

OSSERVAZIONI SULLA REVISIONE DEL D.P.R. 309/90 *PROPOSTE DI FEDERSERD PER UN DIBATTITO APERTO*

FeDerSerD, al termine del suo secondo Congresso nazionale tenutosi a Firenze dal 17 al 20 ottobre 2004, che ha visto la partecipazione di oltre 1000 professionisti del settore pubblico e del privato non profit, nonché di importanti componenti del mondo politico e istituzionale, intende con questo documento offrire un contributo alla discussione nata a seguito della proposta di legge governativa di modifica del DPR 309/90.

FeDerSerD, associazione scientifica e professionale di settore, con oltre 1200 iscritti, interviene nel dibattito legislativo con la competenza tecnico professionale dei propri dirigenti, con considerazioni di carattere scientifico.

FeDerSerD si ispira ai principi di efficacia clinica e della medicina basata sulle evidenze nell'intervento quotidiano dei professionisti impegnati nel settore delle dipendenze: per lo specifico dei fondamenti scientifici e dei percorsi terapeutici richiama i numerosi documenti pubblicati sul periodico ufficiale "Mission".

FeDerSerD è organizzazione composta da una pluralità di soggetti di varie sensibilità ideali, e ritiene essenziale il confronto con il mondo istituzionale e politico.

FeDerSerD è a disposizione per illustrare ad ogni livello la propria posizione a tutela dell'intervento professionale per il sistema delle dipendenze e della funzione pubblica dell'impegno nel contrasto al diffondersi delle droghe.

Grosseto, 15 dicembre 2004

Il Presidente
DOTT. ALESSANDRO COACCI

La proposta di revisione del DPR 309/90 nasce come tentativo di arginare ope legis il diffondersi di comportamenti di addiction chimica.

L'intenzione del legislatore è quella di affermare l'innammissibilità di certi comportamenti e anche la loro estraneità culturale rispetto ad un ideale di società che appare aggredito e messo in discussione da numerose ed eterogenee istanze culturali e sociali.

Questa proposta legislativa non tiene conto della discrepanza tra l'intenzione pedagogica e normativa contenuta nel dispositivo di revisione e le condizioni fattuali della sua applicabilità in contesti culturali dominati e alimentati da stili predatori, dissipativi, edonistici e competitivi, che costituiscono il fattore di vulnerabilità sociale più importante in rapporto alle condizioni psicobiologiche degli esseri umani.

Purtroppo la maggior parte degli slogan adottati in questi anni per sintetizzare le diverse posizioni intorno alla questione delle droghe sono stati usurati dal dibattito ideologico e politico, ed appaiono deboli e poco convincenti se sottoposti ad una seria analisi scientifica e professionale, che è quella che intendiamo proporre con questo documento.

Contrapporre educazione e punizione come se fossero due estremi che si escludono a vicenda, trascura che un atto educativo di per sé contiene anche elementi prescrittivi, talora anche molto forti, e laddove si determina una prescrizione inevitabilmente si crea un circuito normativo.

Non necessariamente alla norma deve essere connessa la punizione, tuttavia una qualche relazione con la norma deve essere prevista e non può avere carattere elusivo o risolversi nel principio educativo di per sé, se questo non viene declinato nelle sue varie possibilità. Le generazioni più giovani stanno crescendo all'insegna del modello relazionale critico spesso male interpretato dagli adulti, che ne dovrebbero assumere la responsabilità, sempre meno adusi al confronto con la normatività del codice educativo genitoriale, con le regole sociali ed il loro significato, con le dimensioni critiche del piacere e del rischio, e questo in ragione della rete di significati e delle trame relazionali nelle quali crescono e si sviluppano. Diventa difficile su un argomento come quello di cui stiamo trattando, introdurre quindi codici di relazione con il mondo adulto che non tengano conto del relativo impoverimento del codice paterno a favore di quello del gruppo dei pari e di una cultura consumistica largamente diffusa.

Veniamo dunque ai riferimenti scientifici che fondano lo sviluppo della riflessione...

Il confronto va ridefinito a partire dall'assunto dimostrato e sul quale nessuno può seriamente avanzare obiezioni che tutte le sostanze d'abuso ad azione psicotropa sono più o meno potenti modulatori degli stati affettivi ed emozionali.

