

ta presente sul territorio, delle eventuali necessità di modifiche dell'offerta, di sperimentazione di percorsi innovativi che rispondano al mutare del fenomeno.

Riguardo alla prevenzione, pur in assenza di una legislazione nazionale sui giovani, le Regioni concordano sul fatto che per ottenere risultati significativi sul piano della prevenzione primaria, occorre investire risorse nelle politiche per i giovani, in una prospettiva fortemente permeata di principi etici e attenzioni pedagogiche.

Tali politiche, la cui titolarità prevalente è dell'Ente Locale, vanno attuate con la collaborazione di tutti i soggetti pubblici e del Terzo settore, da coinvolgere, ciascuno con responsabilità e ruoli diversi, fin dalla fase di lettura dei bisogni e di definizione dell'offerta, senza mai trascurare la ricerca e la sperimentazione di soluzioni innovative adeguate alle complesse trasformazioni dei bisogni stessi.



**Riduzione  
Del  
Danno.  
Un  
Decennio  
Di  
Risultati  
e Qualche  
Sfida  
Aperta.**

Susanna  
Ronconi

La grande e partecipata Conferenza per un progetto delle Regioni sulle dipendenze (organizzata a Bologna dal cartello di associazioni e comunità *Non incarcerate il nostro crescere* e da sette amministrazioni regionali il 7 e 8 febbraio 2005) non è stata solo una riunione di *resistenti* alla controriforma Fini-Mantovano, anche se il rischio che il codice penale, e solo esso, prenda possesso esclusivo del corpo del consumatore di droghe è troppo grande per non raccogliere tutte le proprie forze e fare un'opposizione dura, senza negoziazioni possibili. Perché non è negoziabile un paradigma morale, che vuole le droghe ontologicamente nemiche e i consumatori etichettati come devianti. Tuttavia *resistere* vorrebbe dire che c'è un tempo cui vorremmo tornare o in cui vorremmo restare. Non è proprio così. Capita spesso di sentir dire a un operatore che opera 'in frontiera', nella riduzione del danno (**rdd**), nei servizi a bassa soglia, nei luoghi informali della strada e del primo contatto con chi usa sostanze, che non ci sono mai stati *governi amici*.

Certo, la **rdd** è stata ed è la prima vittima del disegno governativo. Non si può, dentro un paradigma morale, accettare un approccio che dimostra nella prassi i suoi tre assunti fondamentali:

- che non tutte le droghe hanno gli stessi effetti su tutti gli individui e che molto spesso il loro consumo rimane "non problematico";
- che i danni portati dal consumo, quando ci sono, sono più dovuti alla costruzione sociale del fenomeno e alle risposte o reazioni del contesto che non alla chimica delle sostanze stesse;
- e che i consumatori anche problematici, a certe condizioni, hanno in sé tutte le capacità di agire come qualsiasi altro attore sociale, autoregolandosi, limitando i rischi, operan-

do cambiamento, trovando strategie individuali e attivando il proprio contesto.

Un tale paradigma, insomma, si pone come seccamente alternativo a quello morale, mentre consente- non sempre, ma a certe condizioni sì- di convivere con l'altro paradigma forte delle dipendenze, quello medico, che tuttavia si trova muto rispetto a tutta la partita- che riguarda i più, milioni di persone- del consumo non problematico e del complesso reticolo di significati che avvolge l'esperienza umana della alterazione.

### LE POTENZIALITÀ DI UN PARADIGMA

Tuttavia, non è solo un problema della destra, un problema di oggi. Nonostante le evidenze della prassi di un decennio, la **rdd** non ha potuto conquistare ancora la dignità di un apporto paradigmatico. In altre parole: non ha prodotto cultura, non ha sedimentato un nuovo, diverso *sensu comune*. Anche per questo la svolta portata dal governo di centrodestra è stata così facile, non ha incontrato- per fare un parallelo- le stesse resistenze che ha trovato la ventilata riforma della legge 180, rispetto alla quale si è visto che ormai quasi tutti, comunque, pensano che il *matto* sia un cittadino. Non così avviene per il tossicodipendente. E la politica, anche quando non era di destra, non ha dato buone sponde a questa azione culturale.

È importante ragionare su questo blocco, senza forzare il quale si è destinati a girare dentro la porta girevole dell'eterno mix devianza-malattia, mutando al più i dosaggi tra l'uno e l'altra, e a riportare senza fine gli insuccessi di sempre.

