

Cocaina: verso un modello di autoregolazione Nuovi sviluppi nella Riduzione del danno

di Grazia Zuffa¹

In molti paesi europei e al di fuori dell'Europa, esiste un ampio corpo di ricerche sui consumatori di cocaina reclutati al di fuori dei canali istituzionali (studi cioè basati su campioni di soggetti non contattati attraverso i servizi per le dipendenze o attraverso le istituzioni giudiziarie). Questi studi mostrano una varietà di modelli e traiettorie di consumo diversi dal consumo "addittivo". Studi simili sono a disposizione anche per altre droghe, come cannabis e amfetamine, con risultati analoghi². La ragione dell'uso controllato risiede in un vasto insieme di regole che la maggior parte dei consumatori applicano al fine di tenere sotto controllo il consumo e impedire lo sconvolgimento della vita quotidiana. Questa prospettiva è agli opposti di quella degli operatori dei servizi per le dipendenze, che al contrario si concentrano sulla patologia della *addiction*. La *addiction* è vista come il prodotto delle proprietà chimiche delle droghe nella combinazione con i deficit biologici, psicologici, sociali del consumatore. Ma la prospettiva dell'uso controllato contrasta anche con la rappresentazione sociale delle droghe come sostanze di per sé "fuori controllo", nonché con l'immagine del consumatore "inerte" sotto l'influsso della droga.

E' possibile disegnare nuovi modelli operativi per i servizi ma anche nuove politiche delle droghe prendendo spunto dalle strategie di autoregolazione dei consumatori e rafforzando la Riduzione del danno come modello di interpretazione del consumo di droga e di politiche pubbliche alternativo al modello patologico (*disease*). Questo scritto ha lo scopo di illustrare questo cambio di paradigma della politica della droga, che sostituisce l'obiettivo principale dell'eliminazione dell'uso con la regolazione

Punti chiave

- La rappresentazione sociale del consumo di cocaina delinea un percorso di escalation verso la dipendenza, quando nella realtà la gran parte dei consumatori adotta meccanismi di controllo sul consumo.
- I programmi offerti dai servizi per le dipendenze sono perlopiù ispirati al modello patologico della dipendenza e non incontrano le esigenze di molti consumatori.
- Esiste un modello operativo alternativo alla medicalizzazione che si basa sulle capacità di autoregolazione dei consumatori e mira a rafforzarle.
- Il modello di autoregolazione può contribuire a rilanciare la Riduzione del Danno come architrave dell'intera politica delle droghe, ben oltre l'ambito della sanità pubblica.

del consumo: con l'intento di sostenere i controlli "informali" dei consumatori e di ridurre il danno causato dalle leggi e dalle politiche punitive.

Cocaina e stimolanti, ciò che sappiamo

La Relazione Europea sulle droghe del 2013³ stima che circa 2 milioni e 500.000 giovani europei abbiano usato la cocaina nell'ultimo anno (1,9 % di questo gruppo di età), ma in alcuni paesi (Danimarca, Irlanda, Spagna e Regno Unito) la prevalenza nell'ultimo anno è più alta e oscilla dal 2,5 al 4,2%.

Per l'ecstasy, si calcola che un milione e 800.000 giovani adulti abbiano consumato

la sostanza nell'ultimo anno, con stime nazionali che variano dallo 0,1 al 3,1% (dello stesso gruppo di età). L'ecstasy ha avuto un picco all'inizio degli anni duemila per poi declinare; quanto alla cocaina, il consumo è relativamente stabile e si registrano una stabilizzazione o una modesta diminuzione nei paesi a più alta prevalenza dopo il picco nel 2008/9: anche se alcuni paesi, come la Francia e la Polonia, hanno riportato un incremento nel 2010⁴.

Se invece si prendono in considerazione i consumi nella popolazione generale piuttosto che nelle fasce giovanili, il Rapporto Mondiale sulle droghe del 2013 indica che la prevalenza dell'uso di stimolanti nell'ultimo anno è anche più bassa: per la cocaina, oscilla dal 1,2% nell'Europa centro-occidentale allo 0,2% nell'Europa orientale e sudorientale; per l'ecstasy, dallo 0,8% dell'Europa occidentale allo 0,5% dell'Europa orientale; per gli ATS (Stimolanti del tipo amfetamine escluso l'ecstasy), dallo 0,7 allo 0,2%⁵.