Diventa allora interessante cercare di capire che cosa

rende potenzialmente pericoloso per gli umani il rapporto con questi prodotti.

Il dibattito purtroppo si è sempre rapidamente orientato verso la tendenza a classificare la pericolosità delle sostanze secondo categorie come la liceità, la dannosità biologica, gli effetti farmacologici, il potenziale tossicologico, l'impatto sociale, gli effetti culturali derivati ecc. L'errore concettuale si annida proprio nel punto di partenza, che non può essere le sostanze di per sé, ma solo la loro relazione con l'umano, la sua natura biologica, il suo essere e divenire relazionale.

Ovvero è dalla relazione tra l'uomo, le sostanze, le motivazioni all'uso, i contesti d'uso che deriva il potenziale rischioso.

È la loro natura di regolatori degli stati affettivi che rende le sostanze psicotrope ad azione gratificante, al contempo appetibili e pericolose.

Appetibili perché il problema della regolazione degli stati affettivi, della modulazione delle risposte emozionali è un nodo centrale dello sviluppo degli umani, sia in senso ontogenetico sia filogenetico.

Ci siamo evoluti dagli altri primati, anche grazie alla capacità progressivamente acquisita e sviluppata di regolare le nostre risposte emozionali, imparando a riconoscere quelle più funzionali non solo alla sopravvivenza, ma anche al miglioramento adattativo. Parimenti lo sviluppo individuale, a maggior ragione se parliamo di adolescenti, è sano, ricco ed equilibrato, se la capacità di monitorare i propri stati affettivi, riconoscerli, governarli e indirizzarli, si sviluppa progressivamente in modo armonico e coerente con lo strutturarsi degli elementi della personalità che governano la costruzione di queste competenze e da queste sono orientate.

Pericolose perché il loro potenziale di seduzione appare più forte proprio verso quei soggetti che riescono con più difficoltà a padroneggiare stati emozionali negativi o sono comunque attratti per ragioni diverse, dalla possibilità di controllare e modulare chimicamente le emozioni. È evidente che da ciò non si può dedurre una universale pericolosità delle droghe per qualunque individuo, ma neppure se ne può affermare la totale innocuità prescindendo dalle vulnerabilità individuali.

Tutte le droghe di cui si può abusare (eroina, cocaina, alcol, amfetamine, allucinogeni, nicotina, cannabinoidi, caffeina, ecc...) possiedono differenti capacità intrinseche, strettamente legate alla loro azione biologica ed alla modalità d'assunzione, di produrre dipendenza, assuefazione, tolleranza, autorinforzo, tossicità, patologia di organo.

Bisogna pur tuttavia assumere il principio che è dal rapporto tra un particolare uomo ed una sostanza psicotropa che può svilupparsi il rischio di affezionarsi ad essa o di diventare abusatori o dipendenti.

La difficoltà a questo punto nasce dalla impossibilità attuale di determinare in modo universale i fattori di vulnerabilità individuale, la loro occorrenza specifica, gli elementi di rischio cumulativo.

Alcuni fattori sono noti e determinabili soprattutto per le dimensioni del danno biologico (rapporto tra fumo e neoplasie ad esempio, o tra consumo di alcolici e patologie neurologiche e digestive), ma la situazione diventa molto più incerta ed indeterminata se vogliamo considerare il deterioramento delle risposte adattative, l'acquisi-

zione di stili di vita non sani o lo sviluppo di psicopatologie connesse all'abuso di sostanze psicotrope.

La questione critica è dunque rappresentata dai possibili predittori di vulnerabilità, ovvero quali individui, se esposti in modo continuativo all'uso di sostanze psicotrope, possono subirne la fascinazione e subordinare valori, interessi, affetti, legami, opportunità, all'obiettivo primario di vivere sotto effetto di sostanze.

Dovendo riconoscere che al momento non è possibile rispondere alla domanda se non in modo molto parziale, diventa perciò legittimo contrastarne fermamente l'uso da parte di chiunque, e radicare la penalità anche a condotte personali inoffensive?

