lorenzin è stata cancellata.

Tutto questo è ancora poco e non è stato sufficiente per mitigare la inadeguatezza della attuale legislazione sulle Dipendenze, soprattutto in riferimento alle risorse economiche.

Il **DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA** (i livelli essenziali di assistenza), in qualche misura riscrive il mandato istituzionale dei Ser.D. e di tutto il sistema di intervento sulle dipendenze con gli articoli 28 e 35, dal GAP agli interventi di riduzione del danno, al trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze.

Questo DPCM è stato visto dagli operatori e dalla nostra Federazione come una legge interessante nei contenuti ma la cui applicazione appare non realizzabile per la mancanza di risorse.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e ambulatoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche, psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate.

Ma la mancanza di risorse, dopo oltre due anni dalla sua emanazione, rimane il punto nodale e con essa la carenza di personale nei Ser.D.

Se non assumiamo il personale nella misura necessaria:

- molti pazienti continueranno a restare senza cura;
- a molti pazienti non saremo in grado di offrire le tipologie di intervento necessarie;
- lo Stato continuerà a spendere molto danaro che altrimenti risparmierebbe, sui capitoli della Sicurezza Pubblica, della Amministrazione della Giustizia e della cura delle patologie correlate.

Veniamo allora alle proposte

Sono personalmente convinto che sia la terapia che la prevenzione e il reinserimento delle dipendenze si trovino di fronte ad un grande problema culturale: le dipendenze non sono più viste come un pericolo e quindi il primo processo che dobbiamo contribuire ad attivare è che il recupero delle persone, al di là del loro impatto sociale, abbia un valore generativo per la comunità, che non si può quantificare neanche economicamente, e dobbiamo cercare di recuperare ogni persona perché ogni persona è preziosa, senza distinguere.

La nostra cultura appare impregnata dalle culture dell'eccesso e dell'addiction.

Dobbiamo cercare di capire come questa cultura dell'eccesso che analizziamo da più di 20 anni si è ormai profondamente radicata e di conseguenza ci sono nuove sfide che emergono con prepotenza e richiedono un approccio intelligente e non strumentale.

Se perdiamo una persona perché è diventata dipendente e non è più in grado di dare il suo contributo alla vita sociale attiva con la sua creatività, la sua capacità di fare la propria parte per un progetto di società, perdiamo qualcosa di prezioso e allora tutta la società si impoverisce.

Nel momento in cui la dipendenza diventa normalità noi siamo già sconfitti.

Molti pensano che siamo già in questa condizione: lo siamo anche di fronte alle famiglie che chiudono gli occhi di fronte ai comportamenti dei ragazzi.



MOLTENI
FARMACEUTICI 1892 | 2017

125



**C'È UNA VITA
DA RISCOPRIRE.**

**LASCIATI
SORPRENDERE
ANCORA.**

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.

For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org>

Dobbiamo tutti assumere questa sfida delle nuove fragilità e questo lo possiamo fare con una riscrittura della Legge 309; deve anche essere un tema prioritario per una conferenza nazionale che latita da troppo tempo. Il lavoro eroico nei Ser.D. e nelle Comunità che noi tutti facciamo è destinato a fallire diventando residuale se subiamo una delega sociale affidata agli specialisti, che poi saremmo noi. Pensate alla riforma della psichiatria con la Legge 180: è stata possibile realizzarla nel momento in cui è diventata una battaglia culturale. Nel momento in cui la malattia mentale è diventata l'oggetto di un argomento sociale e culturale allora è diventato possibile fare la riforma. Se fosse rimasta di pertinenza degli specialisti quella sfida non sarebbe mai stata vinta. Ci vuole un adeguamento della società e ci vuole, per riuscirci, una nuova offensiva culturale e politica. Sta avanzando una marea di pensiero che normalizza la dipendenza. Bisogna mettere delle dighe per un Paese che diventa sempre più fragile. La fragilità è ormai di casa in tutte le famiglie. Prima le comunità sapevano accogliere le fragilità, ora non è più così. In questo scenario la sanità moderna ci pone di fronte a situazioni complesse che sono sanitarie e sociali, e per le quali la società richiede risposte altrettanto complesse, attraverso una medicina che è fatta da una attività che ormai è solo e solamente interprofessionale e interdisciplinare. La trasformazione in corso dello scenario epidemiologico, la contrazione delle risorse destinate alla assistenza sanitaria e la presenza nel nostro Paese di molteplici e a volte troppo differenziate sanità regionali ci spingono a diventare protagonisti e produrre cultura nel definire gli spazi possibili tra le nuove e diverse dimensioni organizzative e l'esercizio della clinica delle dipendenze. I professionisti dei Ser.D. sanno che la qualità delle cure potrebbe e dovrebbe migliorare, che sono anni che non si offrono a sufficienza nuovi interventi per le nuove manifestazioni della dipendenza, che ci sono troppi precari che debbono essere assunti a ruolo, che c'è bisogno di nuovo personale per far fronte alle esigenze. In molte realtà italiane ci sono liste di attesa le quali, in questo ambito, unico caso nella sanità italiana, determinano di fatto la impossibilità del paziente di curarsi altrove o privatamente. Nella gran parte delle regioni italiane, specie in quelle dove è in corso un processo di riforma e riorganizzazione del sistema sanitario, si sta decidendo di tagliare, contrarre, accorpare tali Servizi, in totale contraddizione con i bisogni emergenti della popolazione e con le rilevazioni epidemiologiche relative alle patologie direttamente e indirettamente connesse al consumo a rischio ed alla dipendenza. Le istituzioni regionali, pur affermando di voler sviluppare i servizi sanitari territoriali, che hanno il compito di assicurare la promozione della salute dei cittadini e la cura delle patologie di tipo cronico, stanno depotenziando inspiegabilmente i Servizi pubblici per le Dipendenze, senza fornire ragioni e dati a supporto di tale scelta, negandosi al confronto con gli addetti ai lavori e con le realtà non profit di settore. Tale fatto è ancora più grave ed inaccettabile, in quanto penalizza persone e famiglie particolarmente fragili, senza potere contrattuale e di pressione, che non sono nella possibilità di far sentire la propria voce e di difendere i propri diritti. A fronte di tutto questo le responsabilità istituzionali dei Ser.D. sono cresciute negli ultimi anni, anche a seguito di nuove disposizioni normative nel settore della sicurezza sul lavoro, del codice della strada, della sanità penitenziaria. Osservando il fenomeno dipendenze diversi elementi saltano agli occhi e ne citiamo solo alcuni. Di primaria importanza sono le trasformazioni del mercato della droga, dei contesti di uso di droghe, dei cambiamenti radicali che osserviamo nei consumatori. Molti usano droghe, pochi si ammalano. I servizi sono vecchi: l'età media dei pazienti è di 44 anni. Quasi nessuno di questi pazienti usa ossicodone, ma molti giovani ne fanno uso.