Come si vede dalle cifre della Relazione dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT), i dati forniti si concentrano sulla popolazione di giovani e sulla prevalenza nell'ultimo anno: ma questi numeri non danno risposta a importanti interrogativi circa i modelli di consumo più o meno intensivi adottati dai consumatori oppure su quanti di questi giovani continuino a consumare in età adulta. Per avere una conoscenza più approfondita, è stato creato un metodo più sofisticato: avendo a disposizione tutti gli indicatori di prevalenza (uso almeno una volta nella vita, almeno una volta nell'ultimo anno, almeno una volta nell'ultimo mese), è possibile calcolare l'indice di continuazione, ossia la percentuale di coloro che hanno usato almeno una volta e che continuano ad usare nell'ultimo mese: ciò permette di vedere quanti "sperimentatori" di cocaina siano diventati consumatori regolari e per quanto tempo abbiano continuato a consumare⁶.

L'indice di continuazione della cocaina ci dice che solo una minoranza di giovani sperimentatori continua a usare la droga con regolarità, mentre la gran parte cessa in un qualche momento della vita. Questo modello è molto simile anche per l'ecstasy.

C'è invece una grande differenza con l'alcol, che si può definire come una sostanza di "continuazione": la gran parte delle persone che provano l'alcol continua a bere per tutta la vita.

Ancora più importanti sono le conoscenze che provengono da alcune ricerche circa l'associazione fra l'uso di cocaina e l'abitudine di frequentare i luoghi del divertimento (feste, pub, bar) di notte: i consumatori di cocaina hanno una più intensa vita notturna della popolazione generale e mantengono questo stile di vita fino nell'età adulta. Ciò evidenzia l'importanza degli studi che analizzano l'uso di droghe all'interno di specifiche culture o subculture del consumo⁷. In breve, ci sono buone ragioni per definire la cocaina e altre sostanze stimolanti come "droghe del divertimento" (*party drugs*), e il loro uso è in genere limitato a un particolare periodo della vita⁸.

Si crede comunemente che il maggior rischio dell'uso di droghe consista nell'evoluzione del consumo, dalla sperimentazione all'uso cronico, ed eventualmente all'uso pesante e alla dipendenza. Ma anche solo guardando ai dati che provengono dalle indagini epidemiologiche questo timore non trova conferme. Discuteremo più avanti le implicazioni di questo fatto in termini di politiche pubbliche.

Si è detto che le più recenti indagini epidemiologiche si concentrano sulla prevalenza nell'ultimo anno. Questi dati limitati non offrono informazioni sui modelli di consumo e sulla loro evoluzione nel tempo, come si è detto; tanto meno sono in grado di gettare luce sul significato dell'esperienza del consumo di droga nel contesto della vita del consumatore e neppure sulle ragioni di eventuali cambiamenti nel modello di consumo. Solamente gli studi qualitativi possono fornire questo genere di conoscenza, poiché si propongono di studiare i consumatori di droga – in questo caso di cocaina – all'interno della loro cultura e di presentare il punto di vista dei consumatori stessi sui loro consumi. Gli studi di questo tipo esistono ormai da diversi decenni e oggi abbiamo a disposizione una considerevole mole di ricerca di tale orientamento in molti paesi.

Nondimeno, le ricerche volte a indagare il punto di vista dei consumatori nei setting “naturali” sono ancora non convenzionali: probabilmente perché nella cultura proibizionista i consumatori di droghe sono visti come devianti. Per questa ragione, i risultati di questi studi e il loro possibile impatto sulle politiche e sui modelli operativi dei servizi sono costantemente sottovalutati, se non addirittura ignorati.