Affrontare questo tema oggi, con tutti i cambiamenti che stanno avvenendo sotto il profilo culturale, politico e sociale, sia riguardo alle droghe, sia in relazione allo status di malato e di malattia, nonché del sistema della cura, vuole dire considerare la domanda di senso valoriale che proviene dal campo sociale e politico non solo e non tanto per soddisfare vocazioni normative, quanto per capire se e come sia possibile la coesistenza tra l'ambito dei diritti individuali e collettivi e il dominio sempre più ampio delle diverse modalità di conservazione della salute.

La questione del consumo di sostanze e quindi della sua liceità o impossibilità, si colloca esattamente all'incrocio tra questo diritto, sempre più esteso e sollecitato, di provvedere alla conservazione della propria salute secondo le preferenze individuali, con le modalità ritenute migliori, e il diritto della collettività di stabilire norme che nel riconoscere tale possibilità, ne definiscano contestualmente anche i confini.

Da qui il conflitto tra paradigma della tutela e cultura dei diritti del singolo e della collettività, ma oggi la tolleranza deve assumere una connotazione etica, alla ricerca di nuove convenzioni morali che sappiano conciliare il diritto alla salute in favore della comunità con il diritto alla salute della persona, senza dimenticare che non vi è alcun dubbio alla luce delle attuali conoscenze che tutte le sostanze ad effetto psicotropo gratificante, a prescindere dalla loro legalità, hanno un potenziale additivo, ed il fatto altrettanto chiaro che questo potenziale non si attualizzi in tutti gli individui che ne fanno uso, non le rende meno pericolose per la collettività.

Detto ciò possiamo analizzare i risvolti etici e le conseguenze politiche di questo assunto assolutamente fondato.

Cominciamo con il porci una domanda: come mai negli ultimi quaranta anni il fenomeno dell'abuso di sostanze è diventato epidemico?

Una risposta potrebbe essere ricercata nella frattura sempre più ampia che si è andata creando fra la nostra condizione biologica che ci determina nelle possibilità evolutive, e le radicali e tumultuose trasformazioni socio ambientali le quali sollecitano risposte adattative che la nostra struttura biologica, evoluta in millenni, non è ancora in grado di fornire se non in modo molto selettivo, parziale e discontinuo.

In altri termini vi è maggiore "consumo" di modulatori chimici degli stati affettivi perché le richieste ambientali sollecitano ed evocano con sempre maggiore intensità, competenze cognitive ed emozionali non adeguate a

fronteggiare e soddisfare variazioni repentine dell'ambiente relazionale e sociale, che creano incertezze, timori, sentimenti di inadeguatezza o, quando sono prevedibili, angoscia e frustrazione per la possibilità alquanto remota di essere soddisfatte.

Il divario di potenza tra predatori culturali aggressivi e onnipresenti e le possibilità di trovare rapidamente risposte adattative efficaci e funzionali al nostro stare al mondo, appare sempre più ampio.

Queste tendenze, già in parte attualizzate, allargano considerevolmente la base dei soggetti vulnerabili, e fanno diventare politico ciò che fino a non molto tempo fa poteva essere considerato un problema essenzialmente individuale e soggettivo.

Qui le categorie della scienza cedono il passo ai criteri etici, senza tuttavia cessare di suggerire ed orientare decisioni che non possono prescindere da poche ma sicure certezze.

Analizziamo dunque le possibilità che ci sono date in questo contesto.

Una ipotesi è quella di lasciare agire la pressione selettiva e di accompagnarla con misure che in un certo senso la favoriscano. Per esempio la posizione sempre meno minoritaria di coloro che legittimano il diritto a comportamenti che possono essere dannosi per la salute, per trarre poi alcune conseguenze operative sulla limitazione del diritto alle cure per malattie da sé procurate, come negare trattamenti chirurgici elettivi per soggetti fumatori e nicotino dipendenti con patologie respiratorie o vascolari.

Tale ipotesi è a nostro parere in netto contrasto con quanto previsto dalla carta costituzionale, senza dimenticare che il ruolo sempre più rilevante della sanità privata potrebbe pure variare la pressione selettiva, consentendo in realtà a chi dispone di risorse economiche, di trattare comunque in modo adeguato il suo problema di salute.

