

Linda Lombi

Le politiche della droga in Europa

Prevenzione, gestione e recupero

TEORIA
METODOLOGIA

Salute e
società



FrancoAngeli

Capitolo 2

I contesti degli interventi nel 2010

Poiché già vi sarete resi conto del carattere prismatico delle situazioni in cui si rende necessario intervenire riguardo ai fenomeni delle dipendenze, penso utile esaminare, a questo punto, i tipi di interventi posti in essere, diversificandoli sulla base della condizione in cui si trovano le persone nella loro percezione ed espressione dei bisogni, nonché alla luce delle modalità di inclusione/selezione prevista dagli interventi stessi.

Si usa il termine “soglia” per segnalare livelli diversi d'intervento secondo parametri quali:

- la percezione/rappresentazione della propria situazione e dei propri bisogni; parametro, questo, all'interno del quale è massima la differenziazione proposta dallo scenario attuale, sia in termini di negazione del problema, sia in termini di reali e notevoli differenze delle situazioni personali;
- la capacità di esprimere una domanda che orienti l'intervento; parametro che, semplificando, propone una polarità tra richieste di tipo clinico ed assistenzialistico e richieste, spesso ridotte, di tipo riabilitativo finalizzate al recupero, rapido, della propria *performance* psicosociale;
- la disponibilità/possibilità di avviare un processo di trasformazione e cambiamento; parametro che, di necessità, introduce a una massiccia diversificazione degli strumenti, degli obiettivi e dell'orizzonte complessivo dell'intervento.

Concorrono a definire la soglia di intervento anche i parametri di inclusione/esclusione previsti ai vari livelli operativi. Ad esempio, se in un progetto di bassissima soglia l'assenza di sobrietà non ha motivo d'essere e incidere, al contrario in un progetto di alta soglia può essere un parametro di esclusione/espulsione dal trattamento in atto. È sensato, tuttavia, ragionare in termini di includere ed escludere in virtù

della diversità tipologica che le persone mostrano. Ad esempio, è improprio includere un consumatore di cocaina per via iniettiva, con una storia di tossicodipendenza cronica, in un trattamento breve, quanto lo è proporre una comunità a lunga degenza ad un cocainomane puro integrato. Oggi dovrebbe essere logico seguire linee molteplici d'azione che non escludano nessuno dalla cura, ma che esprimano e contengano effettive forme di diversificazione.

Nell'introdurre uno schema delle operatività di base, è intenzione di questo scritto porre l'attenzione sulla congruenza o meno delle linee guida alle caratteristiche proposte dalla nuova popolazione di consumatori.

Soglie degli interventi

Interventi di Bassissima Soglia

Si tratta di interventi che avvengono prevalentemente "in strada", cioè fuori da un contesto strutturato di riferimento, in un'ottica di riduzione del rischio e del danno correlati; la maggior parte di tali modelli d'azione è riferibile alla fine degli anni ottanta, in tempi e con modi differenti nei differenti territori.

Il fattore centrale in tale tipo d'intervento è la stretta prossimità dell'operatore alle persone e agli scenari in cui esse si trovano ad essere. Sono azioni dirette a soggetti fortemente emarginati, che non chiedono nulla e che spesso non hanno collegamento con i livelli istituzionali di cura. A titolo esemplificativo e senza eliminarne le diversità, numero migranti spesso clandestini, prostitute, tossicodipendenti, senza fissa dimora e altre persone in condizioni simili.

Tali interventi possono assumere la fisionomia di *unità di strada e unità mobili*, cioè di gruppi di operatori che presidiano aree critiche del territorio e di automezzi che si spostano quotidianamente nelle zone calde delle città. Forniscono sostegno e orientamento e consentono, in alcuni casi, trattamenti farmacologici e di *screening* delle malattie connesse alla condizione tossicomane, quali somministrazione di metadone, programmi di scambio di siringhe e profilattici, esami del sangue, ecc.