Un’osservazione finale: è difficile raggiungere i consumatori di cocaina nel loro ambiente naturale d’uso, proprio in ragione dell’illegalità delle droghe: essi tendono infatti a nascondere il consumo per non essere scoperti e dover affrontare sanzioni penali e la stigmatizzazione. Di conseguenza, gran parte della nostra conoscenza sulla droga proviene dagli operatori dei servizi e dai risultati di studi sui gruppi più visibili e accessibili di consumatori (soprattutto consumatori intensivi in cura presso i servizi o in trattamento alternativo al carcere): col rischio di generalizzare una fotografia parziale dei modelli di consumo⁹.

I principali risultati della ricerca sull’uso di cocaina nei setting naturali

Né le indagini epidemiologiche, né gli studi qualitativi in profondità confermano l’ipotesi che il maggior rischio del consumo di cocaina consista nel passaggio a modelli d’uso dipendente. Lo si può desumere guardando alle traiettorie di consumo, quali emergono da alcuni studi recenti: solo una piccola minoranza di consumatori si riconosce nella traiettoria di *escalation* (di costante e progressivo aumento del consumo). Le traiettorie più comuni sono quelle discontinue/intermittenti/variabili (periodi di consumo intenso alternati a periodi di uso occasionale o astinenza) e aumento/ picco/ diminuzione (in ascesa fino ad un massimo e poi in diminuzione)¹⁰. Nell’insieme, le traiettorie prevalenti sono quelle variabili, con una tendenza alla diminuzione più che all’aumento.

In uno di questi studi etnografici, condotto ad Anversa, circa la metà di tutti i consumatori avevano raggiunto un livello elevato di consumo nel loro periodo di maggior uso,

ma la stragrande maggioranza non aveva mantenuto quel livello. Il successivo follow up mostra che a distanza di dodici anni il consumo regolare di cocaina non aveva portato alla “perdita di controllo” né ad alcun sconvolgimento degli impegni quotidiani di vita: un esito valido per la maggioranza del campione intervistato¹¹.

Ciò non significa che l’uso di cocaina non comporti rischi, anche notevoli. I rischi ci sono, e in genere i consumatori sono ben consapevoli dei possibili effetti negativi della sostanza, particolarmente gli effetti fisici e psicologici avversi: ma proprio la consapevolezza di questi rischi aiuta i consumatori a tenere la cocaina sotto controllo.

Il concetto di controllo

Il concetto di “controllo” applicato alla cocaina è all’opposto della rappresentazione sociale dominante delle droghe illegali, viste come intrinsecamente “fuori controllo”: tanto che è perfino difficile da capire. Lo stesso concetto è però perfettamente comprensibile quando si parla di alcol: nelle società europee, le persone sono perfettamente consapevoli che la grande maggioranza dei consumatori di alcol è in grado di controllare il bere sì da evitare l’escalation verso l’alcolismo; per di più, nessuno si sorprende se qualcuno attraversa periodi di consumo più forte e poi ritorna ad un uso più moderato, in coincidenza con cambiamenti di vita. E’ quanto spesso accade ai giovani quando diventano più adulti e si lasciano alle spalle l’usanza di uscire la sera a divertirsi per dedicarsi di più al lavoro e alla carriera. In altre parole, appartiene al senso comune l’idea che il bere sia un’esperienza complessa, su cui influiscono i fattori ambientali e i fattori psicologici individuali: le proprietà additive dell’alcol giocano un ruolo, ma limitato.

Le ricerche qualitative che abbiamo citato mettono in luce che anche per le droghe illegali – così come per quelle legali- ci sono altri fattori che giocano un ruolo importante, oltre a quelli farmacologici: la variabilità dei modelli di consumo è spesso in relazione ad eventi e a cambiamenti nelle attività

e negli impegni di vita. La gran parte dei consumatori si dimostra consapevole di questo legame, come dimostrano le parole di questi assuntori di cocaina intervistati in una ricerca svolta a Torino¹²:

“Nel periodo in cui ho lavorato, usavo molta cocaina: ogni sabato, per quattro o cinque settimane di seguito, ma poi ho diminuito. Ho ricominciato a consumare forte quando frequentavo l'università, ma poco dopo ho diminuito di nuovo fino ad arrivare ad un consumo occasionale”.