Questo rischio non remoto andrebbe ricordato ai sostenitori del diritto individuale inalienabile di provvedere al mantenimento del proprio stato di salute, delle proprie virtù ormonali, o del bisogno di gratificazione e felicità, a prescindere dai mezzi e dalle modalità con le quali si provvede.

La possibile saldatura tra le posizioni economiciste in materia di sanità e i sostenitori del diritto individuale ed assoluto alla tutela della propria salute con qualsiasi mezzo, trova un terreno favorevole nel riconoscimento che ogni diritto può avere un costo e di conseguenza un prezzo, che però solo alcuni sarebbero in grado di sostenere, a dispetto del principio di equità.

Una seconda ipotesi è di bandire in modo assoluto la possibilità a chiunque di accedere a questi tipi di sostanze, diminuendo quindi la pressione selettiva sui soggetti più vulnerabili e privando nel contempo gli individui non vulnerabili del diritto ad accedere a forme di consumo non problematico, limitando il campo delle loro libertà individuali. La radicalità di questa ipotesi necessita di forme organizzate molto severe di controllo e repressione sia sul versante della domanda che su quello dell'offerta ed inibisce di per sé lo spazio educativo, e quello delle responsabilità personali, che vengono sostituiti da una assunzione di responsabilità generale dello Stato,

che definisce una norma etica e comportamentale e ne prescrive rigide sanzioni per i trasgressori.

Un'altra ipotesi è quella di correggere la pressione selettiva mediante interventi di protezione delle fasce più vulnerabili che diminuiscano l'esposizione di questi individui sia ai fattori stressanti sia ai possibili ricorsi ai mediatori chimici per fronteggiare lo stress ritenuto intollerabile.

È certamente una strada impervia e difficile, che spesso fa riferimento ad una concezione paternalistica, orientata a stigmatizzare e reprimere l'uso di alcune sostanze, ritenute a torto più pericolose di altre come gli alcolici, ed a creare inconsapevolmente differenze sostanziali nelle modalità di affrontare il problema più generale dell'addiction nella popolazione.

Il modello Educare e non punire ("Non incarcerate il nostro crescere") a base di uno dei documenti attuali di riflessione sul tema, si colloca in una via di mezzo con l'ambizione di sostituire l'impegno repressivo verso i consumi con una azione educativa. Nello specifico del problema dell'uso di sostanze, tale assunto può apparire incerto se non vengono esplicitati, preventivamente al piano dell'educare, il tipo di norma cui ci si riferisce e quali RIFERIMENTI FONDATIVI SCIENTIFICI SOSTENGONO E GIUSTIFICANO LE ASSERZIONI NORMATIVE.

Al suo interno c'è spazio per parlare di educazione al rischio come acquisizione di consapevolezza della propria responsabilità, certamente un obiettivo auspicabile che richiede però un investimento massiccio di risorse per incidere significativamente sulle complesse e multiformi componenti della funzione educativa.

Innanzitutto il confronto o lo scontro con media dominanti e propensi a svillire più che a valorizzare l'assunzione di responsabilità individuali attraverso la fatica di vivere con passione e completezza la propria vita; poi la famiglia talora luogo generatore di forti instabilità affettive, di inquietanti parodie del benessere, di proposte esistenziali quanto meno discutibili; la scuola pressata da istanze contraddittorie ed erosive della sua identità che dovrebbe surrogare le debolezze ed i fallimenti degli altri istituti educativi.

Il panorama è sconfortante e l'enfasi posta solo sulla azione educativa rischia di apparire debole e poco realistica.

Il modello Consumi Zero ultimo nato tra gli slogan anti-droga, ha il pregio di fondarsi sulla affermazione chiara che tutte le droghe fanno male e quindi non vanno in alcun modo consumate. Tuttavia anch'esso è affetto dal peccato originale di eludere la connessione tra individuo, motivazioni, sostanze, connessione che determina le possibilità rischiose.

Appare perciò tanto sbrigativo ed illusorio quanto le posizioni più apertamente repressive, perché non spiega come fare per comprimere i consumi fino a zero (pensiamo ai consumi alcolici o di nicotina, agli psicofarmaci, al gioco d'azzardo).

