



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**Corso di laurea Triennale in
Scienze psicologiche Sociali e del Lavoro**

Elaborato finale

**La Riduzione del Danno: diversi approcci a
confronto**

**Harm Reduction: different approaches in
comparison**

Relatrice:

Prof.ssa Lenzi Michela

***Laureando/a: Arianna Pedone
Matricola: 1221102***

Anno Accademico 2022/2023

Sommario

<i>ABSTRACT</i>	1
<i>INTRODUZIONE</i>	2
<i>CAPITOLO 1: CHE COS'È LA RIDUZIONE DEL DANNO</i>	3
1.1 Come e dove si sviluppa: cenni storici.....	4
1.2 Modelli teorici e modelli di intervento per la riduzione del consumo di sostanze	8
1.2.1 Il modello di Alan Marlatt	8
1.2.2 Il paradigma drug, set setting e l'uso controllato: Il modello di Norman Zinberg	10
<i>CAPITOLO 2: AZIONI DI RIDUZIONE DEL DANNO. PROGRAMMI ED INTERVENTI</i>	13
2.1 Il lavoro di strada: l'esperienza del Progetto Neuttravel.....	13
2.2 Programmi con prescrizione a mantenimento.....	18
2.3 La Riduzione del Danno nel Nordest brasiliano: il CAPS A/D III di Petrolina, Pernambuco	21
<i>CONCLUSIONI</i>	29
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	31

ABSTRACT

Questo elaborato si basa su una revisione della letteratura scientifica inerente alla tematica della Riduzione del danno, una strategia sanitaria e sociale che ha lo scopo di diminuire i rischi e i danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti. L'interesse per la tematica nasce dalla mia esperienza di tirocinio nel centro diurno di attenzione psico-sociale per utenti con problemi di dipendenza da alcol e droghe nella città di Petrolina (CAPS A/D) nello stato del Pernambuco, Brasile.

La ricerca è volta ad approfondire gli aspetti teorici, storici e di intervento delle politiche di Riduzione del Danno rivolte ai consumatori per comprendere l'evoluzione e l'attuazione di queste nei diversi contesti a livello nazionale ed internazionale.

La ricerca è stata realizzata tramite consultazione di siti web di divulgazione e informazione sui servizi attivi sul territorio; manuali e articoli scientifici a libero accesso pubblicati su riviste di stampo medico, sanitario, psicologico, politico, sociologico inerenti alla tematica dell'uso e dell'abuso di sostanze stupefacenti. L'obiettivo è mappare un quadro globale della tematica e analizzare alcuni casi di interventi realizzati in specifici contesti socioculturali.

Questo lavoro si propone inoltre di ricercare le basi teoriche e le evidenze scientifiche a supporto di questo approccio ripercorrendo gli eventi storici che hanno portato alla nascita dell'approccio di riduzione del danno.

INTRODUZIONE

Axé, nella cultura popolare Bahiana, legata alla Capoeira significa “energia di trasformazione”. È un concetto che accompagna la mia vita da quando sono riuscita a comprendere il profondo significato che ha per me la pratica di quest’arte.

La magia dell’*Axè*, così come la Riduzione del danno, sono stati elementi centrali nella mia esperienza di tirocinio in Brasile, arrivata a seguito di un anno di pandemia, durante il quale avevo perso fiducia nella normalità della vita e nella mia capacità di cambiamento. Avevo smesso di credere sia nelle mie capacità di cambiamento, sia nel potenziale trasformativo e curativo della psicologia, disciplina che ho scelto di adottare per ampliare gli strumenti di interpretazione del mondo che mi circonda.

Dal contesto socioculturale del semiarido (così chiamata la zona geografica di cui la città di Petrolina fa parte) è nata la mia curiosità per questa tematica. Pur essendo arrivata a Petrolina con l’intenzione di svolgere una ricerca in ambito antropologico, a causa della pandemia globale ho dovuto rivedere i miei piani e optare per un tirocinio in ambito psicologico. Mi sono ritrovata a svolgere una parte del tirocinio nell’ambito della psicologia giuridica presso l’istituto FUNASE per minori in conflitto con la legge e un’altra parte del monte ore nel CAPS A/D, centro di attenzione psicosociale specializzato nell’assistenza di utenti con problemi di consumo abusivo di sostanze stupefacenti e alcol, spesso legati al contesto di strada.

In entrambe le strutture si lavora in ottica di Riduzione del Danno o della pena, poiché si cerca di contestualizzare le criticità individuali all’interno del complesso sistema sociale, economico e culturale in cui si presentano.

Sono rimasta affascinata dal lavoro di rete sul territorio che viene portato avanti quasi come una “missione di cambiamento”, volta a migliorare il benessere dell’intera comunità.

Ho deciso pertanto di dedicare il mio spazio di ricerca per la tesi alla tematica della Riduzione del Danno. Il fine di questa ricerca è quello di comprendere meglio i discorsi che la letteratura internazionale mette a disposizione e di acquisire una visione più completa dello sviluppo della coscienza sociopolitica sulla controversa questione della droga e di chi ne fa uso.

CAPITOLO I: CHE COS'È LA RIDUZIONE DEL DANNO

Russel Newcombe, nel 1992, in uno dei primi testi redatti sulla Riduzione del Danno fornisce questa descrizione: “*Harm Reduction , damage limitation, risk reduction, harm minimization*” è una politica sociale che si concentra sull'obiettivo di ridurre gli effetti negativi o i rischi associati al consumo di droghe(Newcombe, 1992). Le strategie di Riduzione del Danno vengono adottate dai servizi sanitari, dalle associazioni e dai singoli individui per ridurre le conseguenze negative, sia fisiche che sociali, dell'uso e abuso di sostanze, prestando particolare attenzione alla riduzione dei comportamenti che aumentano il rischio di contagio di malattie infettive, come l'uso promiscuo di sostanze stupefacenti o rapporti sessuali non protetti.

Infatti, come sottolinea anche Grazia Zuffa, una delle principali ricercatrici italiane su questa tematica, la Riduzione del Danno prende vita a fronte dell'espansione del fenomeno della tossicodipendenza negli anni Ottanta e al concomitante diffondersi dell'infezione da Hiv ponendosi due principali obiettivi: ridurre l'incidenza di sieropositività e migliorare le condizioni generali di salute dei consumatori di eroina per via iniettiva (Zuffa e Meringolo 2001, pp.55).

Oltre agli obiettivi principali legati ai bisogni sanitari dei consumatori, questo approccio cerca di vedere i problemi legati all'uso di droga in modo più ampio, includendoli nella cornice contestuale e tenendo in considerazione aspetti politici, sociali e rituali del consumo di droga.

Pur integrando approcci che tendono a prevenire o a ridurre fino anche ad eradicare il consumo di droga, la Riduzione del Danno è basata sul presupposto che molte persone, continuano a fare uso di sostanze psicoattive senza sentire l'esigenza di sottoporsi a un trattamento di disintossicazione e di cessare con l'utilizzo. Infatti, come sottolinea anche il sito dell'International Harm Reduction Association (IHRA) i programmi che seguono questa linea d'intervento, oltre ad intervenire sugli aspetti sanitari sono anche volti a supportare le persone che hanno problemi con l'uso di droga, le loro famiglie e tutta la comunità.”.

Potremmo, anche definire la Riduzione del Danno come un approccio di psicologia di comunità al problema delle droghe in quanto si concentra sull'interazione tra individuo e ambiente andando oltre il modello medico legato

all'approccio clinico individuale. La psicologia di comunità, inoltre, considera gli aspetti normativi come elementi rilevanti che interagiscono nella considerazione del contesto sociale e cerca di contrastare la "criminalizzazione dei consumatori promuovendo il loro coinvolgimento nella formulazione delle politiche" (Drucker, 1997, pp.IX).

Oggi è necessario offrire ai consumatori alternative ai classici servizi sanitari ad alta soglia che si basano sull'astinenza al fine di minimizzare i rischi derivati dall'assunzione prolungata di sostanze che possono recare danno sia alla salute dell'individuo che degli altri. È di fondamentale importanza che siano disponibili informazioni sulla riduzione dei danni, sui servizi e sugli altri interventi esistenti per aiutare le persone ad anticipare gravi malattie o rischi di mortalità prevedibili e prevenibili.

La missione degli operatori che lavorano con questa metodologia è quella di rendere il consumatore consapevole dei rischi e delle precauzioni da prendere per evitare i danni maggiori e preservare il diritto alla salute e alla vita.