Eppure, e comunque, il decennio passato ha saputo mettere all'ordine del giorno, con la costruzione di tanti interventi e i loro successi, un approccio antro-po-sociale, che ha teso a forzare l'abbraccio mortale malattia-devianza, per introdurre anche nelle dipendenze il linguaggio moderno della complessità e anche, non sembri banale, introducendo quegli approcci e quegli assunti che sono del tutto scontati in altri ambiti della promozione della salute e del benessere, ma non in quello che ha a che fare con le droghe. Le ragioni di questa differenziazione non sono né scientifiche, né metodologiche, ma attengono alla sfera della costruzione sociale del fenomeno droghe e allo sguardo posato su di essa grazie all'assunto paradigmatico morale. In sostanza, attiene al mancato statuto di cittadinanza dei consumatori.

Almeno due esempi.

Il primo. La **rdd** privilegia quelli che in altri campi sono definiti **determinanti di salute**, fattori sociali e di contesto che incidono sulla qualità della vita e della salute dei cittadini. Per un approccio morale, questa modalità di lavoro è insopportabile, perché se è vero che tra i determinanti c'è anche lo stile di vita degli individui- che comporta la loro responsabilizzazione- è anche vero che una non superficiale analisi dei danni e dei rischi correlati al consumo di alcune sostanze porta a considerare fattori quali la stigmatizzazione e l'emarginazione, la criminalizzazione e la penalizzazione, l'isolamento e la clandestinità, il pregiudizio sociale, la selettività delle prestazioni sociali e il concetto di *meritevolezza* dei benefici sociali, la qualità incontrollabile delle sostanze e il mercato nero, l'esposizione a una crescente vulnerabilità individuale dovuta a processi di indebolimento delle reti sociali, la diminuzione del senso di *self-efficacy* dovuta all'introeiezione del giudizio sociale. E via elencando.

Operare su questi determinanti significa, come ovvio, mettere in discussione un sistema: un po' come quando, sulla salute dei bambini in una grande città, si sottolinea il problema dell'inquinamento dovuto al traffico, e non ci si limi-

ta a visitare i bambini o a colpevolizzare le mamme. Tutto questo significa, anche, che è nelle nostre mani il potere di modificare questa situazione: le droghe non sono di per sé né buone né cattive. Ci sono processi sociali che le rendono aggettivate nell'uno o nell'altro modo. Questa è la grande speranza delle politiche di **rdd**: non abbiamo a che fare con *destini segnati* ma con fenomeni e processi su cui possiamo metter mano.

Così è stato per l'AIDS: dalle immagini di una peste senza speranza che toccava chi, in fondo, se la meritava, a malattia che era possibile prevenire limitando i rischi della pratica iniettiva e del sesso non protetto. Tra la prima e la seconda descrizione, qualche milione di siringhe sterili distribuite, qualche milione di ore spese sulla strada ad ascoltare e parlare, servizi più accoglienti, meno giudicanti e non selettivi, terapie sostitutive per gli oppiacei ed educazione.

Così è stato per la vita sociale: prima, per definizione, chi aveva a che fare con l'eroina era non-persona. Del resto, non pochi programmi terapeutici comunitari sono all'insegna dello slogan *torna a essere uomo*. Ché fino ad ora non lo sei, sottinteso. La costruzione sociale di uno statuto di non-cittadinanza portava con sé una profezia che si compiva, inevitabilmente. Nessun sostegno fino a quando qualche metabolita oppiaceo circolava nelle urine, nessun sussidio anche se un pranzo è un diritto di tutti, nessuna borsa lavoro finché si utilizzava metadone, nessuna protezione sul lavoro, lo status di senza-nulla che piano piano conquistava le vite, dentro i noti meccanismi a cascata, esponenziali, dell'emarginazione, senza che alcun intervento arrivasse a promuovere una cesura, un'inversione di marcia.

Poi, lo sviluppo di nuove capacità di convivenza e controllo del consumo, le terapie di mantenimento, la stabilizzazione, servizi e operatori che rinunciavano alla premialità e offrono sostegno senza contropartita, la lotta per una dignità e cittadinanza *comunque*. La scoperta che non si è o *sani* o *malati*, ma che la vita è una buona mistura di situazioni altalenanti e incerte, e che in ognuna di queste situazioni è possibile promuovere la qualità della propria vita. E tante vite che hanno ripreso a 'girare', l'eroina che qualche volta riappare ma non governa più la quotidianità, non possiede più tutto il tempo di vita, lascia spazio alle esperienze.