È irrealistico pensare di ridurre a zero i consumi senza mettere in campo dispositivi repressivi così forti da condizionare la vita della maggior parte dei cittadini, o pensare che il "consumo zero" si possa riferire solo ad alcune categorie di sostanze, quelle più nocive o pericolose, come l'eroina.

Qual è allora la differenza tra una posizione repressiva di tolleranza zero e l'opzione consumi zero che comunque deve prevedere misure di contenimento dei consumi.

L'opzione "consumi zero" deve essere proposta come un obiettivo tendenziale, che riconosce pragmaticamente l'esistenza di consumi non problematici, ma che allude ad un contesto sociale di maggiore sobrietà generale dei comportamenti. Poggia su una corresponsabilizzazione delle istituzioni (interventi preventivi ed educativi) e dei cittadini e non demonizza in modo manicheo prima le sostanze e poi i consumatori.

È una proposta che vincola ad una verifica temporale sull'effettiva graduale contrazione dei consumi di tutte le sostanze psicotrope, per programmare il mantenimento o la variazione dei dispositivi di controllo dissuasivi. Va da sé che è indispensabile un forte rigore metodologico e scientifico per approntare prima le misure di base e poi le verifiche ed i controlli.

In altri termini i meccanismi del controllo si devono fondare sul principio della responsabilizzazione, secondo modelli pedagogici quale, a puro titolo esemplificativo, quello della patente a punti per il codice della strada.

Si tratta cioè di definire modelli di controllo che abbiano una potenza dissuasiva nei confronti delle fasce di consumatori non problematici, al fine di non alimentare e diffondere l'opinione della bassa pericolosità di certe forme di consumo.

Certamente questo è un obiettivo secondario rispetto alla priorità di attenuare le conseguenze negative della pressione sui soggetti più vulnerabili, tuttavia costituisce il passo indispensabile per invertire il processo culturale in atto, che sottovaluta la dimensione di rischio per la collettività in nome di un illusorio principio di libertà individuali.

I consumatori problematici non saranno molto condizionati da queste forme di controllo, perché nella valutazione del rapporto costo/beneficio, l'individuo problematicamente coinvolto nel consumo di sostanze tenderà a considerare in primo luogo i vantaggi immediati di un apparente miglioramento del suo problema piuttosto che i rischi di una possibile sanzione.

Tuttavia l'applicazione intelligente di una pluralità di dispositivi pedagogici dissuasivi, può modificare l'ambiente sociale e contrastare le pressioni culturali che favoriscono i consumi, diminuendo quindi i possibili fattori di esposizione al rischio per i soggetti vulnerabili.

La questione delicata è quella di mettere a punto i dispositivi pedagogici efficaci, che devono possedere anche delle caratteristiche incentivanti e non solo dissuasive, misure di controllo reali, ambiti di realizzazione estesi alla rete territoriale ed una efficace regia di governo.

Quasi mai è stato possibile alimentare un confronto serio e realistico che producesse ipotesi e strategie fattibili, ma a differenza del passato più o meno remoto, si sta profilando ora una inquietante coincidenza tra due processi densi di conseguenze notevoli per tutti i cittadini.

Il processo di privatizzazione della sanità, che si sta sviluppando in alcune punte più avanzate attraverso il progressivo smantellamento dei servizi pubblici, al di là di una possibile presenza di un privato competitivo in grado forse di sostituirlo a costi inferiori, si sposa egregiamente con l'operazione di dirottare prima con colpi di mano

più o meno trasparenti, ed ora con una legge, la maggior parte delle risorse economiche e di potere ai propri fiduciari del settore, garantendo loro una specie di extraterritorialità nel contesto delle regole che governano la sanità.

A differenza che ai tempi della legge Iervolino Vassalli è in gioco ora la sopravvivenza del sistema pubblico di intervento nel campo delle dipendenze, sistema costituito non solo dai servizi pubblici, ma anche dalla quasi totalità del privato sociale, che condivide la necessità di un sistema fondato su principi e modelli verificabili dalla comunità scientifica, organizzato con regole di programmazione efficienti e con livelli di partecipazione non arbitrari ed incerti.