1.1 Come e dove si sviluppa: cenni storici

Pat O'Hare, uno dei fondatori dell'International Harm Reduction Association (IHRA) e direttore esecutivo fino al 2004, scrive, nella prefazione di un testo sulla Riduzione del Danno pubblicato nel 1992 che si è iniziato a parlare di questo approccio dapprima in Olanda, Gran Bretagna e Australia, intorno agli anni '80, in risposta alla diffusione del virus di HIV tra i consumatori di sostanze per via endovenosa, principalmente eroina (O'Hare,1992).

Il termine Riduzione del Danno viene coniato nel 1990 durante la prima Conferenza Internazionale di Riduzione del Danno che si svolse a Liverpool. Questo primo incontro internazionale diede vita ad altri convegni sulla tematica e portò successivamente, nel 1996, alla creazione dell'International Harm Reduction Association (IHRA), associazione che si occupa tuttora di promuovere programmi e politiche sulle droghe che rispettino la dignità, la salute e i diritti delle persone, cercando di coinvolgere più paesi possibili nella rete internazionale.

La città di Liverpool e più in generale la regione del Merseyside, venne scelta, all'epoca, come meta del convegno in quanto rappresentava una situazione all'avanguardia per le politiche sulla droga.

In questa regione, infatti, dalla metà degli anni Ottanta venne sviluppato il *Mersey Harm Reduction Model* inteso come il sistema di servizi sociosanitari che si sono costituiti nella regione del Mersey, per rispondere all'emergenza del consumo di sostanze per via iniettiva e al conseguente diffondersi del virus di Hiv sia attraverso lo scambio di siringhe sia attraverso rapporti sessuali non protetti. Il modello di Riduzione del Danno del Mersey fu fortemente sollecitato dalla comunità e sovvenzionato dal Ministero della Salute inglese. La regione del Mersey riuscì a creare metodi pratici per rispondere all'emergenza, mantenendo un approccio di Public Health (Sanità Pubblica) rivolto alla cura dell'intera comunità e non soltanto al trattamento dei singoli individui.

Infatti, l'approccio di Riduzione del Danno ritrova le sue origini nel paradigma di Public Health, inteso come un approccio sanitario di intervento che non si basa soltanto sulla cura della malattia individuale, ma che si concentra anche sulle *condizioni generali di vita e sulle relazioni sociali dei consumatori*. L'obiettivo principale è quello di permettere all'individuo di mantenere o ritrovare uno stile di vita socialmente integrato e proattivo nei confronti della sua salute, con conseguenze benefiche su tutta la comunità (Zuffa, 2000, p.51). Come esplicita Ernest Drucker (1995), psicologo e professore emerito della facoltà di epidemiologia della Columbia University la questione del consumo e della dipendenza non è vista come un problema individuale (psicologico o di devianza morale), bensì come un problema di rilevanza collettiva in quanto comporta vaste conseguenze sociali minacciando la "salute pubblica". (Drucker, 1995, p.64).

Potremmo collocare i presupposti di Public Health nelle politiche sociosanitarie presenti nel Regno Unito già negli anni '20 del '900. In questo periodo, influenzato dalle politiche proibizioniste degli Stati Uniti, anche il Regno Unito decise di contrastare l'uso ricreativo e la dipendenza da oppiacei mediante la giustizia penale. Tuttavia, poiché il numero di consumatori dipendenti era ai minimi storici, ciò venne fatto principalmente per motivi politici (Berridge, 1993, pp.59-60).

In risposta all'approvazione delle nuove politiche sulla droga venne istituito il Comitato Rolleston, (che approfondiremo meglio nel secondo capitolo): comitato di medici britannici nominato nel 1926 e incaricato di discutere sopra i cambiamenti riguardo la dipendenza da sostanze da poco dichiarate proibite.

Il Comitato sottolineava l'importanza di continuare a prescrivere sostanze di mantenimento per quei soggetti che non erano in grado di cessare completamente con l'uso della sostanza, al fine di consentire loro di condurre una *vita utile* ovvero una vita produttiva a livello economico e sociale, che avrebbe avuto ricadute positive per tutta la comunità. Ecco che dietro questo pensiero si cela il paradigma di Public Health, che si focalizza non solo sulle condizioni sanitarie dell'individuo, ma anche sull'interesse di promuovere la salute dell'intera società (Zuffa, 2000).

Da questi presupposti storici, che hanno caratterizzato le politiche sanitarie del Regno Unito e di altri stati del Nord Europa, si è sviluppato il modello di Riduzione del Danno conosciuto come *Mersey Harm Reduction Model* sopra citato.

Il National Health Service del Regno Unito, nel 1986, aveva finanziato il primo programma volto a fornire siringhe sterili in cambio di quelle usate all'interno di una toilette riconvertita del Mersey Drug Training and Information Center (MDTIC). Il centro fu creato nel 1985, con il principale obiettivo di aumentare la consapevolezza sul rischio di HIV nella regione. L'MDTIC era supportato dal lavoro di altri enti già esistenti come la Liverpool Drug Dependency Unit, che nel 1984 ottenne una sede nel centro della città e svolse un ruolo fondamentale nell'aumento della prescrizione di metadone e di altri programmi con sostanze a mantenimento. La natura di questi programmi, distinti dalle precedenti politiche ad alta soglia, fece sì che molti consumatori iniziarono ad avvicinarsi ai servizi attirati dalla disponibilità gratuita di siringhe sterili e di trattamenti con sostanze a mantenimento.

L'idea era di identificare un target di popolazione a rischio, instaurando e mantenendo contatto con esso e offrendo interventi specifici. Gli obiettivi erano semplici: ridurre la condivisione di siringhe, ridurre l'uso di sostanze per via parenterale, ridurre il consumo di sostanze in strada e, quando possibile, supportare il processo di astinenza degli utenti. Questa nuova politica di "Public Health" era orientata al presupposto che coinvolgere la popolazione a rischio fosse il modo migliore per costruire servizi più efficienti. (O'Hare, 2007). La comunità dei consumatori fu coinvolta nella costruzione del programma e l'approccio di sviluppo di comunità consentì di costruire un lavoro di empowerment con i consumatori (livello micro) attraverso la valorizzazione

delle esperienze di *self help* e l'identificazione di figure di leader nei loro gruppi (Zuffa,2001, pp.89).

Un altro territorio in cui il costrutto di Public Health ha favorito lo sviluppo di politiche a supporto dei consumatori abusivi di droghe è quello dei Paesi Bassi. Nel 1972, il Narcotic Working Party pubblicò un documento che sanciva che le premesse di base della politica sulle droghe dovevano essere congruenti con l'entità dei rischi connessi all'uso di queste sostanze. Questo cambiamento nelle premesse politiche portò all'adozione del *Dutch Opium Act* (1976), il primo decreto-legge in cui venne fatta una distinzione tra droghe di "rischio inaccettabile" (eroina, cocaina, anfetamine e LSD) e sostanze che comportano rischi inferiori come marijuana e hashish, molti dei quali correlati maggiormente alle procedure penali più che all'uso della droga stessa. (Wijngaart,1991, in Marlatt, 1996,). Tale svolta verso un approccio più umano e pragmatico fu incrementata dall'iniziativa nata dagli stessi consumatori olandesi, che nel 1980, istituirono il "Junkiebond" (Junkie League) a Rotterdam. Si trattava di una sorta di sindacato per i tossicodipendenti interessati a migliorare le proprie condizioni sanitarie legate all'uso di sostanze. Van Wijngaart, psicologo olandese, riporta nel suo scritto del 1991 che il punto di partenza del "Junkiebond" era prendersi cura degli interessi dei consumatori di droga. La cosa più importante era combattere il deterioramento della persona e migliorare la loro situazione generale, come ad esempio la questione abitativa. La filosofia del Junkiebond prevedeva il dialogo con funzionari governativi su questioni come la distribuzione del metadone, la disponibilità di siringhe sterili gratuite, le politiche dei legislatori e della polizia, e i problemi relativi all'alloggio (Marlatt,1996, pp.784). Il movimento iniziato dalla Junkie League portò nel 1984 allo sviluppo del primo programma di scambio di siringhe sovvenzionato dal servizio sanitario di Amsterdam. La municipalità di Amsterdam consegnava siringhe sterili con cadenza settimanale alla "Junkiebond",la quale si occupava della distribuzione di aghi puliti in cambio della raccolta di aghi usati. Con la diffusione dilagante del virus dell'AIDS e il rischio di infezione da HIV dalla metà degli anni '80, il numero di siringhe scambiate aumentò notevolmente, passando da 100.000 nel 1985 a 720.000 nel 1988 (Bruisse & Buning, 1988). Questo fenomeno dimostrò quanto l'istanza dal basso fosse nata da una reale esigenza e quanto il lavoro iniziato negli anni

precedenti risultò efficace nella costruzione di una cultura di prevenzione di riduzione del danno.