“Ho passato un anno di uso intenso, poi ho diminuito. Ho avuto un picco nei consumi quando avevo 25 anni, ma è durato un anno o anche meno”.

La dinamicità di queste “carriere” d'uso di cocaina è in relazione anche al processo di *apprendimento dall'esperienza*, così come accade per molte altre esperienze di vita. Ancora una volta, i consumatori appaiono consapevoli di questo processo, come dimostrano queste citazioni ricavate dagli studi condotti in Toscana e in Belgio, ad Anversa¹³:

“Ho un consumo più consapevole che mi deriva dall'esperienza come tutte le cose nella vita. Funziona così: *semplicemente impari a controllare il consumo*”.

“Ora so che cos'è. Com'è con quel certo effetto, per che cosa va bene e per che cosa non va bene, in quali circostanze preferisco usare, eh. Quale è la roba buona, quale è quella cattiva”.

La maggioranza dei consumatori di cocaina imparano a controllare l'uso facendo ricorso ad un ampio repertorio di regole autoimposte. Le regole riguardano la droga (ad esempio: scegliere la qualità della sostanza, la quantità, la frequenza); il set o le condizioni fisiche e psichiche della persona (ad esempio: usare solo quando ci si sente bene, non usare quando si è di cattivo umore); e il setting o il contesto d'uso (per esempio: usare con le particolari persone che si sono scelte, usare solo nei fine settimana, non usare con persone che non si conoscono, non usare quando si lavora).

Una chiara e completa definizione di controllo è fornita da Peter Cohen: “I controlli sul consumo di droga possono definirsi come comportamenti o regole autoimposte che stabiliscono la scelta dei luoghi dove usare e delle persone con cui consumare, fissano la quantità di sostanza da assumere di norma, gli stati d'animo adatti (o quelli non adatti)”.

Questi controlli hanno lo scopo di “strutturare” il consumo all'interno dei tanti compiti della vita quotidiana: proprio “la complessità di queste vite può esser vista come il motore principale di controllo sull'uso di alcol e di droghe”¹⁴. Queste regole autoimposte cercano di distinguere l'uso funzionale da quello “non funzionale”: quando il consumo comincia a essere non funzionale o perfino disfunzionale nell'ambito della complessità degli impegni di vita, il consumatore tende a ridurlo o ad abbandonarlo del tutto.

Ancora una volta, tutto ciò contrasta con la rappresentazione sociale dominante delle droghe illegali. Nelle società occidentali, il concetto di “uso funzionale” è chiaro pensando all'alcol, perché questa sostanza è ben ritualizzata e nella cultura tradizionale sono presenti molte regole sociali che indicano il bere appropriato e funzionale. Ciò implicitamente significa che l'alcol è visto socialmente come una sostanza che ha dei “vantaggi” (oltre che degli svantaggi).

Ma la stessa idea è molto meno accettabile – o perfino inaccettabile – per le droghe illegali, che sono considerate intrinsecamente “disfunzionali” e foriere di svantaggi. La percezione dei consumatori non è valutata come fonte di conoscenza: i consumatori riferiscono di avere molti vantaggi dalla cocaina, soprattutto sono apprezzati l'effetto eccitante e di aumento dell'energia e l'effetto rilassante e di facilitazione della comunicazione¹⁵.

Il rifiuto a considerare questo lato dell'uso di droghe illegali è un importante ostacolo alla loro comprensione: se le droghe non presentano alcun vantaggio, non c'è alcuna ragione per assumerle. Se alcune persone consumano, è solo perché sono sotto l'influenza delle proprietà additive delle

droghe. La visione negativa delle droghe, dettata in ultimo da un atteggiamento moralistico, spinge ad una visione patologica del consumo e induce un'immagine passiva del consumatore quale soggetto senza risorse. Con un ragionamento circolare, la patologizzazione del consumo innesca l'aspettativa sociale di "perdita di controllo" del consumatore: che rischia di funzionare come una "profezia che si auto-avvera", indebolendo, invece di rinforzare, le capacità di autoregolazione dei consumatori.

