

La riduzione del danno oggi in Italia nello "scacco" della politica

Premessa

Che ne è della riduzione del danno oggi in Italia, in assenza di politiche governative esplicite, se non per la prevenzione delle malattie correlate ed in presenza di sensibili tagli alle risorse, che rendono difficile il passaggio dai progetti ai servizi anche là dove interventi "ordinari" di riduzione del danno si sono da tempo affermati in molti territori?

La storia della riduzione del danno in Italia è stata costruita dal basso. E' per l'iniziativa di operatori e di amministratori sensibili ad accogliere le istanze che provenivano dalle pratiche di cura, che si sono progressivamente sperimentati interventi utili al prendersi cura di un'utenza dal difficile rapporto coi servizi e che, in assenza di una motivazione o di una capacità, non intendeva o non era in grado cessare il consumo di sostanze psicoattive.

E' importante, soprattutto in questo momento politico, sottolineare l'origine, la forza e la qualità delle risorse attivate per dar luogo e consolidare una pratica di intervento, che, in Italia, non è ancora considerata come il "quarto pilastro" delle politiche sulle "droghe". E' sempre stata un'area di interventi "ufficiosa", mai apertamente accettata e riconosciuta nei documenti ufficiali (con qualche limitata eccezione), che senza l'investimento e la tenacia di un vero e proprio "movimento" di operatori, associazioni e amministratori locali, non sarebbe stata coperta da una pluralità di interventi che sono considerati essenziali da parte di tutta la letteratura internazionale.

Quanto sono ancora attive oggi queste risorse? Quanto, in un periodo di tentennamenti e di "corsi e ricorsi" istituzionali, le generazioni di operatori che hanno introdotto, sperimentato e difeso le pratiche di riduzione del danno in Italia, sono non solo capaci di produrre resistenza agli attacchi aperti e striscianti, ma di formare nuovi operatori e rilanciare la necessità delle strategie di riduzione del danno?

Senza questa "base sicura" verrebbero meno sia le possibilità di un rilancio che una buona difesa dell'esistente.

La riduzione del danno come "paradigma ospitale"

L'approccio della riduzione del danno non consiste solo in una semplice tecnica di intervento e neanche nel varo di una nuova strategia operativa. Introduce piuttosto un nuovo paradigma interpretativo della complessità del fenomeno, che si affianca al paradigma della cura ed al paradigma identitario. Intende connotarsi come paradigma "ospitale", né riduzionistico, né relativistico, ma pragmatico ed aperto, in grado di ospitare e mettere in relazione i diversi punti di vista. Introduce una "mobilità della cura", per meglio adeguarsi a fasi e fenomeni in continua evoluzione, che non possono essere trattati schematicamente. Rifiuta il modello esclusivista dell'astinenza e della riprovazione morale, adotta un approccio motivazionale. Cerca di contaminare l'insieme dei servizi con una logica di prossimità (la riduzione del danno e la riduzione dei rischi esportano molte delle loro pratiche al di fuori degli ambulatori), introducendo un'ulteriore prospettiva da cui guardare il sistema degli interventi. Insiste non solo sull'importanza di limitare i danni ed i rischi relativi alla dipendenza ed al consumo, ma anche quelli connessi all'illegalità e alla punizione dei comportamenti di assunzione e alla loro stigmatizzazione. Valorizza le pratiche di autotutela e di autocontrollo dei consumatori, cercando di potenziarne le risorse, le competenze ed i saperi. Prende le distanze dal riduzionismo bio-medico. Coglie i limiti delle politiche basate sull'emergenza e l'allarmismo, orienta l'opinione pubblica, costruisce mediazioni sociali e fa cultura. Dialoga con i servizi preposti alla sicurezza e propone modalità non repressive di controllo sociale, in grado di coniugare l'aiuto e il rispetto delle persone con la tutela della collettività, sia sotto il profilo della sanità pubblica che dell'ordine pubblico. Definisce meglio i diritti di cittadinanza di tutte le persone e svolge un ruolo di advocacy quando vengono violati.

L'attuale politica governativa

La politica di riduzione del danno dell'attuale governo, che non ne riconosce la terminologia e che preferisce nominarla "prevenzione delle patologie correlate", si attesta sui temi più tradizionali della sanità pubblica: la limitazione della diffusione delle malattie infettive in primo luogo e la costruzione di un sistema di allerta rapido, per prevenire gli "incidenti critici" nell'assunzione, a causa di ricorrenti commercializzazioni di sostanze psicoattive nel mercato illegale, che contengono sostanze da taglio letali o livelli più elevati dell'usuale principio attivo. Il sistema di allerta rapido non è prevenzione dell'overdose in senso stretto, né pill testing (testare le sostanze nei luoghi di consumo), ma il tentativo di fermare al più presto la circolazione di dosi ad altissimo rischio e di informare tempestivamente i consumatori e gli operatori.