Le esperienze discusse qui sopra rappresentano le prime iniziative concrete di riduzione del danno. Pur essendo accomunate dall' esigenza sanitaria di rispondere all' emergenza della diffusione dell' HIV, hanno seguito dei percorsi di sviluppo differenti. Nell' ambito Inglese le politiche di Riduzione del Danno vennero inizialmente sovvenzionate dal National Health Service con il supporto operativo degli organi di polizia, seguendo un approccio di legislazione top-down. Al contrario, nel caso dei Paesi Bassi i programmi di Riduzione del Danno si svilupparono partendo dal basso (bottom-up), generati da un'istanza dei consumatori volta a migliorare le loro stesse condizioni di salute.

1.2 Modelli teorici e modelli di intervento per la riduzione del consumo di sostanze

In questa sezione, tratterò i principali modelli teorici e di intervento utilizzati per far fronte al consumo non controllato di sostanze. Con questa breve panoramica, cercherò di fare luce sulle principali similitudini e differenze di tali modelli, al fine di far emergere le fondamenta teoriche maggiormente riconosciute nella letteratura inerente alla Riduzione del Danno.

1.2.1 Il modello di Alan Marlatt

Alan Marlatt (1996) riassume i due principali modelli teorici con cui, nella comunità scientifica e nel senso comune, si descrive il problema della dipendenza e introduce, infine, un terzo costrutto/modello che chiama Riduzione del danno; si tratta di un modello alternativo e pratico che scardina i presupposti teorici e di intervento nell'ambito della dipendenza da sostanze (vista come comportamento). I due modelli principalmente usati vengono chiamati dall'autore *modello morale o criminale* e *modello disease (malattia) o medico*.

Per il *modello morale* l'uso di droghe illecite è visto come l'effetto di una "debolezza morale" del consumatore (Zuffa e Meringolo, 2001). Questo si riflette sul piano delle politiche quando l'uso e lo spaccio sono considerati reati penali. Questo presupposto sta alla base delle politiche repressive sulla droga, il

cui obiettivo finale è promuovere lo sviluppo utopico di una società libera dalla droga (Marlatt, 1996, pp. 785-786).

Il modello *disease*, invece, definisce la dipendenza come una malattia di base biologico-genetica che richiede un trattamento clinico e una riabilitazione. Marlatt evidenzia la contrapposizione delle due ottiche in quanto il modello morale enfatizza la responsabilità (morale) che il consumatore deve prendersi scegliendo di fare uso di sostanze illegali e quindi rendendosi perseguibile dalla legge; il modello “medico” o di “malattia” invece svincola il consumatore dalla responsabilità della sua scelta in quanto viene considerato vittima passiva degli effetti della malattia modelli sono in opposizione da un punto di vista teorico ma non pratico in quanto entrambi hanno in comune la finalità ultima dell’eliminazione totale del consumo di droga. L’astinenza diventa non solo l’obiettivo del trattamento ma una preconditione del trattamento stesso, creando il paradosso per cui il consumatore dovrebbe astenersi {...} per poter accedere ad un trattamento finalizzato all’astinenza (Marlatt, 1996, pp.785).

Infine, viene proposto il modello di Riduzione del Danno che offre un’alternativa pratica ai modelli morali o *disease* ed è interessato a ridurre le conseguenze dannose del comportamento di dipendenza. Inoltre, accetta il fatto che molte persone usano droghe e si espongono ad altri comportamenti ad alto rischio e che non è verosimile auspicare ad una società “libera dalle droghe”.

“La Riduzione del Danno non è anti-astinenza” (Marlatt, 1996, pp.786). Gli effetti nocivi dell’uso non sicuro di droghe o dell’attività sessuale non protetta possono essere collocati lungo un continuum, come l’intervallo di temperatura su un termometro. L’autore stabilisce una similitudine tra gli effetti nocivi dell’abuso di sostanze e la temperatura misurata da un termometro. Quando l’uso, o meglio, l’abuso diventa eccessivo e quindi pericoloso, la Riduzione del Danno permette di “ridurre la temperatura”, ovvero fornisce strategie per un uso più controllato o per gestire emergenze che potrebbero mettere a rischio la vita del consumatore. Questo graduale approccio “step-down” incoraggia le persone con comportamenti ad alto rischio a fare “un passo alla volta” per ridurre le conseguenze dannose del loro comportamento.

L’astinenza vista come obiettivo finale del percorso, certamente, riduce notevolmente o elimina completamente il rischio di gravi danni associati all’uso

eccessivo di droghe o al sesso non sicuro. In questo senso, l'astinenza è inclusa come punto finale ideale del continuum che va da conseguenze eccessivamente dannose a conseguenze meno dannose, ma non deve essere imposta come unica soluzione alla complessa questione della dipendenza.

1.2.2 Il paradigma drug, set setting e l'uso controllato: Il modello di Norman Zinberg

Un altro modello teorico riconosciuto ed usato nell'ambito della Riduzione del Danno è quello proposto da Norman Zinberg, psichiatra psicoanalista e professore dell'Università di Harvard. Dopo anni di esperienza clinica nell'ambito delle dipendenze da sostanze, Zinberg si concentrò nell'analisi dei modelli di consumo non problematici e nel 1984 pubblicò il manuale "*Drug, Set and Setting – The basis for the controlled intoxicant use*".

Il suo modello è tutt'oggi usato nella progettazione di interventi di riduzione del danno. Il paradigma di Zinberg (1984) spiega l'uso di droga attraverso un modello "interattivo" a tre fattori: *drug*- la sostanza usata, *set*- la psicologia individuale del consumatore, *setting*- ovvero il contesto fisico e socio-ambientale in cui avviene il consumo. L'autore formula il ruolo del *set* e del *setting* a partire dell'idea che esistono vari e diversi modelli di consumo e non un unico modello di dipendenza.

L'autore sostiene inoltre che la prospettiva medica (o disease) del consumo considerato come una malattia potrebbe non essere sufficiente per comprendere la complessità del fenomeno. Egli si interroga sui motivi per cui alcune persone riescono a gestire il loro consumo in modo controllato (in certi casi anche sporadico) mentre altre perdono completamente il controllo sviluppando una dipendenza. Gossop, che riprende la teoria di Zinberg, nota che i fattori che danno conto del "controllo" vanno ricercati nella psicologia del consumatore (stati d'animo, motivazioni, aspettative) e, soprattutto, nel *setting*, cioè nelle "regole" sociali informali grazie alle quali le persone imparano a "gestire" le droghe invece che esserne sovrastate cita Gossop.

Per formulare il costrutto di *consumo controllato inteso* come forma di uso di sostanze stupefacenti che non determina una dipendenza, Zinberg non considera solo il ruolo delle caratteristiche chimico-farmacologiche delle sostanze, ma anche l'influenza attiva della psicologia del consumatore (Zinberg,1984). Quest'ultimo non apprende passivamente i modelli di comportamento, ma, al

contrario, sono le caratteristiche socio ambientali, insieme alla psicologia del soggetto, a costruire il modello di consumo (Zuffa,2001, pp.67).

Questo modello teorico coglie l'interazione tra l'individuo e il contesto non considerando la persona come soggetto passivo davanti al "potere della droga" ma, anzi, valorizzando la capacità decisionale che i consumatori possono esercitare sul loro uso.

CAPITOLO 2: AZIONI DI RIDUZIONE DEL DANNO. PROGRAMMI ED INTERVENTI

In questo capitolo cercherò di descrivere brevemente alcuni programmi e progetti a bassa soglia che applicano e declinano i principi di Riduzione del Danno in azioni di intervento con consumatori di sostanze. Descriverò in particolare alcuni servizi o programmi che applicano la Riduzione del Danno con un approccio a bassa soglia.

Alan Marlatt nel suo articolo "Come as you Are" descrive il costrutto di accesso a "bassa soglia" ai servizi tra i principi su cui si basa l'approccio di Riduzione del Danno.

Per *bassa soglia*, nell'ambito delle dipendenze da sostanze psicoattive, si intende un tipo di servizio sanitario che non impone la condizione di astinenza come prerequisito di accesso (Marlatt,1996).