Da questi risultati- che hanno nomi, cognomi, storie di vita, cifre e studi di valutazione- possiamo affermare almeno che: il consumo di droga può non coincidere con una pessima qualità della vita se esistono alcune premesse; il consumo di droga può convivere con una vita da cittadino; il consumo di droga può mantenersi scarsamente problematico se si opera su alcuni determinanti che lo influenzano in modo significativo.

Detto diversamente: la pericolosità delle sostanze non è oggettiva ma situazionale; il contesto è spesso causa della massimizzazione dei danni; lavorare sul contesto 'paga'.

Il secondo esempio. La **rdd** privilegia uno sguardo antro-po-sociale e vede i consumatori come attori che hanno capitali individuali, saperi esperienziali, capacità di autoregolazione. Come in tutta la metodologia della promozione della salute, promossa dall'Organizzazione mondiale della Sanità da almeno due decenni, anche la **rdd** afferma che il protagonista della qualità e della salute è il consumatore stesso, e il *tecnico* che gli sta a fianco è un suo *partner nel cambiamento*. In altri termini: senza cittadinanza (intesa anche come riconoscimento del sapere su di sé), nessuna possibilità di *fare salute*.

La **rdd** ha compiuto un investimento enorme sui consumatori: ha lavorato secondo l'approccio dell'*empowerment*, ha promosso *autoaiuto* e sostegno tra pari,

ha riconosciuto, legittimato e valorizzato saperi dell'esperienza anche quando informali e compromessi con l'illegalità (anche quando "*moralmente deprecabili*" secondo il paradigma corrente) se e quando avevano in sé la valenza di buone strategie di *coping*, di autocontrollo. Ha organizzato gruppi d'interesse, gruppi di *peer education*, giornali di strada, manifestazioni per i diritti, seminari per l'apprendimento della limitazione dei rischi e di educazione sanitaria, gruppi di lavoro sulle abilità sociali, sistemi informali di solidarietà e aiuto tra pari sulla strada, ha organizzato *ronde* di consumatori per la sorveglianza delle overdose sulla scena aperta della droga. E ha scoperto che 'si può'. Ma anche che, prima, va fatto un faticoso lavoro di 'risalita' dall'*etichettamento sociale*, quello che fa sì che spesso i consumatori stessi, introiettato il giudizio sociale, non si riconoscano esperti, abili, attori.

Abbiamo fatto, insomma, l'esatto contrario di ciò che ci richiede il paradigma morale, criminalizzante, patologizzante e incapacitante: abbiamo investito su consapevolezza, conoscenza, competenza ed esperienza dei singoli e dei gruppi. Quanto più efficace sarebbe questo dispositivo se il contesto non operasse al contrario per destinare all'irrelevanza le soggettività, lo sguardo del consumatore su di sé, i suoi saperi, le sue potenziali abilità di autogoverno? Quanto più efficace sarebbe, se finalmente si uscisse dallo sciagurato paradigma del *paziente muto*, quello che deve farsi definire e indicare la via?

#### Accettare le sfide

Abbiamo messo mano, dunque, alla questione dei determinanti sociali nel consumo di droghe e alla questione dell'*empowerment* dei cittadini per la loro salute. Abbiamo operato lo scandalo di far valere questi due assunti ormai *banali* anche per loro.

Adesso siamo di fronte ad alcuni problemi non da poco, ad alcune sfide. L'elenco è qualcosa a metà tra un'agenda di lavoro e un'agenda politica. Il lavoro sociale è sempre anche politico, della politica ha il carattere pubblico e di responsabilità, nel momento in cui ha a che fare con un'idea di giustizia e di convivenza sociale; qui lo è maggiormente, perché la prassi introdotta dieci anni fa ha riportato dei successi, ha reso visibili delle verifiche che non solo rilanciano domande, ma cambiano lo scenario. Lo scenario delle droghe e della gestione del fenomeno droghe è stato definitivamente perturbato da pratiche, da minoranze attive (di operatori e di consumatori), da nuovi bisogni finalmente *liberati* dal silenzio.