La dichiarazione (Conferenza di Trieste 2009) di trasformare gli interventi di prossimità da progetti a servizi, è rimasta sulla carta, sia per il mancato finanziamento di progetti dedicati, sia per la querelle non ancora risolta rispetto le Regioni, alle quali viene demandata tutta la responsabilità e l'onere del sostegno della spesa.

I trattamenti con farmaco sostitutivo a lungo termine, ampiamente affermati in Italia per la cura delle persone dipendenti da eroina, non vengono apertamente messi in discussione, ma non se ne accetta la declinazione anche in termini di riduzione del danno e si rileva qualche tentativo, ad oggi ancora a vuoto, di interferire con le linee guida dei protocolli internazionali e la "scienza e coscienza" del singolo medico, rispetto alle prescrizioni dei dosaggi ritenuti adeguati.

A livello internazionale l'Italia si è sfilata da una alleanza unitaria, faticosamente costruita in Europa sull'incremento progressivo e sulla condivisione delle politiche di riduzione del danno, impedendo che, alla Conferenza di Vienna del 2010, l'Europa si presentasse unita nel sostenere la politica dei quattro pilastri. In particolare l'Italia si è battuta contro tre pratiche di interventi di riduzione del danno, ormai largamente sperimentate sia nel Nord, ma anche nel Sud Europa, quali la somministrazione controllata di eroina, le sale di iniezione protette e il pill testing, rispetto alle quali si impone un regime proibizionista a cui nemmeno i singoli sistemi regionali, nonostante la devolution del titolo V della Costituzione, sembrano poter derogare.

La riduzione del danno sanitario

Pur non ancora diffusi in tutto il Paese, si può affermare che gli obiettivi più strettamente sanitari della riduzione del danno, là dove si sono realizzate le iniziative, siano stati in buona parte conseguiti.

La riduzione della mortalità per overdose, sebbene non sempre ben contata (oggi soprattutto per le overdose da cocaina), ha registrato una sensibile diminuzione nel corso di questi 30 anni.

La limitazione della diffusione delle malattie infettive tra la popolazione dipendente è stata progressivamente contenuta, in particolare per l'HIV, in parte meno per l'HCV.

L'aspettativa di vita media per le persone dipendenti da eroina per via endovenosa è sensibilmente aumentata (rispetto alla stima dei 40 anni nei primi anni '90).

Il principale impatto sembrano averlo riportato i trattamenti a mantenimento con farmaco sostitutivo, la distribuzione di siringhe sterili per proteggersi dalle infezioni, il lavoro di screening dei servizi rispetto le malattie infettive ed il conseguente sostegno alla compliance alla cura, sia per le malattie correlate che per la dipendenza stessa.

Un resoconto dettagliato delle evidenze di efficacia degli interventi di riduzione del danno è contenuto nella pubblicazione dedicata dell'Osservatorio Europeo di Lisbona ("EMCDDA 10: harm reduction monograph").

Una quota significativa dei trattamenti a mantenimento, condotti con farmaci agonisti (metadone e buprenorfina), può essere considerata a scavalco tra un intervento di cura e di riduzione del danno.

Ne sono coinvolte persone spesso con una lunga carriera di dipendenza alle spalle, parzialmente compensate, che vivono in situazioni sociali difficili, che riducono in maniera significativa l'uso di eroina per via endovenosa, e che traggono dal trattamento benefici su più piani: una maggiore cura di sé, una drastica riduzione della criminalità e della carcerazione,

l'opportunità di sostenere un lavoro, migliorati rapporti familiari, la continuità delle terapie, oltre alla riduzione del rischio di overdose e di contrazione delle malattie infettive.

Unità di strada, drop-in e servizi a bassa soglia, Ser.t, accoglienze del privato sociale, le stesse comunità con le loro modificazioni, hanno "agito come sistema", creando un insieme di interventi congruenti che viene considerato come l'indicatore di maggiore efficacia.