L'esperienza di tirocinio da cui prende vita questa ricerca, mi ha portato a pensare che l'approccio di Riduzione del Danno si manifesta nell'intervento e nello scambio attivo con i consumatori insieme ai quali si attua concretamente l'intervento, adattandolo alle esigenze della specifica comunità con cui si entra in contatto. Per costruire un buon programma di supporto o di intervento è quindi necessaria una valutazione dei bisogni della comunità dei consumatori e del contesto sociale in cui si vuole collocare il servizio. Basare questi servizi su un approccio a bassa soglia consente di attrarre più consumatori, mantenerli in trattamento e dare loro un supporto effettivo, agendo anche nei luoghi di consumo attraverso un processo di relazione.

Attraverso la descrizione di azioni e progetti emergeranno aspetti e intenti differenti dei programmi pur sempre accomunati dai principi della Riduzione del Danno.

.

2.1 Il lavoro di strada: l'esperienza del Progetto Neuttravel

Nel suo articolo del 1996, Alan Marlatt descrive i principi di Riduzione del Danno, tra i quali pone quello dell'accesso ai servizi a bassa soglia come alternativa ai tradizionali servizi con accesso ad alta soglia e la prerogativa "drug free" (Marlatt,1996).

Il costrutto di *bassa soglia* è legato all'accessibilità dei servizi e identifica strutture facilmente raggiungibili dagli utenti, nonché servizi che si trovano in luoghi di consumo e di vita quotidiana come ad esempio la strada. Da un punto di vista psicologico *bassa soglia* significa proporre un servizio indipendente dalla decisione di astenersi totalmente dall'uso delle sostanze stesse e adottare uno stile di vita "*drug free*" (Zuffa,2001).

Come sottolinea Don Luigi Ciotti , grande attivista italiano e fondatore del Gruppo Abele che opera dagli anni '70 nell'ambito dell'intervento di strada e della tossicodipendenza "anche essere 'utenti' definisce una capacità d'uso di un servizio che a volte è un obiettivo da raggiungere ma non un punto di partenza, un presupposto per l'accesso alle prestazioni" (Ciotti, 1995, pp.18).

Grazia Zuffa aggiunge che "quando parliamo di bassa soglia non ci riferiamo soltanto a strutture che possono essere facilmente raggiunte dagli utenti ma anche strutture che vadano incontro nei luoghi abituali, come la strada"(Zuffae Meringolo, 2001, pp.117).

Infatti, gli obiettivi di molti progetti a bassa soglia che operano nel contesto di strada si basano sull'assunto di *outreach*, cioè sulla costruzione di interventi che si attuano all'esterno delle strutture e portano il servizio nelle aree in cui può sorgere il bisogno. Ciò avviene perché non tutti hanno la capacità di riconoscere un bisogno e rivolgersi autonomamente ad un servizio. In questo senso, portare il servizio direttamente ai consumatori rappresenta il principale modo per raggiungere il maggior numero di utenti che altrimenti non avrebbero accesso ai servizi o che non avrebbero la capacità di rivolgersi autonomamente.

Un aspetto su cui falliscono i servizi ad alta soglia è il fatto che il consumatore si trova a dover rispondere di un'etichetta medica che è strettamente legata ad uno stigma sociale. Molte persone, quindi, non si rivolgono ai servizi per la vergogna dello stigma associato ai problemi di dipendenze da sostanze o a malattie sessualmente trasmissibili.

Chi lavora tenendo presente i valori della Riduzione del Danno cerca di smantellare pregiudizi e superare barriere morali, al fine di conoscere e riconoscere tutte le possibili situazioni in cui l'essere umano può trovarsi. L'obiettivo non è di salvare o cambiare completamente la vita di queste persone, ma di offrire una "relazione d'aiuto leggera" (Ronconi, 1994,pp.32-36) non per intendere una mancanza di progettualità nel rapporto tra operatore e utente ma

per svincolare la scelta del “prendersi cura” dall’aspettativa di cambiamento. Susanna Ronconi, sottolinea inoltre che, che da parte degli operatori è importante occuparsi di aspetti metodologici senza però limitarsi allo svolgimento di una buona prassi, spesso non comunicabile, non valutabile e non replicabile. Per evitare collusioni e per essere considerato una pratica di cambiamento efficace, il lavoro di strada deve avere necessariamente un solido impianto metodologico. Questo perché esso si svolge in contesti ad alto tasso di conflittualità sociale, dove è presente il rischio di cadere in nuove forme di controllo sociale o di assistenzialismo e ghettizzazione. Inoltre, per sintetizzare le caratteristiche dell’operatore di strada dal punto di vista metodologico, è importante usare alcune parole come: “avalutatività”, “empatia”, “rinegoziazione”. Questi elementi sono alla base di una relazione che rinuncia a posizioni di potere per favorire un incontro più autentico (Zuffa,2001, pp.140). In questa maniera si allarga il bacino di utenza abbassando i requisiti di accesso dei classici servizi sanitari ad alta soglia che impongono al consumatore un drastico cambio di abitudini spesso insostenibile e inconciliabile con la vita di strada.

I programmi che operano nel contesto di strada con accesso a bassa soglia diventano espressione dei principi di Riduzione del Danno poiché l’evoluzione di questo approccio, come discusso nel primo capitolo, è nata da programmi provenienti “dalla strada” e “rivolti alla strada”. Essi hanno come valori fondamentali la salvaguardia della sanità pubblica (Public Health), il diritto alla cura e il miglioramento delle condizioni di vita per l’intera comunità. Infine, essi rispettano l’interdipendenza tra individuo ed ambiente poiché incontrare l’individuo nel suo contesto di vita fornisce una maggiore comprensione del contesto nel quale il consumo avviene e quindi delle interazioni, rituali, e abitudini legati ad esso.

Gli interventi di Riduzione del Danno in contesto di strada e/o con accesso a bassa soglia si occupano prima di tutto, di mappare le zone di consumo al fine di individuare i luoghi in cui è opportuno fornire supporto in prossimità. I principali programmi o progetti di Riduzione del Danno a bassa soglia prendono vita sul territorio e si declinano in diverse attività, come la distribuzione di materiale informativo e materiale sterile per il consumo controllato (ad esempio per iniezione, inalazione, o fumo) o per il sesso sicuro, e anche servizi di drug

checking. I Drug Checking sono programmi di analisi istantanea di sostanze stupefacenti e prendono servizio in particolari luoghi di consumo di sostanze, in prossimità di grandi eventi o dei luoghi del divertimento notturno. I servizi di Drug Checking hanno l'intento di offrire supporto nei luoghi di festa notturna in cui i consumatori fanno principalmente uso di sostanze psicoattive stimolanti. I programmi di Riduzione del Danno in questi contesti prevedono la creazione di spazi chill-out, rifornimento gratuito di acqua, personale formato al primo soccorso e servizi di Drug Checking (Brunt ,2017, pp.4). I programmi di Drug Checking sono presenti, oggi, in diversi Paesi dell'Europa occidentale e degli Stati Uniti d'America. Il primo programma di Drug Checking in Europa è nato in Olanda nel 1992, quando il Ministero della Sanità decise di aprire il Drug Information and Monitoring System (DIMS). Il DIMS fu istituito come progetto scientifico con l'obiettivo di monitorare l'ingresso di nuove sostanze nel mercato della droga con attenzione sulle dosi, la composizione, le sostanze adulteranti (il taglio in gergo) e la diffusione. Questi programmi vennero implementati successivamente in molti Stati Europei e declinati nella forma e nei luoghi del divertimento notturno (Brunt 2007, pp 4-5)

In questo elaborato ho scelto di descrivere il progetto Neuttravel, un progetto italiano che ha sede a Torino, riconosciuto a livello nazionale per il suo lavoro sul territorio e in particolare per l'azione di Drug Checking che svolge nei luoghi dei grandi eventi (come festival, concerti, rave party, eventi di musica elettronica, etc...).

Questo progetto ha dovuto sospendere le attività dopo 15 anni dal suo inizio per mancato stanziamento di fondi dalla regione Piemonte supportata dalle decisioni politiche dell'attuale governo italiano.