Come s'intende, sono interventi modulati prevalentemente su componenti della popolazione difficili o estreme. All'operatore è, perciò, richiesta una consapevolezza realistica sugli obiettivi degli interventi ed anche sulla loro pericolosità potenziale. Va, conseguentemente, pre-

scelto uno stile di relazione pragmatico, fondato sulla semplicità e immediatezza della proposta e non sull'insistenza nella stessa. Avviene spesso che tale modalità di azione venga "ricollocata" sul versante dei nuovi stili di consumo, cercando di rimodellarne le caratteristiche operative, ma non modificandone le logiche di fondo. Al contrario, la prevenzione del rischio nelle nuove tipologie di consumo passa, in prevalenza, da altri canali e si manifesta in situazioni integrate e compatibili con la normalità della vita.

Tale scollamento rende a volte impossibile nei servizi una ridefinizione dei modelli d'azione orientati sulla prossimità. Oggi la parola prossimità, se non è agganciata a pratiche coerenti con le caratteristiche dei nuovi profili di consumatori, rischia di essere una parola vuota, senza una prospettiva reale di progettazione e azione.

Interventi di Bassa Soglia

Si tratta spesso di interventi svolti in ambienti diurni o residenziali, quali diurni di bassa soglia (i cosiddetti *coffee shop*), dormitori, ripari notturni, e simili. Sono previste prevalentemente azioni di base di tipo sociosanitario, finalizzate al miglioramento della qualità della vita, quali la fornitura di buoni pasto, il reperimento di sistemazioni notturne, la divulgazione di informazioni mirate alla cura spesso realizzate sotto forma di *sportello aperto al pubblico*. Non è, tuttavia, infrequente che in luoghi simili gli operatori intercettino richieste di aiuto più articolate, che aprono all'utilizzo di strumenti più avanzati quali il *counselling* motivazionale e la predisposizione di gruppi psicoeducativi ad hoc, come i *peer groups*, vale a dire un utilizzo delle relazioni tra pari per trarne un gruppo spontaneo; i *focus groups* o gruppi tematici; per esempio sulla disintossicazione, i rapporti sessuali, le comunità terapeutiche, ecc.; il *training* d'apprendimento di abilità, costruito in prevalenza mediante attività di laboratorio, quali i laboratori teatrali, informatici, ecc.

In questi interventi l'abilità (*skill*) degli operatori consiste nel recepire e dare voce alle richieste che gli utenti esprimono per costruire le precondizioni di un percorso autenticamente riabilitativo. Cruciale per la riuscita di tale tipo di azioni è la virtù sociale della costanza, della perseveranza dell'educatore nella ricerca spesso estenuante dei contatti e dei passi formali e istituzionali che possano rispondere ai bisogni. Alcuni esempi di merito possono essere utili: promuovere la presa in carico da parte dei Ser.T.; segnalare ai medici dei reparti ospedalieri infettivi l'esigenza di analisi; contattare gli assistenti sociali; e, talvolta, raggiungere con esiti dubbi familiari di altri territori, con cui i sog-

getti in questione abbiano interrotto ogni rapporto, per tentare una conciliazione familiare. La maggior parte dei servizi di questa natura è nata all'inizio degli anni novanta, con un notevole incremento e sviluppo alla fine dello stesso decennio (Bissolo e Fazzi 2006).

Il profilo prevalente di simili servizi di frontiera, collocati in uno spazio neutro di incontro con il disagio, è di essere servizi per tossicodipendenti marginali e per altre forme acute di disagio sociale; è improbabile che vi si possa avvicinare un giovane, cocainomane o con consumi di altra natura, che il malessere sociale oggi manifesta. La logica, però, dei luoghi neutri di incontro, accessibili e non automaticamente legati ad una progettualità clinico-pedagogica, mostra aspetti sensati e spendibili. Sarebbe proficuo ragionare, ed esperienze in questa direzione esistono, su servizi per consumatori, su centri di consulenza aperti alla cittadinanza, dove sia possibile aprire una finestra sul sommerso, e lo sarebbe anche intervenire sul tessuto sociale stesso, stimolando la sua capacità di risposta a situazioni non ancora chiaramente morbose o tossicomane (Marino e Serpelloni 2008; Dionigi e Pavarin 2010).