La ritenzione in trattamento

Stare in trattamento, la "ritenzione" in trattamento, appare (studio Vedette) come fattore altamente protettivo per l'utenza tossicodipendente (per eroina per via endovenosa). Lo stare in trattamento svolge una funzione protettiva di per sé, indipendentemente dallo strumento con cui si è trattati (anche se non tutti gli strumenti sono ugualmente efficaci nel mantenere in trattamento le persone). Per chi è fuori o esce dal sistema di cura il rischio relativo alla mortalità è di 10 volte superiore. Il rischio è ancora più accentuato nel periodo immediatamente successivo all'interruzione al trattamento: 26 volte il primo mese, 12 volte tra il primo ed il secondo mese, 6 volte nel terzo mese.

Per quanto riguarda la tipologia dei trattamenti, la ritenzione maggiore è fornita dalle comunità residenziali e dai trattamenti metadonici a mantenimento, in proporzione diretta coi dosaggi utilizzati.

La riduzione del danno sociale

L'evoluzione che potrebbe apparire "naturale" dell'implementazione della riduzione del danno in termini sociali non è affatto "nell'ordine delle cose". L'estensione dalla linea della riduzione del danno sanitario alla linea della riduzione del danno sociale non è scontato nei servizi. Bisogna avere il coraggio di trasgredire rispetto ai reciproci confini e cercare l'interlocutore istituzionale che intende farsi carico di una problematica più generale.

Riduzione del danno sociale significa:

- a) creare una rete di servizi a bassa soglia di accesso per rispondere ai bisogni primari;
- b) creare l'opportunità, per chi lo desidera, di beneficiare di percorsi evolutivi di maggiore tutela e protezione;
- c) utilizzare lo strumento della prossimità relazionale;
- d) definire una strategia territoriale condivisa (anche con i servizi preposti alla sicurezza);
- e) coinvolgere l'utenza nella gestione dei servizi stessi.

Non si rileva un impatto significativo sulla riduzione delle carcerazioni. La legge Fini-Giovanardi del 2006 in combinazione con l'ex-Cirielli, svanito l'effetto indulto, ha di nuovo riempito le carceri di persone tossicodipendenti. Con il passaggio dalla medicina penitenziaria al sistema sanitario nazionale non si registrano al momento sensibili passi avanti, né per l'utilizzo di terapie a mantenimento metadonico dentro il carcere, né per altri interventi di riduzione del danno. La stessa cura delle malattie infettive non può ancora considerarsi pari a quella del cittadino in libertà. Le misure alternative alla detenzione sono in calo di applicazione, continuando di gran lunga a rimanere al di sotto delle stesse potenzialità previste per legge.

Più difficile valutare l'impatto sull'emarginazione sociale, sui senza fissa dimora e la vita di strada, le cui fila si sono infoltite dagli anni '90 ad oggi. Persiste la difficoltà di accesso di molte persone tossicodipendenti ed alcolodipendenti ai dormitori generalisti, fatta salva l'"emergenza freddo" e l'esiguità di case di accoglienza dedicate.

I tagli alla spesa sociale colpiscono ovunque ed in particolare sul settore "adulti in difficoltà". I progetti di reintegrazione sociale, lavorativa ed abitativa hanno subito pesanti decurtazioni. La personalizzazione degli interventi, che punta a recuperare le capacità della persona, reintrodurla nei circuiti dei servizi, e di conseguenza favorire la compliance alle cure, è costretta oggi a cercare risorse nel privato caritatevole, nel volontariato e nella società civile, col rischio di un venir meno della cultura dei diritti, e dei diritti sociali in particolare.

Un'attenzione doverosa concerne le persone tossicodipendenti straniere, senza permesso di soggiorno, sempre più numerose e per le quali l'intervento necessario, pur garantito dalla stessa legge sull'immigrazione, incontra ostacoli burocratico-amministrativi e violazioni inaccettabili.

La riduzione dei rischi

Mentre la legge 309 del '90, "correttiva" della 685 del '75, riconduce alla concezione del consumo come reato ed all'idea di punizione, parte della gioventù comincia a sganciarsi dalla cultura dell'eroina e del suo uso endovenoso, per sperimentare nuove sostanze psicoattive tra cui le metanfetamine. Una generazione di nuovi consumatori che non sarà rilevata dallo IARD fino al '99.

I servizi non disponevano, rispetto al nuovo fenomeno dei consumi che non si traducevano in dipendenza, di nessun altro strumento interpretativo, che non fosse quello del disagio e della sofferenza, del "tunnel" della droga e della disperazione generata .

Si decise di conoscere il "nuovo" e si andò oltre al costrutto di un servizio che ha bisogno di una domanda per creare conoscenza ed intervento. Si scoprì, poco a poco, una realtà totalmente diversa da quella tradizionalmente nota ai servizi, la realtà del consumo, del consumo controllato, dell'abuso e del consumo problematico, con tutti i pericoli connessi.