Almeno tre sfide importanti da assumere.

Attorno alla prima delle responsabilità, quella verso i consumatori: tutto ciò che i servizi di **rdd** hanno dato in termini di relazione, lavoro di gruppo, intervento sugli aspetti sociali, animazione culturale, lavoro sull'autoefficacia, pratiche di *empowerment*, rischia di scivolare o verso la chiusura dei servizi stessi o verso un loro *confinamento* in erogazioni scarnificate e meramente sanitarie.

I drastici tagli alla spesa, il ridimensionamento di operatori e monte ore, la cultura della legge Fini già di fatto vigente nello spirito se non nella lettera, stanno minacciando il sistema **rdd**. Abbiamo visto, monitorato, riconosciuto e legittimato bisogni prima invisibili: esistevano anche prima, ma non c'erano occhi legittimati a vederli. Abbiamo inventato dei nuovi servizi che si sono dimostrati efficaci su alcune criticità gravi (overdose, sieroconversioni, marginalità dura, filtro nell'accesso ai trattamenti, consapevolezza e autoregolazione, cittadinanza-aggregazione). Adesso servono tempo, garanzie, stabilità. Servono

livelli essenziali di assistenza vincolanti sulla **rdd**, destinazioni chiare del fondo per le politiche sociali, linee di indirizzo esplicite delle amministrazioni locali, impegni programmatici e di spesa. Ma soprattutto, abbiamo incontrato persone che consumano droghe, che non scelgono (qui e ora) l'astinenza ma sono capaci di una vita sociale: non possiamo tenerli confinati a vita nei nostri servizi né *coartarli* all'astinenza. Tutto ciò che le pratiche di **rdd** hanno rivelato e attivato - capacità, bisogni, competenze, diritti - non può restare chiuso, implodere dentro i nostri servizi. Abbiamo bisogno che il contesto (e il sistema dei servizi) che abbiamo così *perturbato* si apra al cambiamento e diventi ospitale ed efficiente. Al contrario di quanto avvenuto in Europa, che ha sancito la **rdd** come il *quarto pilastro* delle strategie sulle droghe (gli altri essendo **prevenzione, cura e repressione del narcotraffico**), in Italia questo *accreditamento* non è mai davvero avvenuto, nonostante la lunga esperienza maturata. È un problema politico, che sta a destra, ovviamente, ma anche a sinistra: troppo a lungo nelle passate legislature si è giocato con le parole e non si sono riscritte con chiarezza le linee di indirizzo.

La seconda responsabilità, verso operatori, servizi e consumatori, quella dell'innovazione. La **rdd** è nata dai consumatori in prima battuta (con gli eroinomani di Rotterdam che distribuivano siringhe ai loro pari), poi dalla sperimentazione di operatori formali e informali, poi da servizi e amministratori, poi (molto dopo) dai *policy makers*. La sperimentazione, la creatività, l'innovazione e la valutazione dell'innovazione sono stati fin dall'origine ingredienti importanti, necessari. La scena della droga è mutevole, gli stili del consumo e le culture anche, con essi i rischi e i danni. Sono mutevoli anche i bisogni e le disponibilità delle persone ai diversi trattamenti. La follia della ricetta unica propagandata dal governo (carcere più comunità terapeutica) è il contrario di ciò che serve: personalizzazione, ventagli ampi di offerte terapeutiche e sociali, rispetto delle età, delle scelte, dei progetti individuali, negoziazione libera tra consumatore e operatore. Abbiamo bisogno di uno spazio per l'innovazione che sia basato sulla conoscenza profonda del fenomeno, sulla voce data ai consumatori stessi, su operatori che sappiano e possano agire come antenne riconosciute e legittimate, di amministratori sensibili e di politici coraggiosi.

La **rdd** vale se è *situazionale*, ha bisogno di flessibilità, agilità, *early warning* e *rapid assessment*, cioè capacità di conoscere precocemente i fenomeni e di stabilire tempestivamente linee d'azione. Al contrario di quanto dicono alcuni, esistono molte droghe diverse, molti consumatori diversi, molti contesti diversi, molti trattamenti diversi. L'armonia con lo specifico (luogo, tempo, stile, cultura, età, genere, nazionalità...) e dunque l'innovazione sono le sue parole chiave pragmatiche. Adesso servono centri, processi di controllo, titolarità e flessibilità che garantiscano innovazione, anche e soprattutto quando è innovazione già sperimentata dal basso e/o nel contesto europeo (come le sale per il consumo sicuro, il *pill testing*, analisi delle sostanze che circolano nel mercato nero, somministrazione controllata di eroina, ulteriore apertura del ventaglio terapeutico, nuove forme di servizio a bassa soglia per i bisogni sociali). Attualmente nessun buon dispositivo esiste oggi in Italia per rispondere a questa esigenza.