Interventi di Media Soglia

Si tratta di interventi già orientati in senso progettuale. Si danno, quindi, con persone in carico a servizi istituzionali di cura/riabilitazione sia pubblici sia privati, e sono finalizzati a un eventuale percorso di cambiamento. Sono azioni in cui la soglia di consapevolezza, lo spessore della relazione tra il professionista ed il soggetto sono più evoluti. Possono svolgersi in centri residenziali o in percorsi diurni strutturati con obiettivi legati all'inquadramento diagnostico, alla disintossicazione, alla valutazione del percorso più idoneo; sono progetti a orientamento multidisciplinare, che possono coinvolgere in misura considerevole persone della rete relazionale di riferimento del soggetto interessato. Tale tipo di offerta, presente in modo esponenziale nei servizi accreditati, intercetta e sovrappone spesso tipologie di persone estremamente varie. I COD (Centri di Osservazione e Diagnosi) sono una delle unità di offerta utilizzate in prevalenza per rispondere alle situazioni di crisi, per orientare le persone verso progetti di cura o non cura idonei ai bisogni individuali. In una logica di ottimizzazione delle risorse è difficile pensare a diversificazioni spinte dell'offerta. Tuttavia, la compresenza di giovani policonsumatori, pazienti a doppia diagnosi, utenti cronici (eroinomani e/o alcolisti) tende spesso a rendere prevalente la fisionomia della relazione clinico/assistenziale, dell'offerta di cura a bassa o media richiesta evolutiva e di prospettive progettuali (comunità terapeutiche,

borse lavoro, reinserimenti protetti, ecc.) commisurate ai bisogni della quota "storica" di utenti afferenti a tali servizi. Altri tipi di azione, a diversa intensità e di taglio psico-educativo, idonei a tipologie meno compromesse di persone, ma non per questo meno necessitanti interventi mirati, sono sporadici e, spesso, legati alla casualità dell'offerta per come si presenta in un singolo territorio. In direzione di un cambiamento auspicabile, proporremo più avanti un esempio di progettualità dedicata a nuove precise fisionomie di persone/utenti/pazienti.

Interventi di Alta Soglia

Tali interventi sono orientati alla remissione piena dell'uso di sostanze, al recupero completo del funzionamento psicofisico, al reinserimento nella società del soggetto preso in carico. L'obiettivo centrale è quello di ricostruire le condizioni per una gestione autonoma della propria esistenza. Gli interventi elettivi in quest'area sono quelli propri alla Comunità Terapeutica, ai percorsi diurni di tipo specialistico, alle terapie ambulatoriali o gruppal finalizzate al cambiamento. Centrale in progetti siffatti è la facilitazione dell'ingresso nel mondo del lavoro, l'inserimento in una rete di relazioni sane nel mondo esterno, la ricostruzione degli aspetti positivi della vita antecedenti alla tossicodipendenza. In tale ambito, oggi utilizzato spesso in modo improprio come luogo esclusivo di contenimento, il sistema dei servizi privilegia gli interventi specialistici quali: la comunità e/o i moduli per la doppia diagnosi; la comunità e/o i moduli per madri con bambino; la comunità e/o i moduli per alcolisti; le strutture specialistiche per patologie infettive acute. Il profilo dei trattamenti è molto complesso, con un difficile bilanciamento tra componenti mediche ed educative, sanitarie e sociali. Gli interventi di alta soglia offrono il contesto principe in cui deve essere progettata e collocata l'operatività rivolta ai nuovi fenomeni di consumo, a patto che se ne ridefiniscano le modalità d'accesso, le durate dei trattamenti, gli strumenti dell'offerta terapeutico-educativa e che si ragioni a fondo sul ruolo della farmacoterapia da proporre (Rigliano 2009).

È corretto sottolineare come l'offerta terapeutica abbia aggiornato notevolmente le prassi, specie in ordine al tema della comorbidità. I pazienti a doppia diagnosi, e questi sono tali, hanno stimolato alla pratica dell'integrazione, che costituisce, come la ricerca evidenzia, il modello di riferimento dell'attuale clinica delle tossicodipendenze. Questa tipologia di persone, rappresenta, in verità, anche un anello di congiunzione tra vecchi e nuovi tipi di consumo, dato che la manifesta-