Il Progetto Neuttravel nasce nel 2007 da una partnership tra il settore pubblico (Asl TO4) e privato sociale (CNCA Piemonte-Cooperativa Sociale AliceOnlus), agisce sul territorio di tutta la regione Piemonte ed è cresciuto di rilevanza grazie al progetto "NOTTE SICURA: Chill Out!!!" che porta il servizio di Riduzione del Danno nei luoghi di divertimento notturno, con particolare attenzione all'analisi delle sostanze. Il progetto consiste nell'offrire; un'area informativa, un'area sanitaria attrezzata, gestita da personale qualificato che offre supporto sanitario di base e aiuto nella gestione di possibili emergenze, un'area chill-out e un'area di test. L'area adibita al drug-checking è gestita da un operatore e da

tecnici di laboratorio (Neuttravel, sito web). Le sostanze vengono analizzate tramite l'uso di tester a coloramento con risultato istantaneo, in grado di rilevare la "purezza" della sostanza e l'eventuale presenza di adulteranti pericolosi e potenzialmente nocivi. La spiegazione dell'analisi della sostanza viene accompagnata da un colloquio informativo che permette di aumentare la consapevolezza del frequentatore sulla sostanza e informarlo tempestivamente se circolano sostanze pericolose. (Neuttravel, sito web).

Il ruolo dell'operatore è fondamentale per suscitare una riflessione e instaurare un confronto esperto libero da giudizi e pregiudizi.

Il progetto Neuttravel agisce secondo le teorie di outreach: ovvero cercare di raggiungere il target nel suo "ambiente naturale" dove i comportamenti di consumo vengono attuati, con l'obiettivo di ridurre i danni e limitare i rischi nei contesti di divertimento notturno. L'equipe che opera sul campo è multidisciplinare e multiprofessionale, composta da assistenti sociali, educatori, psicologi, sociologi, chimici, infermieri ed operatori pari ovvero persone che provengono e frequentano attivamente i contesti in cui viene erogato il servizio (Neuttravel, sito web).

La presenza di progetti come Neuttravel è fondamentale nel mondo attuale in cui la cultura giovanile dei grandi eventi e festival convive strettamente con l'utilizzo di sostanze. Inoltre, Neuttravel promuove valori di Riduzione del Danno nella bassa soglia riuscendo ad entrare in contatto con un elevato numero di consumatori che si sentono a loro agio ad avvicinarsi in quanto è percepito vedono come un servizio costruito per il consumatore e non per ostacolarlo.

Come emerge dai Report pubblicati sul sito di Neuttravel, l'efficacia di questo progetto è valutata in riferimento ai dati che vengono raccolti tramite questionari sui servizi di Alcol test e drug checking nei luoghi in cui prende vita il servizio (Neuttravel, sito web)

Si riscontra che circa una sostanza su tre è differente da quello che la persona aveva pensato di acquistare. Inoltre, è stato registrato che la metà dei consumatori che scopre di essere in possesso di una sostanza diversa dall'attesa, decide di non assumerla. Questo elemento va a sostegno del fatto che l'aumento dell'informazione e della consapevolezza del consumatore aiutano costruire strategie di auto-prevenzione nel consumatore.

Possiamo concludere che i servizi di drug checking aiutano a ridurre l'assunzione di sostanze pericolose, determinando in questo modo una riduzione dei costi sociali, sanitari ed economici a beneficio dell'intera comunità, come sempre più si verifica nell'implementazione di programmi di Riduzione del Danno (A.S.L. TO4,2018).

2.2 Programmi con prescrizione a mantenimento

La prescrizione medica di sostanze stupefacenti per contrastare gli effetti negativi dell'astinenza ha le sue radici storiche nelle scelte politiche della comunità internazionale a seguito della conferenza dell'Aja del 1912 dove per la prima volta si giunge alla conclusione che la produzione e il commercio di oppio e cocaina dovevano essere portati sotto il controllo dei governi e il loro impiego doveva essere limitato a scopi strettamente medici (Zuffa,2000, pp.51). Il governo britannico approvò poi, nel '20 la prima legge di stampo proibizionista (Dangerous Drug Act) che criminalizzava il consumo non medico delle sostanze stupefacenti. Venne, così, nominato nel 1926 un comitato di medici, presieduto da Sir H.D. Rolleston per discutere sul problema della dipendenza dalle sostanze da poco dichiarate proibite. Ed è proprio in questo primo rapporto redatto da Rolleston che troviamo le prime considerazioni sull'importanza di garantire un servizio terapeutico per quei consumatori che non riuscivano a mantenere uno stato di totale astinenza, il rapporto infatti riporta che: “ quando si sia fatto ogni sforzo possibile (...) per condurre il paziente in una condizione di affrancamento della dipendenza dalla droga, e quando questi tentativi si siano rivelati infruttuosi , può esser giustificata in alcuni casi la prescrizione della minima dose necessaria di sostanza, sia per combattere i sintomi dell'astinenza, sia per mantenere il paziente in una condizione tale da poter condurre una vita utile” (Rolleston Report , in Zuffa 2000, pp. 52). La prescrizione di sostanze a mantenimento si propone andare al di là della semplice cura dell'individuo, aprendo il dibattito su una visione globale di benessere collettivo, in linea con i principi di Public Health e anticipando quelli della riduzione del danno. La finalità della prescrizione terapeutica è quella di condurre il paziente ad una “*vita utile*” e produttiva dal punto di vista economico e sociale, a beneficio dell'intera comunità.

La situazione iniziò a cambiare negli anni '60 quando il numero di tossicodipendenti cambia rapidamente toccando una misura considerevole;

vennero introdotte sul finire degli anni '60 le prime restrizioni e venne vietato ai medici del servizio nazionale inglese di prescrivere eroina e cocaina a mantenimento e da quel momento in poi questo trattamento sarà concesso solo alle *drug clinics*. (Zuffa,2000, pp.54) Nel 1976 emersero i primi studi comparativi fra trattamenti a mantenimento con eroina e metadone per via orale e quest'ultimo venne considerato come trattamento d'eccellenza in quanto rilevava che "Il rifiuto di prescrivere eroina è associato sì ad un tasso di astinenza più elevato, ma al costo di un accresciuto tasso di arresti e di un più alto livello di coinvolgimento nel consumo di droghe illecite e di attività criminali di coloro che non sono approdati all'astinenza" (Zuffa,2000, pp.55). Da quel momento la prescrizione di eroina a mantenimento fu rimpiazzata definitivamente dal metadone orale e anche la stessa pratica a mantenimento cominciò a decadere andando ad essere sempre più sostituita da programmi a termine in cui il metadone veniva progressivamente scalato per indurre il paziente ad uno stato di totale astinenza. La scelta di privilegiare il metadone orale corrisponde ad un abbandono del paradigma di Public Health a favore di un modello medico e morale, in linea anche con le politiche repressive che stavano avanzando negli Stati Uniti. Visto lo sviluppo storico di questa prassi, Grazia Zuffa (data) delinea due modi o "due culture" del trattamento metadonico a mantenimento: una medica caratterizzata un approccio in linea con l'approccio biologistico e farmaceutico e l'altra ispirata alla Riduzione del Danno e al paradigma di Public Health. L'approccio medico (e anche morale) alla prescrizione a mantenimento è solitamente legato ai servizi ad alta soglia dove i pazienti devono sottoporsi ciclicamente ad esami delle urine per controllare che non vi sia presenza di sostanze illecite nell'organismo. In alcuni casi questi trattamenti attuano un *sistema di penalità* in cui se viene rilevata la presenza di altre sostanze illecite nell'organismo, vengono aumentate le dosi di metadone (anche contro la volontà del soggetto) oppure i soggetti vengono espulsi dal trattamento (Zuffa,2001).

Un ulteriore aspetto critico riguardo alla modalità di prescrizione di metadone ad alta soglia deriva dalla relazione tra medico e paziente.

La dipendenza viene rafforzata dal controllo dei medici sui programmi ed emerge un importante aspetto psicologico: i pazienti che precedentemente conducevano una "vita di strada" basata unicamente sulle proprie risorse

personali, una volta entrati nel programma istituzionalizzato diventano passivi nella gestione del loro consumo, perdendo la loro autonomia e diventando “*condannati a dipendere dalla prescrizione medica*” (Ibid., pp.176-177).