Come ulteriore conseguenza dell'approccio patologico, ci si attende che i consumatori che hanno raggiunto un picco di consumo intensivo (dipendente) non siano poi in grado di ridurre l'uso e di passare a modelli più moderati: anche se ciò contrasta con le traiettorie variabili d'uso quali emergono dalle ricerche nei setting naturali.

Ma le aspettative patologiche scaturiscono dagli atteggiamenti moralistici verso il consumo intensivo propri della cultura tradizionale. Come sottolinea Norman Zinberg, "l'insistenza culturale sull'estremo decoro porta a sopravvalutare i fattori "droga" e "set" suggerendo che la rottura degli standard sociali sia dovuta al potere della droga o a qualche disordine di personalità del consumatore" e ignorando che "l'uso di sostanze psicoattive tende a variare coi tempi della vita, con lo status della persona, e perfino con la collocazione geografica"¹⁶.

Il modello patologico (The disease model)

La visione patologica del consumo di droga è ancora dominante, almeno nella cultura ufficiale tradizionale, e gioca un ruolo importante nella politica delle droghe, come vedremo in seguito. Inoltre, i trattamenti offerti nei servizi per le dipendenze seguono perlopiù il paradigma *disease*.

Il termine "malattia" (*disease*) è stato usato per la prima volta in riferimento all'alcol agli inizi del diciannovesimo secolo, ma il suo fondamento teorico si deve a E. Morton Jellinek: la *addiction* è considerata una malattia primaria, caratterizzata dalla "perdita di controllo" e dalla negazione della gravità della malattia stessa.

La teoria della *addiction* si è poi estesa dall'alcol alle altre droghe psicoattive: la *addiction* origina sia dalle proprietà farmacologiche delle sostanze che dalla suscettibilità individuale a sviluppare la malattia. Il recupero è un processo a lungo termine di contenimento che può essere raggiunto solo con l'astinenza per tutta la vita da tutte le sostanze psicoattive. Di nuovo, si può notare la reciproca influenza fra l'attitudine moralistica verso le droghe e la teoria della *addiction* poiché ambedue concordano nell'obiettivo finale: l'eliminazione delle droghe invece della regolazione del loro consumo¹⁷.

Uno dei capisaldi del modello patologico è l'approccio dicotomico: o sei un bevitore o sei sobrio, o sei astinente o sei dipendente, o sei un consumatore controllato (che adotta sempre un modello moderato d'uso) o sei un consumatore incontrollato (permanentemente "fuori controllo").

L'attenzione unilaterale alle caratteristiche biologiche e psicologiche degli individui fa sì che sia ignorato il peso delle condizioni ambientali (le circostanze di vita, i cambiamenti di attività e responsabilità etc.), anche se questi fattori sono cruciali per comprendere che il controllo è un processo dinamico che interessa tutti i consumatori (seppure a livelli diversi) più che una proprietà di uno specifico gruppo di consumatori. L'approccio dicotomico è evidente ad esempio nelle parole del farmacologo Gianluigi Gessa, che divide i consumatori di cocaina in due distinte categorie: quelli "dipendenti" (che usano regolarmente ma in maniera moderata) e quelli "*addicted*", che hanno progressivamente aumentato i loro consumi fino ad un modello intensivo: si presume che questi ultimi siano costantemente sotto l'influenza della droga¹⁸. In realtà, tutto il consumo di droghe illegali è destinato ad essere inquadrato dietro la lente patologica, così che anche l'uso moderato è etichettato come "dipendente", come si vede dalla citazione di Gessa. Questa è la principale differenza con l'alcol, perché di solito chi beve moderatamente non riceve la denominazione patologica di "dipendente".

Allo stesso modo, l'uso regolare di droghe illegali è di solito etichettato come "consumo

cronico”, indipendentemente dai modelli di assunzione. Ancora più importante, la concentrazione sulla “perdita di controllo” conduce a sottostimare le abilità di autoregolazione dei consumatori (soprattutto di quelli intensivi), che dunque sono considerati incapaci di ridurre i consumi e adottare modelli più moderati: anche se ciò contrasta con evidenze che derivano dalle indagini epidemiologiche e da altre ricerche. Ad esempio, Stanton Peele ha esaminato i dati statunitensi dell’Indagine Epidemiologica Nazionale sull’Alcol riguardanti gli esiti di alcolisti (sia sottoposti a trattamento che non) a distanza di un anno: l’autore evidenzia che la maggioranza delle persone che sono ricorse al trattamento (ma anche di quelle che non vi sono ricorse) sono state valutate positivamente, come “in remissione” proprio nella categoria “in miglioramento continuando a bere”¹⁹.