4. La riduzione del danno

Soprattutto a causa della diffusione dell'AIDS – ma anche in relazione all'aumento dei casi di overdose legati al consumo di eroina²³ – nel corso degli anni Ottanta del secolo scorso alcuni studiosi, operatori e *policy makers* sottolinearono come le politiche orientate dai principi ispirati dal regime proibizionista fossero incapaci di far fronte all'emergenza sanitaria che la nuova pandemia andava sviluppando. In questo periodo si iniziò a parlare di una svolta – nota come Nuova Sanità Pubblica – che sottolineò l'importanza di responsabilizzare maggiormente i cittadini e la società civile sulle scelte in grado di influenzare la salute [Zuffa 2000; Marlatt 1996]. In generale, si ritenne quanto mai necessario proporre strategie di intervento che spostassero l'attenzione, in modo potremmo dire pragmatico, dal consumo di droghe alle conseguenze di tale fruizione: così sorse il movimento della riduzione del danno (*harm reduction approach*).

Gli interventi basati sulla riduzione del danno si sviluppano nel corso degli anni Ottanta in Olanda (paese che primo ha intrapreso la pratica di distribuire siringhe sterili per scongiurare il contagio dall'Hiv tra eroinomani) e in Gran Bretagna (il modello cosiddetto Mersey, dal nome della zona nel quale si diffuse che coinvolge l'area di Liverpool [Ashton, Seymour 2010]).

In una prima fase alcuni Stati, come la Francia, la Germania e la Grecia, si sono mostrati restii ad applicare le misure afferenti all'approccio della riduzione del danno, optando piuttosto per politiche che promuovessero l'astinenza. Al di fuori del continente europeo, maggiori resistenze sono emerse in paesi come gli Stati Uniti (oggi nella pratica superate), il Giappone e la Russia (ad oggi, ancora presenti). Attualmente, tutti gli Stati dell'Unione europea prevedono varie misure ispirate all'*harm reduction* tanto che, anche in virtù di quanto previsto a partire dal primo Piano d'azione europeo (2000-2004), la riduzione del danno è entrata ufficialmente a far parte delle strategie adottate dall'UE per contrastare le conseguenze associate al consumo di sostanze psicotrope [Cook *et al.* 2010].

Levine [2002] definisce la riduzione del danno come un movimento che opera all'interno di politiche proibizioniste con l'intento di contrastare approcci fondati sulla criminalizzazione dei consumatori e la loro conseguente punizione con orientamenti fondati sulla decriminalizzazione e sulla regolazione.

²³ Nei 15 paesi allora aderenti all'UE, tra il 1985 ed il 1995 si registrò un incremento del 150% dei casi di overdose per eroina e nel 1995 il 40% delle infezioni di HIV erano correlate all'assunzione di droghe (prevalentemente eroina) per via endovenosa [Hedrich *et al.* 2008].

Secondo quanto afferma l'*International Harm Reduction Association*, la riduzione del danno può essere considerata come un orientamento di intervento che promuove politiche e programmi volti a ridurre le conseguenze negative in termini sociali, sanitari ed economici legate ai cambiamenti negativi che le sostanze provocano sui singoli consumatori, le loro famiglie e le loro comunità [Cfr. <http://www.ihra.net>], senza tuttavia imporre necessariamente la cessazione o la riduzione del consumo [Einstein 2007]²⁴.

La riduzione del danno, come detto, non si prefigge come scopo principale l'astinenza, ma semplicemente pone tale obiettivo in posizione secondaria. Al contrario, rappresenta un obiettivo prioritario in primo luogo l'adozione di comportamenti che riducano la pericolosità dell'assunzione di sostanze psicotrope: l'esempio classico è quello della distribuzione di siringhe sterili tra gli eroinomani per scongiurare il contagio dal virus dell'Hiv e da quello delle epatiti. Pertanto, l'*harm reduction* insiste sul ruolo rivestito dall'informazione quale presupposto imprescindibile per la valutazione dei rischi da parte del soggetto che decide di assumere droghe, legali e non. Per sintetizzare, dunque, potremmo dire, con le parole di Biffi [2007: 9], che la riduzione del danno «punta sull'aumento delle conoscenze e della consapevolezza dei consumatori in relazione alle sostanze ed ai rischi connessi alla loro assunzione, nonché a creare le condizioni perché si riducano i rischi derivanti dall'assunzione di sostanze o da particolari comportamenti [...] accrescendo le competenze dei soggetti, affinché siano in grado di adottare comportamenti di autotutela, e modificando le condizioni ambientali per creare ambienti più sicuri».