Un approccio di Riduzione del Danno alla prescrizione a mantenimento è possibile ed è riscontrabile nei servizi ad accesso a bassa soglia in cui la somministrazione di metadone è parte di un sistema di presa a carico attraverso un modello di prevenzione variegato che ha il principale “*obiettivo di raggiungere il maggior numero possibile di consumatori*” (Ibid., pp.177). Ciò avviene primariamente attraverso la ricezione dei potenziali utenti nei loro contesti di consumo. Si cerca di instaurare un dialogo e di fornire informazioni sul servizio, nonché sui rischi e i danni correlati a comportamenti promiscui o non protetti. Viene inoltre messo a disposizione del materiale per la riduzione dei danni connessi all’assunzione come siringhe sterili e distribuzione di metadone per coloro che vogliono ridurre o interrompere l’assunzione per via iniettiva. Come ci fa riflettere l’autrice in questa modalità di servizio, i programmi metadonici a bassa soglia rappresentano uno degli anelli di “*riconoscimento di cittadinanza ai consumatori*” (Ibid., pp.178) in quanto questi hanno diritto a ricevere un’assistenza adatta ai loro specifici bisogni, anche in assenza della volontà di cessare l’assunzione. Questi interventi sono finalizzati a ridurre lo stigma e a promuovere la *normalizzazione* sia dell’inclusione nella comunità che di comportamenti responsabili da parte di chi consuma sostanze in maniera abusiva. L’altro aspetto che riporta l’autrice è “*il riconoscimento della soggettività ai consumatori nel rapporto coi servizi*”: vale a dire adattare i servizi sociosanitari ai bisogni specifici di chi li utilizza, così da poter lavorare con gli utenti “*in quanto tali*” ancora prima che per “*guarirli*”. Questo punto di vista consente di “*depatologizzare*” la questione droghe e di dare voce e “*dignità pubblica ai consumatori come soggetto collettivo*” (Ibid., pp.179), poiché la voce dei consumatori diventa la voce degli esperti se loro stessi sono consapevoli dei propri bisogni. Il sistema di servizi che meglio è riuscito ad integrare principi della Public Health e della Riduzione del Danno ai programmi di distribuzione di metadone a bassa soglia è quello olandese, in particolare quello di Amsterdam su cui ci soffermeremo brevemente. Nel 1979 fu introdotto (poi implementato nel 1982) il programma a bassa soglia “*Methadone by bus*”, un servizio mobile all’interno di un autobus attrezzato che

quotidianamente ripercorre itinerari prefissati nelle vicinanze delle zone di consumo e di spaccio. In questo caso il metadone stesso aiuta nell'obiettivo di outreach dei consumatori, che non si rivolgerebbero autonomamente ai servizi. Per accedere al servizio di distribuzione quotidiana di metadone, ai consumatori è richiesto solo di mantenere un contatto regolare con un medico di base e di iscriversi al registro centralizzato dei programmi metadonici. Non sono richiesti altri vincoli come quelli presenti nei servizi tradizionali ad alta soglia e *drug free* (Ibid.,2001).

Il programma "Methadone by bus" svolge, inoltre, una funzione di assistenza di base e di outreach volto anche ad informare e indirizzare i consumatori interessati verso altri servizi che attuano trattamenti più specifici, dove possono accedere non solo alla terapia metadonica, ma anche all'assistenza medica e a forme di sostegno sociale, oppure a servizi ad alta soglia che perseguono l'obiettivo dell'astinenza. Il sistema sanitario olandese prevede, poi, che dopo un momento di stabilizzazione della dipendenza la prescrizione di metadone venga gestita dai medici di base senza il bisogno di recarsi presso gli appositi servizi.

2.3 La Riduzione del Danno nel Nordest brasiliano: il CAPS A/D III di Petrolina, Pernambuco

Questo elaborato, come esplicitato anche nell'introduzione, è collegato alla mia esperienza di tirocinio svolto presso un CAPS A/D III nella città di Petrolina, Pernambuco, Brasile. In riferimento al sito del Ministero della Salute del governo brasiliano, i CAPS sono classificati come centri di attenzione psicosociale di carattere aperto e comunitario. Queste strutture si occupano di offrire percorsi di cura a persone con problemi di salute mentale o con dipendenza da sostanze come alcol, crack o altre droghe, con particolare attenzione per gli utenti che si trovano in situazione di crisi o di riabilitazione psicosociale. I CAPS possono essere suddivisi in CAPS (I, II, III) e CAPS A/D (IIII e IV) a seconda della loro funzione, del servizio offerto e del pubblico a cui si rivolgono. Inoltre, a seconda della dimensione del territorio di pertinenza, vengono specializzati per fasce di età o per bisogni specifici. Nelle zone popolate almeno da 15.000 abitanti solitamente sorge un solo CAPS I che si rivolge a tutte le fasce di età, supportando gli utenti con problemi di salute

mentale così come utenti che manifestano una dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti. Diversamente, per quanto riguarda i territori popolati da più di 70.000 abitanti i servizi offerti dai CAPS si suddividono in base all'utenza.

I CAPS I "criança e adolescentes" si occupano esclusivamente di bambini e adolescenti con problemi di sanità mentale e/o coinvolti nell'abuso di alcol e sostanze stupefacenti. I CAPS II invece offrono un servizio a utenti di tutte le fasce di età, coinvolti nelle stesse problematiche. Infine, I CAPS A/D sono specializzati nel trattamento delle problematiche inerenti all'uso non controllato di alcol, crack e altre sostanze psicoattive. Nelle città con oltre 150.000 abitanti esistono strutture ancora più sviluppate: CAPS III e CAPS A/D III. Questi si differenziano dagli altri servizi in quanto forniscono anche la possibilità di ricovero notturno per una decina di pazienti e per un tempo massimo di una settimana. Infine, nelle città popolate da più di 500.000 abitanti vi sono i CAPS IV, adibiti ad offrire un servizio 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per rispondere a situazioni di urgenza ed emergenza con un eventuale possibilità di ricovero (Ministério da Saúde, n.d.)

Il centro in cui ho svolto la mia esperienza di tirocinio e su cui mi soffermerò in questo paragrafo è un CAPS A/D III, dove ho affiancato il lavoro dell'equipe multidisciplinare che si occupa dell'assistenza agli utenti.

Cercherò di spiegare brevemente come si declinano i principi della Riduzione del Danno nel contesto socioculturale in cui si inseriscono, per questo motivo è importante fare una piccola descrizione di tale ambiente.

La città di Petrolina è collocata nella zona Nord-Est del Brasile, dove la maggior parte della popolazione discende da comunità africane schiavizzate e deportate sin dall'epoca del colonialismo, e da popolazioni indigene, anch'esse sottomesse e sfruttate dall'arrivo dei primi colonizzatori europei. Tali processi storici hanno fatto in modo che in queste zone si conservasse una forte identità culturale popolare, che si rispecchia tutt'oggi in un profondo senso di appartenenza comunitaria. Tuttavia, questo ha avuto un impatto negativo sullo sviluppo economico e sulle capacità produttive della regione, lasciando gran parte della popolazione al di sotto della soglia di povertà.

La vita di strada è una condizione comune e condivisa in questo contesto. Inoltre, potremmo dire che i *luoghi della strada* facilitano l'accesso al consumo non controllato di sostanze (Owczarzak,2020).

I luoghi, come sostiene l'articolo di Owczarzak e altri, mediano le relazioni tra attori e oggetti ed è attraverso le interazioni tra luogo, attori e oggetti che si crea e si trasforma il significato di quel luogo (Owczarzak,2020,)

In questo senso è importante che almeno una parte del lavoro con persone che vivono la strada e che presentano un rapporto problematico con droghe venga seguito "sul campo", nei luoghi in cui si crea e risignifica il consumo di sostanze.

Il Brasile, dal 2011, ha implementato, all'interno del Programma Nazionale di Attenzione Basica il servizio di Consultorio na Rua. Tale servizio è stato concepito per ampliare l'accesso della popolazione marginalizzata che vive in contesto di strada ai servizi sanitari, cercando di facilitarne l'approssimazione. Il Consultorio na Rua (analoga all'Unità di Strada) è il servizio a bassa soglia che si occupa di creare un ponte tra i cosiddetti "moradores de rua" (abitanti della strada) e i servizi sanitari, come i CAPS A/D . (Ministério da Saúde, n.d.) Questo servizio svolge un ruolo importante sia nella diffusione di informazioni inerenti alla riduzione dei rischi e dei danni, sia nel monitoraggio settimanale delle zone "della droga". Molto spesso l'utenza del Consultorio na Rua è coinvolta in episodi di microcriminalità e consumo di sostanze. In questa cornice si inserisce la Riduzione del Danno come approccio di supporto agli utenti la cui esposizione alle sostanze stupefacenti rappresenta un rischio molto elevato per la vita. Questo lavoro di rete tra il Consultorio na Rua e il CAPS A/D III è molto efficiente nella città di Petrolina in quanto diversi operatori lavorano in entrambi i servizi.