Ciononostante, seguendo il paradigma patologico, la gran parte degli operatori delle dipendenze propone l’astinenza come unico obiettivo valido del trattamento, spesso contro la volontà dell’utente. Di conseguenza, gli obiettivi prescelti dall’operatore sollevano le resistenze dell’utente e ciò riduce le probabilità di buona riuscita del programma, visto che i migliori risultati si ottengono quando è l’utente a scegliere gli obiettivi. Eppure ai consumatori si richiede comunemente di firmare piani di trattamento che non condividono²⁰.

Operatori e utenti, punti di vista divergenti

Anche se molti consumatori di cocaina sono in grado di mantenere un controllo costante sul loro consumo, molti altri attraversano periodi di percezione di diminuito controllo, come evidenziano le traiettorie variabili di cui si è detto. Tuttavia, la gran parte preferisce non rivolgersi ai servizi per le dipendenze anche nella fase di consumo più intenso: in primo luogo, per evitare di essere etichettati come “dipendenti” ed inoltre, perché non desiderano iniziare programmi intensivi di lunga durata (il genere più comune di trattamenti offerti dai servizi per le dipendenze).

Secondariamente, questi consumatori non sembrano condividere uno dei capisaldi del modello patologico: l’idea di essere “impotenti” dinanzi alla droga e dunque bisognosi dell’aiuto dei servizi. Questa assunzione di impotenza non si attaglia alla percezione dei consumatori, oltre ad avere il difetto di andare contro la *self efficacy*, paradossalmente riducendo la loro capacità di *coping*, invece di incrementarla. Affronteremo questo punto più nel dettaglio.

La principale divergenza fra i consumatori e gli operatori concerne la scelta degli obiettivi del programma, in particolare la validità della diminuzione dei consumi (*step down*) e dell’uso controllato come obiettivi. Secondo l’opinione di molti operatori, l’uso controllato è solo un gradino temporaneo nella fase di ascesa verso l’uso cronico, a meno che il consumatore non passi all’astinenza. La riduzione dei consumi a modelli più controllati può essere accettata come obiettivo solo per i cosiddetti “cronici”, che non traggono beneficio dai programmi orientati all’astinenza.

In questa prospettiva, l’uso controllato è al più una scelta di ripiego, che riconferma l’astinenza come missione dei servizi. Il massimo del disaccordo si registra nella valutazione dell’astinenza temporanea, che è una delle più frequenti ed efficaci strategie di controllo adottate dai consumatori quando si rendono conto che l’uso di droga rischia di prendere il sopravvento rispetto ad altre attività e impegni di vita (come il lavoro, la famiglia etc.). Sotto l’influenza del paradigma patologico, molti operatori si concentrano sulla “ricaduta” dopo la fine del periodo di astinenza, piuttosto che sulla capacità dei consumatori di passare all’astinenza e di rimanere astinenti per un determinato periodo (a volte per lunghi periodi) di tempo.

Verso la “normalizzazione” delle droghe illegali e degli interventi

Un modello alternativo al paradigma patologico comporta molti vantaggi. In primo luogo, si potrebbe ampliare l’offerta dei programmi in modo da aumentare il numero di consumatori in contatto con i servizi: a molti di loro potrebbe essere utile ricevere

informazione e *counselling* per mantenere o riconquistare un modello di consumo controllato. Ma anche i consumatori più problematici, che sono già in trattamento presso i servizi ma con scarsi risultati, potrebbero trarre vantaggio da un differente approccio.

E' bene chiarire che aumentare il target di persone in contatto coi servizi non significa una (ulteriore) medicalizzazione del consumo di droga. Al contrario, l'obiettivo è di contribuire alla "de-medicalizzazione" dei modelli operativi nei servizi delle dipendenze, seguendo un processo di "normalizzazione" degli stessi servizi nel quadro d'insieme di tutti gli interventi per la salute.