L'approccio fondato sulla riduzione del danno – sostiene Marlatt [1996] – considera gli effetti negativi legati al consumo di droga lungo un continuum come fossero disposti su un termometro. Gli interventi, secondo questa logica, mirano pertanto ad «abbassare la temperatura». «In questo senso, l'astinenza è concepita come il punto finale ideale lungo un continuum ai cui vertici si collocano il rischio massimo e la mancanza di rischi» [Marlatt 1996: 786].

²⁴ Concettualmente, sono necessarie qui alcune specifiche. Mentre in Italia si parla genericamente di riduzione del danno, nella lingua inglese ci sono alcune distinzioni terminologiche che sono state sviluppate soprattutto in Australia dove si distinguono tre espressioni: parlando di *harm reducing* si fa riferimento agli interventi, ai programmi e alle politiche che, mirando a ridurre i danni associati al consumo di droghe, cercano di ridurre anche i tassi di prevalenza d'uso nella popolazione, mentre con l'espressione *harm reduction* l'obiettivo di ridurre il numero dei consumatori è uno scopo secondario; infine, l'*harm minimisation* mira a ridurre tutti i danni legati al fenomeno del consumo di sostanze operando attraverso strategie che, contemporaneamente, operano nella riduzione dell'offerta, della domanda e dei rischi [Weatherburn 2008; Wodak, Saunders 1995]. Per altri autori, si deve necessariamente considerare come la riduzione dell'uso rappresenti una forma di riduzione del danno [Pollak 2008; MacCoun 1998].

I sostenitori di questo modello si pongono in contrapposizione verso i difensori della criminalizzazione sia per questioni di merito (il proibizionismo è una violazione dei diritti umani) sia di sostanza (il proibizionismo è inefficace nel risolvere il problema e crea effetti collaterali). Secondo Hunt [2004] è possibile individuare due orientamenti prevalenti all'interno di questo modello: uno fondato sul diritto debole, che enfatizza soprattutto le giustificazioni in termini sanitari dell'approccio, e uno fondato sul diritto forte, che insiste sul diritto individuale di drogarsi. L'*harm reduction* si pone allora come approccio amorale che riconosce l'impossibilità di creare una società *drug free* e, dato che una società senza droghe è utopistica, che risulta più pragmatico intervenire riducendo i rischi di un fenomeno che non si può arginare. La strada da percorrere diventa allora quella della realizzazione di programmi rivolti a tutte le sostanze psicoattive (non solo quelle illegali) dato che l'obiettivo è migliorare le condizioni di salute della popolazione indipendentemente dalla definizione di pericolosità imposta dal sistema giuridico e legislativo, che si fonda più su questioni storiche e culturali piuttosto che scientifiche.

Per sintetizzare, possiamo affermare come i punti di rottura e le conseguenze di questo approccio possano essere così sintetizzati [Ritter, Cameron 2005; Tammi, Hurme 2007; Strafford 2007]:

- i consumatori di sostanze sono considerati in modo neutrale (sono cittadini) e non moralistico (ovvero non sono considerati nella veste di devianti); risulta centrale la riduzione dello stigma associato al consumo di sostanze, considerato come una delle possibili condotte ad alto rischio per la salute ed il benessere psico-fisico;
- l'attenzione è rivolta anche alle sostanze legali (in primis, alcol e tabacco);
- sono favoriti i programmi a bassa soglia (*low-threshold programs*), ovvero interventi volti a incrementare la partnership e la collaborazione con la società civile; questi programmi cercano di raggiungere gli utenti nei setting informali attraverso interventi *bottom-up*, svolgendo una funzione di aggancio, cioè di intervento precoce verso la marginalità, rappresentando uno snodo fra i consumatori e i servizi di riabilitazione e cura;
- la fruizione di droghe è intesa quale esito di una risposta inadeguata al tentativo di fronteggiare le situazioni (*maladaptive coping response*) anziché quale condotta immorale o frutto di una malattia [Marlatt 1996];
- le politiche sulle droghe devono essere definite sulla base di un approccio scientifico e non sull'ideologia.