Infatti, spesso accade che il Consultorio na Rua interviene indirizzando i suddetti verso i CAPSA/D III, dove viene eseguita dagli operatori una prima accoglienza. Successivamente, i singoli casi vengono valutati dall'equipe multidisciplinare per decidere il percorso di trattamento a cui sottoporre l'utente. Gli interventi variano a seconda della gravità del caso. La prassi standard implica che ogni utente accolto effettui degli incontri con varie figure di riferimento. Uno psichiatra, che può valutare di prescrivere una terapia farmacologica sovvenzionata dal centro d'intervento. Uno psicologo, preposto a pianificare un ciclo di colloqui includendo eventualmente anche il nucleo familiare. Un riduttore del danno, che organizza incontri sia individuali che di gruppo relativi alla gestione del consumo di sostanze. Nei casi più gravi o

considerati ad alto rischio, la struttura propone un ricovero notturno fino ad un massimo di 7 notti.

Il CAPS A/D III lavora in un'ottica di Riduzione del Danno in quanto si tratta di un servizio a bassa soglia in cui non è richiesto lo stato di astinenza per accedervi. Non vengono imposte aspettative di cambiamento radicale a meno che questo non sia esplicitamente voluto dall'utente che si rivolge al servizio. I CAPS furono istituiti negli anni '80 anche con l'intento di dare un'alternativa all'intervento manicomiale, oggi ancora presente in Brasile. Questi centri, infatti, cercano di fungere da intermediari tra il consumatore o il malato psichiatrico e il ricovero coatto in manicomio al fine di prevenire i danni che i ricoveri possono provocare e che spesso non restano episodi isolati nella vita degli utenti. (S.Gomes, 2018).

Tra i ruoli presenti nell'equipe multidisciplinare che lavora nel CAPS A/D III di Petrolina, vi sono alcuni operatori di settore chiamati "riduttori del danno" che svolgono diverse funzioni di intervento con gli utenti.

Tra le attività che svolgono questi operatori sono previste: visite domiciliari nei luoghi di vita degli utenti, che possono essere i domicili o le strade, al fine di monitorare l'andamento del loro percorso, per indagare sull'abbandono del percorso, o in caso di urgenza segnalata da qualcuno presso il centro CAPS in cui l'utente risulta registrato. In questi casi la sua funzione principale è quella di mediatore: sia con le famiglie, se presenti, che con il contesto di strada, cercando di fornire supporto e strumenti per affrontare con maggiore efficacia situazioni difficili come l'astinenza o l'intossicazione. Svolge inoltre, sia colloqui di gruppo sia individuali, creando spazi di dialogo e riflessione sul rapporto che utenti hanno con il proprio consumo mediante un processo di distinzione dell'uso dalle altre attività della vita quotidiana. Ciò consente di razionalizzare alcuni comportamenti automatici su cui molti hanno perso la capacità di riflessione e di gestione.

Come introdotto in precedenza, nel caso di Petrolina, alcuni riduttori del danno lavorano sia nel Consultório na Rua sia all'interno del servizio CAPS A/D III creando una continuità tra la ricezione in strada e gli enti di assistenza. Attraverso l'attività in strada, tengono sotto controllo le condizioni sanitarie di base e i bisogni di queste persone che spesso non hanno contatti con familiari o supporti di altro tipo al di fuori della rete dei pari di strada.

I riduttori del danno possono proporre attività laboratoriali di vario tipo che siano connesse con la tematica della Riduzione del Danno e di promozione della salute. Come scrive Marla Gomes, coordinatrice del Consultorio na Rua di Petrolina, “Il nostro lavoro mira a soddisfare le necessità sanitarie delle persone che vivono per strada, andando a cercare queste persone, registrandole, accompagnandole anche ai servizi medici e proporzionando questi momenti con momenti di svago, cultura e arte” (Gomes, M. 2022).

In questo contesto si inserisce il lavoro di Sagui, un professore di Capoeira Angola, Sociologo e Riduttore del Danno che da due anni lavora nell’Unità di accoglienza del CAPS A/D III di Petrolina. Egli lavora con l’approccio di Riduzione del Danno nell’ottica della disciplina della Capoeira Angola utilizzandola come strumento terapeutico e di promozione della salute. Descriverò brevemente i motivi di connessione tra la Riduzione del Danno e la Capoeira Angola, come è sorta l’intuizione di promuovere salute attraverso questa disciplina e quale tipo di benefici porta alle persone che la praticano in contesto di strada anche sotto effetto di sostanze o di astinenza.

Nella letteratura scientifica possiamo fare riferimento ad esempi riconosciuti a livello internazionale di progetti che implementano l’insegnamento della Capoeira in diversi contesti che presentano problematiche psicosociali.

Ne è un esempio “STARTTS Progetto Bantu, Capoeira Angola”, attivo dal 2007 nella città di Sidney, Australia, che si impegna a portare la Capoeira Angola nelle scuole secondarie della zona (Momartin et al., 2018). Il riferimento a questo programma ci aiuterà a comprendere meglio quali aspetti di attenzione psicosociale possono essere sviluppati attraverso l’implementazione di questa disciplina.

La Capoeira è una disciplina brasiliana di origine afro-indigena, nata dall’incontro tra le comunità africane deportate e schiavizzate nelle piantagioni e i popoli indigeni dell’entroterra brasiliano, dove gli schiavi fuggitivi trovarono rifugio. La Capoeira testimonia i valori popolari locali della zona del nordest brasiliano attraverso un linguaggio proprio della cultura afro-indigena legato alle tradizioni popolari e spirituali. La Capoeira Angola ha un forte fondamento filosofico di non-violenza e di cooperazione che incoraggia i partecipanti ad assumersi la responsabilità del rispetto reciproco (Momartin et al., 2018).

È interessante vedere quali frutti può portare l'inserimento di questa disciplina all'interno di un percorso terapeutico di persone con problemi di salute mentale o di consumo abusivo di sostanze nel contesto culturale da cui proviene la Capoeira.

Sagui racconta, in una breve intervista condotta da me, che l'idea è nata nel 2016 quando, insieme al suo gruppo di Capoeira aveva iniziato ad esibirsi in "rodas de capoeira" nella piazza centrale della città di Petrolina, luogo particolarmente frequentato da senzatetto (*moradores de rua*) e consumatori. È stato subito evidente il potenziale aggregativo che la dimensione della capoeira porta con sé e di come questa potesse essere usata come mezzo per promuovere un senso di comunità autentico attraverso il riconoscimento valori culturalmente condivisi. Egli afferma inoltre che la connessione che c'è tra la Capoeira e la Riduzione del Danno è "come un rafforzamento (fortalecimento, empowerment) dell'equilibrio tra il corpo e la mente". "La Capoeira- continua - agisce come un sistema immunitario nell'individuo marginalizzato per affrontare in maniera fisica e spirituale lo scontro con machismo, razzismo, omofobia e altri problemi che si inseriscono nel contesto della strada e del ricovero. Anche la prospettiva di Riduzione del Danno si colloca lì, nell'umanizzazione del soggetto e del suo uso abusivo di sostanze".

L'altro aspetto notevole che riporta Sagui riguarda l'attività fisica con persone sotto effetto di sostanze o in stato di astinenza: "il movimento stimola la lucidità, mentre la musica va lavorare sulla parte sensoriale, sulla coordinazione motoria e la sensibilità artistica" andando a lavorare sul benessere non solo psico fisico ma anche emotivo e spirituale. Non esistono ancora valutazioni di efficacia sullo specifico progetto portato avanti da Sagui, per cui farò riferimento alle valutazioni di efficacia di altri progetti simili che usano la Capoeira Angola per sviluppare competenze psicosociali.

Dalla valutazione di un progetto di Psicoanalisi e Capoeira Angola nei CAPS A/D di Fortaleza si evince che grazie all'intervento multidisciplinare si è riusciti a stimolare le capacità di riflessione e rinforzare l'idea del soggetto come attore sociale (Galdiano Vieira de Matos N., Silva Neves A., 2011).

Inoltre, dai risultati riportati dal Progetto STARTTS si rileva come la disciplina della Capoeira Angola sia efficace nel rinforzare la forza personale e a

sviluppare capacità di *self-empowerment*, tenendo conto della diversità e del modo in cui le persone esprimono la resilienza (Momartin et al., 2018).

Potremmo concludere dicendo che la Capoeira Angola viene utilizzata come strumento di empowerment, al servizio della riduzione del danno, agendo su aspetti caratteristici del costrutto di empowerment sia sul singolo (*self-empowerment*) che a livello di comunità.