Perciò consideriamo centrale il riconoscimento del tavolo di integrazione pubblico - privato non profit da noi definito "Tavolo di Alta Integrazione" come base di analisi ed espressione del sistema di intervento degli accreditati italiani.

Qui si apre un altro forte interrogativo alla luce del quale va letto il secondo punto chiave dell'impianto di revisione, ovvero l'estensione del diritto alla certificazione e alla diagnosi per tutti i soggetti iscritti all'albo delle strutture private (art.116).

Lo scopo evidente è quello di spostare la centratura delle possibilità di cura dai Ser.T. alle comunità, ritenute, almeno alcune, come lo strumento reale di applicazione della intenzione pedagogica del legislatore.

Si potrebbero fare infinite osservazioni sulla assoluta indimostrabilità di questo assunto, ma lasciamo ad altri questo compito, soffermandoci invece sulle possibili conseguenze di questo spostamento.

Esso infatti potrebbe rivelarsi totalmente fallimentare ai fini di aumentare l'utenza delle comunità, perché contrariamente a quanto viene sostenuto da alcuni leader del settore, il ridotto afflusso di persone in comunità non dipende dal fatto che i servizi pubblici, in specie per le loro terapie farmacologiche, inibiscono i processi di maturazione che dovrebbero condurre tutti i tossicodipendenti in comunità.

Questo dipende piuttosto dal fatto che generalmente i tossicodipendenti gradiscono sempre meno l'idea di trascorrere un certo periodo della loro vita in ambienti dove talora, chi pretende di insegnare loro a vivere bene, fatica a considerarli in primo luogo persone sofferenti, vittime anche di un ordine biologico alterato, ma li considera solo soggetti colpevoli da rieducare, per i quali non essendo riconosciuto lo statuto di malattia, non è possibile disporre di quei pochi ma consolidati strumenti offerti dal sapere scientifico che consentono di trattare efficacemente il disturbo da uso di sostanze e i suoi correlati psicopatologici.

Nel caso invece che lo spostamento della centratura riscuota un certo successo, grazie alla forza della convinzione normativa e dei suoi deterrenti applicativi, si apre uno scenario che dovrebbe interrogare in primo luogo il decisore politico ed il tecnocrate della sanità.

E' evidente a tutti come la previsione sottesa al dispositivo di legge, di inviare il maggior numero di persone possibile in comunità, determinerebbe una enorme dilatazione della spesa sanitaria, non supportata da considerazioni di efficacia.

In questo caso è evidente che le priorità sono definite dal

politico e molto poco dall'economista, dal tecnico del settore, dall'esperto di diritto e di etica.

Sappiamo come non sia facile definire regole prescindendo dallo schema degli interessi e delle utilità, regolando le prestazioni sanitarie solo come variabili del diritto.

In sanità i diritti non possono escludere la valutazione dei risultati, siano questi riferibili al singolo o in generale: i risultati sono talora insufficienti a giustificare una certa pratica.

Tutto questo aspetto della riflessione è assente nel dispositivo di revisione del DPR n. 309/90, laddove il legislatore assume acriticamente che l'intervento pedagogico sia di per sé risolutivo della enorme complessità dei problemi determinati dall'uso patologico di sostanze, e soprattutto dubita in modo altrettanto acritico della efficacia dei trattamenti farmacologici sostitutivi, sottolineandone la pericolosità e tentando surrettiziamente di limitarne l'uso.

In questo scenario generale si inseriscono le scelte regionali in campo sanitario, sempre più condizionate dalla modalità di redistribuzione delle risorse assegnate e dalla ridefinizione delle politiche di welfare.

Un settore storicamente debole come quello delle dipendenze, rischia una ulteriore forma di penalizzazione, sia per quantità di risorse assegnate che per collocazione nel sistema dei servizi sanitari, se le sue funzioni e competenze specialistiche complesse vengono svilite e ridotte a semplici prestazioni ancillari subordinate a strategie dirette da altri, e se la funzione di governo del sistema affidata ai Dipartimenti delle Dipendenze a direzione pubblica, viene svuotata dei contenuti e degli strumenti operativi indispensabili per garantire la lettura dei bisogni della popolazione, la programmazione degli interventi, l'investimento e la razionalizzazione delle risorse e la verifica dei risultati.