A scopo comparativo, potremmo dire che, dove il proibizionismo afferma un ruolo dello Stato di tipo collettivista (il singolo appartiene alla collettività e l'interesse comunitario deve sempre prevalere su quello individuale), l'approccio fondato sulla riduzione del danno propone un orientamento indi-

vidualista (l'individuo è libero d'agire anche se la sua condotta va a proprio svantaggio); laddove il proibizionismo promuove esclusione (il consumatore è un deviante e va emarginato), la riduzione del danno auspica l'inclusione (il consumatore è un membro della comunità); ancora, se possiamo definire dogmatico il primo orientamento, possiamo considerare pragmatico il secondo (le politiche sulle droghe devono tenere conto delle condizioni specifiche del fenomeno); infine, laddove il proibizionismo propone un orientamento di tipo paternalistico (i drogati devono essere puniti o curati), l'*harm reduction* promuove l'emancipazione (i soggetti debbono decidere consapevolmente) [Tammi, Hurme 2007].

Le politiche di riduzione del danno comprendono interventi diffusi tra i quali i più noti sono: lo scambio di siringhe, le stanze del buco, la distribuzione di naxolone (un farmaco impiegato per la riduzione dei rischi di overdose legate al consumo di eroina), la distribuzione gratuita di condom per prevenire le malattie sessualmente trasmissibili [IDCP 2010].

I critici delle politiche di riduzione del danno poggiano la propria posizione su argomentazioni che richiamano ancora una volta il modello morale: il rischio principale dell'*harm reduction* si colloca sul possibile messaggio incoraggiante o, per lo meno, tollerante rispetto alle pratiche di consumo, in quanto suggerire un consumo orientato alla limitazione dei danni o realizzato in condizioni di sicurezza può comportare la percezione che non sia la fruizione in sé ad essere negativa, bensì quella irresponsabile che non tiene conto dei rischi.

Anche il modello biomedico (cfr. cap. 1 § 2) che, lo ricordiamo, considera il consumo di droghe solo nella veste di malattia, è richiamato a supporto dell'orientamento critico verso la riduzione del danno: la tesi avanzata è quella che le proprietà additive delle droghe non consentono un uso responsabile e autocontrollato per cui si rende necessario non fornire messaggi volti a ridurre i danni, ma bisogna insistere sul divieto di consumo.

5. Dalle politiche relative all'offerta agli interventi concernenti la domanda: il modello prevenzione, gestione, recupero

La critica al regime proibizionista trova oggi sostegno non solo da parte di alcuni gruppi di consumatori e isolati antiproibizionisti: anche le organizzazioni internazionali riconoscono il mancato raggiungimento degli obiettivi che i tre Trattati, fulcro del sistema, si erano posti. Tuttavia, chi invoca un cambiamento di rotta sa bene che con queste tre Convenzioni bisogna fare i conti ed il mutamento auspicato pare andare nella direzione di garantire una certa

flessibilità e capacità di adattamento a livello nazionale senza mettere in crisi l'intero sistema.

Rispetto alle modifiche dei Trattati sono possibili diverse strade, sebbene tutte piuttosto ardue [Bewley-Taylor 2003; Transform Drug Policy Foundation 2009]. La prima è quella della revisione che può essere adottata su iniziativa della WHO oppure, per la Convenzione del 1988, dell'INCB, o ancora, attraverso la proposta di uno stato aderente. Attraverso questa strada, per esempio, si può spostare una sostanza da una tabella ad un'altra oppure eliminarla dall'elenco delle sostanze interdette. Tentativi sono stati fatti in passato, ma l'egemonia statunitense, appoggiata da Stati come la Svezia, molti paesi dell'ex Unione sovietica e della penisola araba, ha sempre impedito ogni riforma. La seconda strada è quella di apportare emendamenti: in questo caso, uno Stato propone una modifica al testo delle Convenzioni e lo presenta al segretario generale dell'ONU che lo trasmette al Consiglio economico e sociale, il quale a sua volta può indire una conferenza oppure trasmettere la richiesta di emendamento agli Stati firmatari. Se entro 18 mesi non ci sono opposizioni, l'emendamento si intende acquisito. Tuttavia, problemi legati al numero legale dei votanti, ad esempio, oppure alle differenze nazionali rispetto ai processi di modifica tra i tre trattati rendono l'introduzione di cambiamenti quasi una missione impossibile.