Una terza responsabilità, quella verso la comunità sociale. Il consumo problematico, specialmente quando è vissuto dai più emarginati, ha un impatto sociale, in termini di microcriminalità, visibilità e ricaduta sul territorio. La **rdd**, promuovendo qualità della vita e inclusione dei consumatori più fragili, lavora anche per una minor sofferenza dei contesti sociali. Si può fare molto di più, attraverso una nuova collaborazione tra servizi e amministrazioni, tavoli attorno a cui decidere di utilizzare al meglio tutto ciò che può liberarci da un approc-

cio securitario e repressivo e portarci verso un approccio della mediazione e del governo sociale delle contraddizioni. Le municipalità devono riacquistare- come era stato in Europa agli inizi degli anni '90- un ruolo centrale: ci sono pratiche di mediazione dei conflitti, servizi, sostegno sociale che possono avere ricadute importanti sulla qualità della vita dei territori. È necessario però uscire dalla logica securitaria, che confida nella repressione e tende a confinare diritti e vita di un gruppo a favore di altri gruppi, serve smettere di cavalcare immaginari e percezioni consolidate sul pregiudizio e sulle false generalizzazioni. Serve una politica e degli amministratori capaci di fare un'azione di de-costruzione degli stereotipi e di restituire alla collettività- attraverso le iniziative e i percorsi attuati da quasi un ventennio in Europa - tutte le sue competenze e potenziali capacità di autogestire e mediare al proprio interno il fenomeno, mettendo in crisi e rompendo la crosta di paure e non consapevolezza che ha in questi anni convinto la comunità locale dell'impossibilità di metter mano pragmaticamente ai problemi connessi al consumo di strada.

### **L'ETÀ MATURA DELLA RDD HA BISOGNO DELLA POLITICA**

Insomma, fino ad oggi: abbiamo inventato dei nuovi servizi che si sono dimostrati efficaci su alcune criticità gravi; li abbiamo tenuti aperti anche con poche risorse, con un attacco a tutto campo contro i servizi pubblici, con contratti di lavoro precari; abbiamo agganciato i consumatori invisibili e rotto il loro confinamento, li abbiamo portati nella vita attiva e nella cittadinanza; abbiamo investito su di loro, sulle loro abilità, competenze, saperi, disponibilità a mettersi in gioco; abbiamo creato nelle dipendenze un approccio sociale, multidisciplinare e di salute pubblica che prima della **rdd** in questo paese non era particolarmente sviluppato; abbiamo costruito una **rdd** situazionale e legata ai contesti, flessibile e capace di intercettare i cambiamenti; abbiamo praticato la **rdd** anche per una minor sofferenza dei contesti sociali; abbiamo proposto una cultura dei diritti e insieme delle responsabilità ai nostri utenti.

Adesso, deve entrare in campo la responsabilità della politica. La destra, si adopererà finché le sarà possibile allo smantellamento di tutto questo, perché le pratiche e i loro successi sono la smentita pragmatica e visibile del loro paradigma. Non potranno cancellare del tutto processi avviati e radicati, ma certo potranno svuotarli e renderli socialmente poco rilevanti. La criminalizzazione non può che giocare contro l'*empowerment*.

Una alternativa di governo ha davanti a sé una tripla responsabilità: quella, non più procrastinabile, di un segno inequivocabile del suo paradigma, attraverso la piena depenalizzazione di tutti i consumi individuali e la sottrazione dei consumatori al codice penale e al carcere; quella del sostegno coraggioso al sistema dei servizi e alle loro pratiche di innovazione; quella infine, ma non ultima, della sfida del governo dell'impatto del consumo 'duro' nelle città con l'approccio della mediazione, della convivenza e delle politiche del territorio, con l'abbandono netto di quella rincorsa al securitarismo che troppo spesso ha caratterizzato anche il governo di centrosinistra delle città.