Milioni di persone usano droghe: non si può fare una legge che li punisca (o solo li censuri): bisogna cercare una strada che contemporaneamente contempra il "non è permesso" e il "non punire". Ci si interroga su quale sia il valore normalizzante del permettere le droghe leggere e il gioco d'azzardo e punire l'uso di altre droghe. Una nuova legge per la prevenzione cura e reinserimento delle dipendenze deve superare la legge Fini-Giovanardi, non regredire alla lervolino-Vassalli e si deve articolare nel più complesso bisogno di ripensare il diritto costituzionale alla salute e i paradigmi dell'intervento. La riduzione delle risorse non si deve ridurre a tagli lineari e quindi ad una contrazione di un intervento comunque già vecchio ed obsoleto. Curare i pazienti con disturbo da uso di sostanze produce salute, produce ricchezza: la sanità non consuma risorse ma produce ricchezze. Il diritto alla cura va contestualizzato nella più stretta e virtuosa relazione con il territorio. La terapia con farmaci agonisti trae vantaggi dalla partecipazione del MMG e del farmacista e ricontestualizza la terapia nell'ambito di una dimensione "umana" e non ghezzante. Sono trent'anni che cerchiamo di rendere compatibili i diritti della salute dei pazienti dipendenti alle risorse economiche; non possiamo però correre il rischio che i diritti si debbano adattare alle risorse. Non possiamo permettere che i tagli lineari li diamo sui diritti. Dato che oggi l'interesse collettivo rispetto alla salute è diventato un interesse generale, sono convinto che se diminuiscono gli ammalati, noi produciamo ricchezza, che è una cosa diversa dal PIL; perché non ho visto mai un paese povero che sta bene in salute. Quindi quello che noi facciamo produce ricchezza, curare i tossicodipendenti produce ricchezza. Il lavoro, le professioni devono essere usate come fattori di cambiamento. A volte ho la sensazione che il nostro politico ci consideri come delle lavatrici, ma i nostri malati non sono esattamente come dei panni da lavare, spesso disobbediscono, hanno un carattere eretico.

È importante avviare i processi

FeDerSerD propone alla classe politica nazionale e regionale, agli operatori del sistema dei servizi e delle agenzie sociali dei territori di avviare subito un confronto su questi temi con una conferenza nazionale e conferenze territoriali.

L'obiettivo deve essere quello di andare alla riscrittura di un testo unico sulle dipendenze che rafforzi il sistema dei servizi adeguandolo ai bisogni espressi e inespressi dei territori ed è necessario fare questo insieme ad un approccio che si declini senza colpevolizzare i malati e i consumatori, senza punirli, senza perseguirli, senza additarli.

Si può partire, per iniziare, disponendo un finanziamento adeguato per poter svolgere i nuovi compiti individuati, sia per i SerD che per le organizzazioni del volontariato e le Comunità Terapeutiche, dal DPCM sui LEA.

Permettetemi ora, per finire, una considerazione personale.

Questo è il mio ultimo editoriale nel ruolo di Presidente di FeDerSerD. Un ruolo in cui ho creduto, per il quale mi sono impegnato e che ho rappresentato per me una straordinaria esperienza, una esperienza fatta insieme a tanti amici e colleghi, che mi ha arricchito enormemente e per questo ringrazio tutti.

Vorrei esortare la nostra Federazione a continuare a proiettarci sul domani per meglio dare un contributo alla società, ai pazienti e agli operatori, senza cullarci negli allori e nel ricordo delle tante azioni realizzate e che sono testimoniate nelle nostre pubblicazioni e negli atti istituzionali.

Da domani il nostro primo impegno dovrà essere quello di continuare a sollecitare la riscrittura della legge sulle dipendenze e ad essa dare il contributo che viene dalla nostra cultura, dalla scienza di cui siamo testimoni attenti e qualificati, dalla nostra esperienza e, non ultima, dalla nostra umanità.

Grazie a tutti.

Fausto D'Egidio