È prevista anche la possibilità di una defezione da parte di un singolo Stato attraverso una lettera che chiarisca i motivi del dissenso che hanno determinato questa decisione. Questa via, sebbene contemplata, se percorsa comporta chiaramente ripercussioni severe per lo Stato che decide di venire meno agli accordi siglati che potrebbe essere accusato di voler sostenere il narcotraffico internazionale. Come sopra asserito, la soluzione che più sovente viene abbracciata nei casi di conflitto con parte degli accordi internazionali è quella di sfruttare le scappatoie previste dalle Convenzioni chiamando in causa per esempio il rispetto dei principi costituzionali [Boekhout van Solinge 2002]. Tuttavia, c'è chi contesta il ricorso a questi *escamotages* invocando la necessità di cambiamenti sostanziali di rotta: modifiche ai Trattati sono possibili in teoria, ma la pratica ha rivelato che ciò risulta assai difficile, anche se i paesi che stanno applicando politiche non in linea con lo spirito degli accordi internazionali aumentano [Transform Drug Policy Foundation 2009].

Quanto affermato nel report "War on Drugs", diffuso recentemente dalla *Global Commission on Drugs Policy* [2011] – organizzazione internazionale diretta da un panel di importanti uomini politici della nostra epoca, come per esempio il già segretario dell'ONU, Kofi Annan – rappresenta sicuramente una chiave di volta rispetto al dibattito sulle politiche internazionali, non tanto per le novità relative ai contenuti, quanto piuttosto per la fonte che li ha prima

riconosciuti e poi diffusi. L'incipit del report non lascia spazio ad interpretazioni diffidenti: «La guerra globale alle droghe ha fallito» [Global Commission on Drugs Policy 2011: 2] e ne consegue che i governi debbono investire in programmi di controllo della domanda e riduzione del danno più che in politiche fondate sul proibizionismo dato che l'espansione dei mercati delle sostanze illecite testimonia le profonde criticità di tale orientamento politico. A pag. 11 si definisce addirittura il proibizionismo un costoso errore e si incoraggiano i governi nazionali a porre fine alla criminalizzazione del consumo di sostanze psicoattive e al processo di marginalizzazione e stigmatizzazione dei consumatori di droghe il cui uso non apporta danni alla collettività. Ancora, il report afferma quanto sia importante sviluppare studi per la diffusione di nuove strategie di prevenzione (basate soprattutto su approcci da ricondursi alla promozione di abilità sociali e alla *peer education*, di cui avremo modo di parlare nel prossimo capitolo) e di trattamento (oggi fondate prevalentemente su metadone e buprenorfina). Non è possibile – si legge ancora nel report – strutturare le politiche sulla base delle ideologie e della convenienza politica, ma è necessario (anche da un punto di vista economico, dati gli alti costi del proibizionismo) progettare interventi che siano ancorati a precisi obiettivi di natura scientifica, sanitaria, etica e di sicurezza.

I trend attuali di consumo di alcol e droghe fanno presagire un aumento dei consumi ed una moltiplicazione delle sostanze in circolazione che solo in minima parte sono influenzati dai regimi di controllo dell'offerta [MacGregor 1999]. Dato questo scenario e in relazione al fallimento del tentativo di controllare l'offerta, il futuro delle politiche sempre più pare muoversi nella direzione di spostare l'attenzione nella direzione del controllo della domanda che, operativamente, significa agire secondo una logica progettuale di intervento volta a scongiurare e/o a ridurre la richiesta di sostanze psicotrope da parte della collettività. Tuttavia, come sostiene Boekhout van Solinge [2002: 136-7], «Sebbene le dichiarazioni dell'Unione europea sottolineino l'adozione di un approccio bilanciato tra riduzione della domanda e dell'offerta, le misure d'intervento adottate suggeriscono il contrario: la riduzione della domanda – sia nei paesi dell'UE sia in paesi terzi – è ancora uno slogan che rende ancora poco nella pratica».