Grazia Zuffa e Patrizia Meringolo parlano di empowerment come un costrutto articolabile a più livelli e composto da più aspetti psicologici come il *locus of control* e il *senso di autoefficacia*.

Il *locus of control* è un costrutto della psicologia sociale, “usato per descrivere le modalità con cui i soggetti spiegano le cause degli eventi e il ruolo che percepiscono di ricoprire”. Esso viene identificato dagli estremi di un continuum: il locus of control interno e locus of control esterno. Studi di psicologia di comunità hanno dimostrato che le persone che si trovano in una situazione di marginalità tendono a sviluppare un locus of control interno estremo. Questo può portare ad una condizione nota come “learned helplessness” ovvero un senso di passività appresa, consolidata nel tempo come risposta abituale, facilmente riscontrabile nell’utenza di strada.

La *percezione di autoefficacia*, costrutto introdotto da Bandura nel 1986, “indica la consapevolezza di essere capace di scegliere i comportamenti più adeguati ai risultati che si desiderano”

è un costrutto molto importante da implementare soprattutto nell’ambito della promozione della salute in quanto, come ribadisce l’autrice, “i comportamenti di promozione del benessere sono rinforzati dalla percezione dei risultati raggiunti” (Zuffa e Meringolo, 2001, pp.131-132).

Gli obiettivi dei programmi di empowerment convergono nell’attivare o riattivare competenze e risorse esistenti. In questo senso, la Capoeira Angola riesce a stimolare sia il locus of control, poiché il soggetto è l’unico responsabile delle sue azioni durante la pratica del *jogo* (duello) con gli altri, sia la percezione di autoefficacia poiché stimola aspetti ancestrali e istintuali che liberano la persona dalla pressione del fallimento.

CONCLUSIONI

La riduzione del danno, nella mia esperienza di tirocinio è stata una chiave per interpretare il contesto in cui mi trovavo; mi ha aiutato a decostruire la paura del pericolo e a farmi sentire meno estranea a una società diversa da quella in cui sono nata. Conoscere da vicino ciò che fa paura da lontano a volte lo rende meno terrificante.

Il campo d'indagine di questa ricerca si è dimostrato essere di natura complessa e sfaccettata, mettendo in luce una fitta intersezione tra gli aspetti politici, sociali, sanitari, farmaceutici e psicologici della risposta all' abuso di sostanze. A fronte di ciò, mi rendo conto di aver colto solamente alcune delle molteplici sfumature di questo tema così vasto e controverso. Tuttavia, credo che la Riduzione del Danno dovrebbe essere un presupposto per tutti i professionisti che si interfacciano con un'utenza che presenta problemi con l'abuso di sostanze. Questo approccio infatti, se applicato in maniera sistematica, mira a decostruire una visione demonizzante del mondo della droga e dei suoi utenti, cercando invece di evidenziare il fatto che l'abuso di sostanze non avviene solamente in condizioni di marginalità, ma si manifesta anche in realtà prossime a tutti. Un applicazione efficace dell' approccio di Riduzione del Danno infatti non può prescindere dal senso comune, inteso come accettazione comunitaria del consumatore in quanto persona e non in quanto "tossico". Tale approccio permette di confutare il presupposto che un consumatore abituale di sostanze sia o un criminale o un malato, aprendo così una terza prospettiva che vede l'individuo come persona inserita nel suo contesto. Viene perciò dato un senso diverso all' abuso di sostanze, considerando il setting e il singolo in quanto soggetto attivo(set) come elementi fondamentali che generano la situazione di assunzione. Di conseguenza, è molto importante che anche le istituzioni inizino ad accogliere questo tipo di approccio, delineando politiche che vadano oltre una prospettiva classica di lotta alla droga e che considerino l'assunzione di sostanze come un fenomeno diffuso e impossibile da arrestare affidandosi esclusivamente a politiche proibizioniste. Un punto di partenza per fare sì che questo meccanismo si inneschi potrebbe essere puntare su una sensibilizzazione ad ampio spettro, capace di coinvolgere la comunità nel suo insieme. Come mostrano i documenti di Neutavel, i programmi di Riduzione del Danno diventano efficaci se i consumatori sono al corrente dell'esistenza del servizio

e sanno come e dove trovarlo (Neutavel,n.d.). Per questo motivo è auspicabile che programmi come Neutavel, e in generale i programmi a bassa soglia, vengano finanziati invece che repressi come sta accadendo attualmente in Italia.

BIBLIOGRAFIA

- Berridge V. (1993), “Harm Minimization and Public Health: an Historical Perspective”, in N. Heather, A.Wodak, E.Nadelmann, P.O’Hare (eds.), *Psychoactive Drugs and harm Reduction: From Faith to Science*, Whurr Publishers, London, pp.55-65.
- Brunt, T. (2017). Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges.
- Buning, E. C., Van Brussel, G. H., & Van Santen, G. (1990). The 'methadone by bus' project in Amsterdam. *British journal of addiction*, 85(10), 1247–1250.
<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1990.tb01598.x>
- Ciotti L.(1995), “Introduzione”, in Progetto Formazione Capodarco (a cura di) *L’operatore di strada* , La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Drucker, E. (1995). Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health*, 1(2), 134-42.
- Galdiano Vieira de Matos N., Silva Neves A., (2011,June). *CAPS-POEIRA: um modo de intervenção no CAPS-ad*. *Revista Mal-Estar e Subjetividade-Fortaleza*. Vol. XI N.2. p.817-841
- Gossop M. (2000), *Living with Drugs*, Ashgate, Aldershot.
- Marlatt G. A. (1996). Harm reduction: come as you are. *Addictive behaviors*, 21(6), 779–788.
- Meringolo P., Zuffa G., (2001), *Droghe e Riduzione del Danno: Un approccio di psicologia di comunità*, Edizioni Unicopli.
- Momartin S., da Silva Miranda E., Aroche J., Coello M., (2018, July). Intervention, *Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*, Volume 16, Issue 2.

- Newcombe R. (1992), “La Riduzione del Danno correlato all’uso di droga. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca”, in P.O’Hare, R.Newcombe, A. Matthews, E.C.Buning, E.Drucker (eds.), *The Reduction of Drug-related Harm*, Routledge, New York, tr. it. *La riduzione del danno*, edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.
- O’hare P.A. (1992),”Prefazione. Note sul concetto di riduzione del danno”, in P.O’Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Buning, E.C. Drucker (eds.), *The reduction of Drug-related Harm*, Routledge, New York, tr. it. *La riduzione del danno*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1994, pp.1-6.
- O’Hare P. (2007). Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *The International journal on drug policy*, 18(2), 141–144.
- Owczarzak, J., Weicker, N., Urquhart, G., Morris, M., Park, J. N., & Sherman, S. G. (2020). "We know the streets:" race, place, and the politics of harm reduction. *Health & place*, 64, 102376.
- Rolleston Report (1926), *Report of the Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction*, HmsO, London
- Ronconi S.(1994), “Limitazione del danno: qualche osservazione sul dibattito italiano”, *Il seme e l’albero*, II,4,pp.32-36
- van Brussel, G., & Buning, E. (1988). Public health management of AIDS and drugs in Amsterdam. *NIDA research monograph*, 90, 295–301.
- van de Wijngaart, G. F. (1991). *Competing perspectives on drug use: The Dutch experience*. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Zinberg N. (1984), *Drug, Set and Setting*, Yale University Press, New haven.
- Zuffa G. (2000), *I drogati e gli altri*, Sellerio, Palermo

SITOGRAFIA

- A.S.L. TO4, (2018, 26 March), *Il Progetto Neutavel e la Giornata Mondiale del Drug Checking*, 31 marzo. <https://www.aslto4.piemonte.it/notizie.asp?N=1309>
- Gomes,S. (2018,February 21). *Reforma antimanicomial no Brasil: do horror aos dias de hoje*. Fiotec. <https://www.fiotec.fiocruz.br/noticias/projetos/4880-reforma-antimanicomial-no-brasil-do-horror-aos-dias-de-hoje>
- Gomes, M., (2022, December 13). *Consultório na Rua atende mais de 700 usuários em Petrolina*. Nossavoz. <https://www.blognossavoz.com.br/consultorio-na-rua-atende-mais-de-700-usuarios-em-petrolina/>
- Ministério da Saúde, (n.d.), *Consultório na Rua*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/consultorio-na-rua/>
- Ministério da Saúde, (n.d.), *Centro de Atenção Psicossocial – CAPS*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>.
- Neutavel, (n.d.), *Neutavel Porject*. <https://www.neutavel.net/chi-siamo>