Per intervenire, ridurre i rischi e creare contesti di maggiore sicurezza, si rese necessario non solo l'allestimento di specifiche unità operative, ma anche la costruzione di partnership con gli organizzatori degli eventi musicali e del divertimento: per essere presenti e riconosciuti all'interno delle discoteche e dei locali prima , nei club e nei raves dopo.

Si costruì un servizio di prossimità che agiva come fattore protettivo nei luoghi di divertimento giovanile, con l'obiettivo di attuare interventi salvavita, e diminuire i rischi relativi ai diversi incidenti di percorso: non solo gli incidenti stradali, ma anche l'intercettazione precoce degli agiti violenti, e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse. Oltre a svolgere una fondamentale azione informativa e chiarificatrice, e fungere da ponte verso i servizi per le situazioni maggiormente problematiche.

La ricaduta sulla sicurezza

Gli interventi sociali costituiscono il presupposto della riuscita degli interventi sanitari. E' noto come le persone senza dimora siano le meno complianti alle cure. L'aggancio, la creazione di condizioni di vita dignitose, l'accompagnamento ai servizi, facilitano l'accesso alla cura e la sua "tenuta". L'aiuto psico-sociale alla persona in grave difficoltà ha un'importante ricaduta sia sulla sanità pubblica che sull'ordine pubblico. La prevenzione non solo delle malattie sessualmente trasmesse, ma anche della Tbc, delle malattie della pelle ecc., della stessa tossicodipendenza, costituisce un fondamentale obiettivo di sanità pubblica che si ottiene, con alcune popolazioni, solo col cominciare ad affrontare le problematiche sociali e relazionali.

La riduzione del danno non è solo riduzione del danno per la persona, ma anche per gli altri e per la società. Sul piano della sicurezza, il fatto di riuscire a garantire la soddisfazione dei bisogni primari e di tenere in cura le persone, significa anche controllo sociale. Un controllo sociale "leggero", non repressivo, che si coniuga con l'aiuto alla persona e con il suo consenso. La conseguenza è una riduzione dei piccoli reati, delle loro vittime ed un beneficio complessivo per i territori. In alcune realtà i servizi socio sanitari collaborano attivamente con le forze di polizia dello Stato e dei Comuni, spesso coordinati dal tavolo del Prefetto, al fine di creare le condizioni di maggior sicurezza in situazioni a particolare rischio.

Empowerment ed attivazione delle persone dipendenti

Le politiche di riduzione del danno richiedono la partecipazione attiva delle persone dipendenti ed il loro contributo come persone informate, con un sapere specifico, e co-responsabili di iniziative praticabili in collaborazione con gli operatori dei servizi.

In Italia si sono sviluppate esperienze significative in tal senso. Tra le molte l'esperienza del peer support e dei consumatori-pari a Torino, di Piazza Grande a Bologna sulla gestione dei dormitori da parte degli stessi "senza dimora", i gruppi di iniziativa delle persone Hiv a Bologna ed in molte altre parti di Italia.

Unità di strada, drop-in ed altre iniziative sono state talvolta co-gestite con le persone tossicodipendenti. Ciò ha contribuito utilmente sia a sviluppare una maggiore consapevolezza delle persone coinvolte, valorizzandone le capacità e la rappresentazione di sé, sia a determinare una minore stigmatizzazione del fenomeno.

Valorizzate come opinion leaders, molte persone tossicodipendenti hanno contribuito a diffondere la cultura di una pratica di assunzione più sicura e la consapevolezza di un maggior senso di protezione della propria salute. Hanno portato il loro contributo di conoscenze sia per "mirare meglio" l'operato dei servizi, sia come "formazione" degli operatori su aspetti sui quali le loro conoscenze erano insufficienti.

L'investimento sul coinvolgimento dell'utenza si è oggi ridotto. Le ragioni sono molteplici, ma una riduzione del danno che non sia portata avanti anche direttamente, con il protagonismo delle persone a cui è diretta, non sarebbe altrettanto efficace e correrebbe dei rischi di burocratizzazione e svuotamento.

Peer support e opinion leaders sono spesso il risultato di un lavoro di lungo periodo, che inizia con l'"accreditamento" degli operatori col target di utenza in strada, attraverso la costruzione di relazioni significative, che si appoggiano sulle risposte ai bisogni primari ed elementari. E' un percorso che consente il riconoscimento di risorse e competenze personali, cerca di valorizzarle socialmente, apre a possibilità di mediazione e collaborazione.