Nei prossimi capitoli svilupperemo la riflessione sulle politiche dal punto di vista della domanda, riprendendo ed ampliando un modello presentato in altra sede [Cipolla, Lombi 2011]. In tale contributo si è discusso come la riduzione dei consumi rappresenti un obiettivo raggiungibile pensando ad interventi disposti lungo una logica sequenziale, suddivisi sulla base del rapporto con le pratiche di fruizione e le loro ricadute sia in termini individuali che collettivi.

Tab. 1 – Il modello prevenzione, gestione e recupero

	Prevenzione	Gestione	Recupero
<i>Target</i>	Soggetti che non hanno sperimentato l'uso di sostanze	Soggetti che hanno sperimentato l'uso di sostanze, ma che non hanno sviluppato una fruizione problematica	Individui che hanno sviluppato un uso problematico
<i>Scopo</i>	Scongiorare l'uso di sostanze psicotrope	Scongiorare i rischi connessi all'uso delle sostanze psicotrope	Reintegrazione del soggetto e recupero di uno stato di benessere socio-psico-fisico
<i>Modello generale di intervento (esempi)</i>	Interventi informativi	Interventi informativi	Disintossicazione
	Programmi fondati sull'acquisizione di abilità sociali e personali	Interventi a bassa soglia	Terapia farmacologica e trattamenti sostitutivi
	Educazione fondata sui pari	Regolazione della produzione, distribuzione e acquisto	Interventi psico-sociali
	Prevenzione di comunità		Gruppi di auto-mutuo aiuto
	Marketing preventivo		
<i>Metodo</i>	Persuasione al non uso	Scoraggiamento verso l'uso irresponsabile	Presa in carico, mantenimento e reinserimento sociale
<i>Coinvolgimento dei destinatari</i>	Impegno di tempo e di sforzo ridotti	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzo maggiori rispetto alla prevenzione	I programmi richiedono ai destinatari tempo e sforzi maggiori rispetto alla gestione
<i>Agenti dell'intervento</i>	Operatori multiprofessionali, mass media, agenti della socializzazione primaria e secondaria, comunità	Esperti (prevalentemente non di area medica)	Esperti prevalentemente di area medica per la fase del trattamento
		Policy makers	Esperti prevalentemente di area sociale per il reinserimento sociale
<i>Costi</i>	Moderati	Elevati	Molto elevati

Fonte: adattato da Cipolla, Lombi [2011: 193]

Sinteticamente, allora, gli interventi che operano nella direzione del controllo della domanda di sostanze psicotrope, sia legali che illegali, possono essere così suddivisi:

- 1) *la prevenzione*: l'area della prevenzione deve intervenire secondo una logica anticipatoria rispetto al consumo, con l'obiettivo di scongiurarlo; in letteratura, tuttavia, si sono affermate definizioni di che cosa si intenda per prevenzione che rivelano ambiguità, incongruenze e lacune che saranno discusse nel prossimo capitolo dedicato interamente a questo ambito di intervento;
- 2) *la gestione*: quando il consumo è già in atto, ma ha una natura non problematica sia a livello individuale che collettivo, esso va trattato secondo un approccio volto a contenere le conseguenze negative della pratica affinché essa non degeneri in un quadro di uso problematico a cui si associano problemi in termini sanitari e sociali;
- 3) *il recupero*: tale fase si rende necessaria nel caso in cui il consumatore di sostanze abbia sviluppato una condotta tossicomane con rilevanti ricadute in termini, per esempio, di esclusione sociale, emarginazione, morbidità, azioni criminose, malessere psico-sociale; la fase del recupero include sia forme di trattamento sia interventi di reinserimento sociale (politiche formative, del lavoro e dell'abitazione).

Come di evince dalla Tab.1, il modello prevede un'intensità crescente di impegno e risorse dalla fase della prevenzione a quella del recupero: quest'ultima riguarda, infatti, coloro che hanno sviluppato una condotta tossicomane e hanno esperito conseguenze di natura sanitaria, sociale e relazionale connesse all'uso di sostanze di ingente portata che richiedono uno sforzo significativo per il ripristino di uno stato di benessere psico-fisico. Tuttavia, le tre fasi vanno considerate come egualmente importanti all'interno delle politiche di intervento nell'area della riduzione della domanda.

Nei prossimi capitoli tali fasi saranno oggetto di approfondimento e discussione.