

RIDUZIONE DEL DANNO: DALLE ORIGINI AI LEA

Stefano Cecconi e Giuseppe Bortone (Cgil nazionale)
Denise Amerini (Funzione Pubblica Cgil nazionale)

Nel Decreto (Dpcm 12 gennaio 2017) sui nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sanitaria, approvato dopo una complessa Intesa Stato Regioni il 7 settembre 2016, la riduzione del danno viene per la prima volta inserita tra le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare ai cittadini (articolo 28 comma 1 lettera k).

Si tratta di una novità attesa da anni e che apre un capitolo decisivo per la tutela della salute e l'assistenza socio sanitaria delle persone con dipendenze patologiche. E pur suscitando perplessità la formulazione dell'articolo 35 sull'assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale - e sapendo che manca la definizione dei Lea dell'assistenza sociale - bisogna ammettere che si tratta di un bel passo in avanti. Anche se l'esperienza di questi anni ci ha insegnato che non basta definire o aggiornare i Lea per garantire il diritto alla salute e alle cure e per assicurarlo in modo uniforme in tutto il Paese. Tanto più di fronte ai tagli che hanno colpito la sanità e il sociale in questi anni.

Era peraltro stupefacente il fatto che nei Lea non fosse compresa la riduzione del danno. Si tratta di una strategia di sanità pubblica, largamente diffusa nel mondo e sancita nei documenti dell'Unione Europa (vedi: Raccomandazioni del Consiglio europeo: "Strategia dell'UE in materia di droga 2013-2020" e "Sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003)". Fa parte dei quattro pilastri indicati per le politiche sulle droghe ("Contrasto al narcotraffico", "Prevenzione", "Cura" e, appunto, "Riduzione del Danno"). Nel dibattito internazionale, e tra le pratiche di molti paesi, è riconosciuta da anni, come ben descrive Grazia Zuffa in "Droga e riduzione del danno"). Le pratiche più note sono la diffusione di siringhe sterili e la somministrazione di metadone, ma certo sarebbe riduttivo e sbagliato limitarsi a queste azioni.

Con la riduzione del danno si è voluto affermare che non è affatto vero ciò che nei decenni precedenti al 1990 si dava per scontato: che l'unica strategia possibile di contrasto alle droghe è quella che punta all'astinenza dal consumo. E' invece possibile "ridurre il danno", cioè migliorare la salute e la qualità della vita, e prevenire ulteriori malattie e sofferenze, dei tossicodipendenti o dei semplici consumatori di sostanze anche in presenza di un uso persistente o addirittura intensivo delle sostanze stesse. I primi fondamentali interventi - e le prime furibonde polemiche - si sono sviluppati intorno agli abusatori di eroina per via iniettiva, cioè quelli che venti anni fa (ma oggi non più) fornivano il paradigma stesso della tossicodipendenza in senso classico. Questa categoria di consumatori di sostanze veniva allora tragicamente falciata per due tipi di cause: le overdosi mortali e il contagio del virus Hiv (e di quello dell'epatite virale) dovuto all'uso ripetuto e diffuso della stessa siringa.

Così, pur tra mille contraddizioni, l'atteggiamento dei servizi pubblici cominciò a mutare; e anche quello del privato sociale iniziò a modificarsi: in particolare, il Gruppo Abele di Torino e Don Luigi Ciotti si esposero in prima linea a favore della "harm reduction", sostenendo fra l'altro fortemente la svolta della stessa Cgil in questo senso (Convegno sindacale di Rimini, 1995). L'espressione inglese, divenuta canonica e tradotta in molte lingue, era stata usata per la prima volta da uno studioso britannico, Pat O'Hare, nel 1992. Esperimenti importantissimi in questo senso erano stati effettuati alla fine degli anni '80 e all'inizio del decennio successivo in Svizzera, Germania, Inghilterra e Olanda. La prima, elementare, eppure attaccatissima misura era stata la diffusione gratuita e massiccia di siringhe sterili. Nello stesso periodo prendeva piede l'uso sistematico del metadone - un derivato dell'oppio - per ridurre il bisogno compulsivo dell'eroina nelle situazioni più croniche.

Presto si è capito, fra gli operatori più aggiornati e motivati – sia dei Sert che del privato sociale – che il metadone è una forma di trattamento sanitario essenziale e salvavita, ma che la riduzione del danno è un'altra cosa e che non è riducibile alla sostituzione di siringhe ("mi dai quella usata e te ne do una nuova") e alla distribuzione di preservativi. Si tratta di due misure essenziali, che sono anche oggi ben lungi dall'essere garantite su tutto il territorio nazionale, ma che non esauriscono affatto le potenzialità di quella che in venti anni si è affermata come una vera e propria "filosofia" dell'intervento sociosanitario in materia di droghe, accanto agli altri tre "pilastri" dell'azione pubblica sul terreno delle sostanze psicoattive che prima ricordavamo: la prevenzione, la cura e la lotta al narcotraffico.

La svolta fu sancita a livello istituzionale da due Conferenze nazionali sulle droghe: quella di Napoli del 1997 e quella di Genova del 2000. La controffensiva non tardò a farsi sentire, con la vittoria elettorale di Berlusconi e Fini del 2001, seguita dalla campagna politico-ideologica sulle droghe e sull'immigrazione, condotta in prima persona dal leader della destra postfascista. L'approvazione della legge Fini-Giovanardi nel gennaio del 2006 fu preceduta e seguita da una guerra feroce e silenziosa praticata giorno per giorno, servizio per servizio, contro la riduzione del danno e contro gli operatori più innovativi. Tuttavia tra gli operatori dei servizi è cresciuta e si è diffusa un'opinione condivisa: che la "guerra alla droga", centrata su politiche di criminalizzazione del consumo, frutto di un approccio esclusivamente ideologico, non sia stata in grado di rispondere agli obiettivi prefissati e che anzi che abbia disturbato e distorto le attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei servizi. In questo modo la riduzione del danno stata confinata a scelte regionali, perfino di singoli servizi, e come sperimentale. La conseguenza è stata spesso la precarizzazione cronica di operatori e di strutture che, in molti casi, non hanno nulla da invidiare, per dinamismo e capacità innovativa, ai più sofisticati modelli del Nord Europa.

Certo non basta una riga dei LEA sanitari ad affermare la riduzione del danno come pratica dei servizi e come diritto esigibile dei cittadini. Come nel caso di tutte le altre prestazioni riconosciute nei Lea. Qui vuol dire attrezzare i servizi - e formare il personale - per poter fronteggiare sia la domanda tradizionale che i nuovi bisogni, agendo in tutti i contesti in cui si fa uso di sostanze. Servono programmi, finanziamenti adeguati e soprattutto investimenti nella qualità del lavoro degli operatori, fattore decisivo per dare qualità ai servizi pubblici e del privato sociale, che insieme costituiscono il sistema di welfare per la tutela della salute e le cure nel campo delle dipendenze. Per questo insistiamo affinché tra le iniziative del "Cartello di Genova" (che vede tra i promotori la Cgil insieme alla Funzione Pubblica) vi sia una specifica linea di lavoro dedicata anche all'attuazione dei nuovi Lea.