I servizi di prossimità

I servizi di prossimità riassumono i diversi interventi che vengono condotti sul piano sanitario, sociale ed educativo, cercando di tenerne assieme le tre dimensioni, per renderli maggiormente efficaci. I servizi di prossimità ricoprono, quindi, una area estesa di progetti che iniziano dalla prevenzione selettiva e dalla riduzione dei rischi e terminano con gli interventi a protezione dell'utenza ad alta emarginazione.

Essi garantiscono quella vicinanza relazionale indispensabile per abbassare la soglia di accesso alla richiesta di aiuto ed agli interventi essenziali, oltre ad essere il presupposto che, a partire da un contatto iniziale, può dar luogo alla personalizzazione di un progetto che può anche svilupparsi in un progetto di cura.

I servizi di prossimità riassumono, in questa formulazione condivisa, tutti quegli interventi che sul versante sanitario, sociale ed educativo, si pongono il problema della raggiungibilità di un'utenza significativa, che tuttavia resiste, per diverse ragioni, a ricorrere ai servizi formali di cura ed alle istituzioni.

Il potenziamento di tali servizi appare oggi un obiettivo percorribile? L'unità degli operatori dei servizi, delle associazioni e delle amministrazioni che si sono messe in gioco in progetti a "formulazione condivisa", ha maggiore possibilità di ottenere gli investimenti dovuti e difendere i livelli raggiunti nei diversi territori? E' questa la strada più realistica da percorrere per conseguire, a livello nazionale, la definizione dei "livelli essenziali di riduzione del danno" a cui nessuna Regione possa derogare?

Conclusioni provvisorie

Oggi si sente il bisogno, in primo luogo, di consolidare e rendere più istituzionale il movimento per la riduzione del danno, che non si limita alle dipendenze ed ai consumi delle sostanze psicoattive, ma tocca molti altri settori, fino alla problematica delle cure palliative. Anche solo un maggior coordinamento nazionale tra i diversi ambiti che adottano un approccio di riduzione dei danni sarebbe di grande utilità.

La riduzione del danno ha bisogno di una rete di sostegno molto ampia: significa, insieme alle forze dell'ordine, conquistare ampi spazi di mediazione con la cittadinanza, facendo passare una concezione della sicurezza, che opera attraverso l'integrazione delle diversità e la migliore gestione possibile dei comportamenti problematici; significa far conoscere da vicino i fenomeni di cui la popolazione ha timore per la rappresentazione stereotipata che li avvolge, poiché conoscere una problematica dall'interno significa approfondirla e padroneggiarla meglio, e ciò rende meno insicuri ed impauriti; significa essere prossimi ai cittadini che compongono la comunità locale costruendo tavoli di confronto prima che il vissuto di episodi ed esperienze negative che avvengono nei vari quartieri siano

cavalcate politicamente; significa contaminare gli altri servizi con la cultura della riduzione del danno, superando la logica degli interventi per categorie di persone (tossicodipendenti, alcolodipendenti, senza dimora, zingari, immigrati clandestini, dimessi dagli istituti di pena, persone che si prostituiscono e vengono prostitute, persone dedite all'accattonaggio...), superando la settorializzazione dei progetti; significa superare la mancanza di continuità degli interventi che rendono poco efficaci i percorsi intrapresi; significa intendere i progetti di riduzione del danno ed i servizi a bassa soglia come start-up a cui far seguire opportunità evolutive (mentre oggi si registra una strozzatura tra i primi interventi e quelli successivi) per chi intende tentare percorsi di uscita dallo stato marginale; significa investire sul reinserimento e la reintegrazione abitativa e lavorativa.

Nell'attuale "pregiudiziale" governativa cosa proporre? Le politiche paiono ferme e al momento non suscettibili di scossoni. Pare sterile un ruolo di advocacy sulle tre pratiche impedito (prescrizione medica controllata di eroina, sale protette per l'iniezione, pill testing), di cui è comunque indispensabile continuare a fornire informazione e conoscenza? Dobbiamo considerare irrealistica una "via regionale" al loro accesso e sperimentazione? E' forse più utile focalizzarci sul consolidamento di ciò che ormai è evidente a tutti, ed è condiviso, ma non ancora realizzato? E' utile concentrarsi sui diritti delle persone e "creare casi" (come è capitato per la tragica vicenda Cucchi), con l'obiettivo della giusta denuncia civile, del rispetto rigoroso delle deontologie professionali, e della "tenuta" della coscienza democratica collettiva?

L'incontro di oggi vuole essere un'occasione di confronto e di proposizione attiva.