Perciò chiediamo precise indicazioni da parte del Dipartimento Nazionale per le politiche Antidroga ed un impegno formale del Coordinamento Stato - Regioni che siano finalizzati ad individuare ed erogare le risorse idonee a garantire lo sviluppo del sistema di intervento e ad assicurare il soddisfacimento dei Livelli Essenziali di Assistenza in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale.

In questo contesto è altresì necessario che il fondo nazionale per le politiche antidroga rappresenti una risorsa "distinta" e specifica nella finalizzazione.

Una azione di salute non può essere valutata come moralmente giusta o ingiusta, senza entrare nel merito delle sue ricadute sui cittadini, soprattutto nel momento in cui si interviene a disciplinare materie tanto complesse come le dipendenze patologiche. Per tale ragione non si può non tenere conto del sapere esperto e professionale, delle evidenze pratiche raggiunte negli anni, dando invece credito ai suggerimenti di chi non intende far derivare le proprie scelte operative dalla verifica dei risultati raggiunti.

A tale proposito riteniamo che non sia eludibile la istituzione di una specifica disciplina per il settore delle dipendenze con la relativa specializzazione, al fine di

valorizzare il sapere dei professionisti del settore in rapporto al mondo accademico e di formare adeguatamente i futuri professionisti.

A conclusione riteniamo che se può essere condivisibile l'esigenza di disciplinare meglio l'attuale assetto normativo del settore, che appare poco soddisfacente anche alla nostra osservazione, non possiamo che essere critici verso il metodo ed i contenuti della proposta,

ribadendo nel contempo la disponibilità alla collaborazione in un quadro trasparente di confronto su basi scientifiche e di evidenza medica, dove i criteri di senso e le ragioni del sapere disciplinare trovino lo spazio adeguato non solo per una rappresentazione simbolica, ma per un effettivo potere di incidenza.

IL DIRETTIVO NAZIONALE DI FEDERSERD
Dicembre 2004

FeDerSerD

FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

Presidente Onorario
RITA LEVI MONTALCINI

DIRETTIVO NAZIONALE FeDerSerD

Presidente
ALESSANDRO COACCI

Vice-Presidente
GUIDO FAILLACE

Segretario Esecutivo
ALFIO LUCCHINI

LUCIANA BACCI (*Tesoriere*)
ROBERTA BALESTRA
EMANUELE BIGNAMINI
ROBERTO CATALDINI
ANTONIO D'AMORE
PIETRO FAUSTO D'EGIDIO
MAURIZIO D'ORSI
DONATO DONNOLI
MAURIZIO FEA
BERNARDO S. GRANDE
CLAUDIO LEONARDI
RAFFAELE LOVASTE
EZIO MANZATO
NORBERTO PENTIRICCI
EDOARDO POLIDORI
GIANNA SACCHINI
GIORGIO SERIO

Comitato Scientifico Nazionale designato di FeDerSerD

CLAUDIO LEONARDI - Coordinatore
EZIO MANZATO - Coordinatore
GIORGIO SERIO - Coordinatore
CLARA BALDASSARRE
ROBERTO CALABRIA
MICHELE FERDICO
GILBERTO GERRA
FABIO MARIANI
ENZO MARINO
ANTONIO MOSTI
FELICE NAVA
PIER PAOLO PANI

Collegio Nazionale di Garanzia
BERNARDO S. GRANDE - Presidente

PRESIDENZA NAZIONALE
Viale Matteotti, 72
58100 Grosseto
tel/fax 0564 416674
329 2754596
e-mail federserd@virgilio.it

Codice Fiscale 90013480539

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA
NAZIONALE
Via Matteotti, 3
22066 Mariano Comense - Co
tel. 031 748814
fax 031 751525
e-mail federserd@expopoint.it

MISSION
PERIODICO UFFICIALE
e-mail: missiondirezione@virgilio.it

Sito web: www.federserd.it
e-mail redazione@federserd.it