Il concetto di normalizzazione ha diversi significati. Con questo termine si indica di solito il processo di "acculturazione" di un certo comportamento (in questo caso l'uso di droga), che diventa più accettato socialmente mentre in precedenza era visto come deviante²¹. Nel campo delle droghe illegali, normalizzazione può anche significare l'allineamento delle droghe illegali alle sostanze legali (alcol), usando lo stesso paradigma di interpretazione dei consumi.

Le funzioni sociali dell'uso di alcol sono chiare, specie nei paesi del Sud Europa dove le bevande alcoliche sono integrate nella vita familiare e nelle situazioni sociali. Tale livello di integrazione fa sì che l'alcol non possa essere ridotto ad "agente psicoattivo" e il suo uso non possa essere spiegato solo con gli effetti farmacologici. Da questo punto di vista, "normalizzare" le droghe illegali significa riconoscere il ruolo dell'ambiente e del contesto sociale nel modellare i consumi, così come nel caso dell'alcol.

Ma c'è ancora un altro importante campo di normalizzazione, che riguarda gli interventi per le droghe. Occorre che anche in questo campo ci si avvalga del sapere che proviene da una lunga tradizione di ricerca in campo psicologico, così come avviene nella pratica clinica per altre problematiche. Ad esempio, offrire sostegno alle abilità di autoregolazione dei consumatori è in contrasto col modello patologico ma è in linea con quanto sappiamo circa l'importanza delle credenze e la validità dei trattamenti che esaltano la *self*

efficacy e tendono a incrementare il potere e l'autocontrollo dell'utente²².

Seguendo questa direzione, si può trarre ispirazione dai più recenti indirizzi in campo sociosanitario per delineare nuove pratiche anche nei servizi per le droghe. Questi indirizzi rafforzano il modello di autoregolazione. In particolare, il principio operativo secondo cui l'utente è capace di *self management* è ormai largamente accettato sia in psicologia che in campo medico, perfino per i pazienti che hanno problemi gravi di salute.

Ad esempio, il Modello di Promozione della Salute, ideato in Psicologia dell'Età Evolutiva, mira a promuovere identità positive concentrandosi sugli aspetti positivi dell'esperienza umana. Gli utenti sono visti come "esperti", che ricavano *expertise* dalla loro esperienza di vita²³. I programmi di *self management* risalgono a questo background teorico. E' un approccio ampiamente applicato in ambito sociosanitario in diversi settori, ma è raramente accettato nel campo delle droghe illegali; oppure è applicato solo parzialmente, esclusivamente per gli utenti che seguono programmi con finalità di astinenza.

Non c'è apparentemente alcuna ragione per questa limitazione, se non il pregiudizio moralistico che circonda le droghe illegali. In linea con la normalizzazione degli interventi per le droghe, il *self management* dovrebbe invece applicarsi a tutti gli utenti. Lo stesso si può dire per l'ampliamento della gamma degli obiettivi dei programmi (dall'astinenza alla riduzione dei consumi), così come prevede il modello di autoregolazione: l'allargamento è coerente sia con l'esperienza stessa del consumatore sia col *concetto di cambiamento*, da intendersi come un processo di lungo termine passo dopo passo, quale emerge dalla ricerca e dai più recenti orientamenti teorici²⁴.

Oltre il paradigma patologico, i pilastri del modello di autoregolazione

La critica al modello patologico e lo sguardo ai più innovativi sviluppi nel campo degli interventi sulla salute sono alla base del nuovo modello di

autoregolazione. Un'accurata esposizione del nuovo modello operativo è contenuta nel documento intitolato "Nuove prospettive nel campo della riduzione del danno oltre il modello patologico: verso un modello di autoregolazione e controllo- Linee guida operative"²⁵. Il presente scritto si limita perciò a illustrare le caratteristiche principali del nuovo modello: l'attenzione 1) alle *abilità dei consumatori*, secondo l'approccio proattivo e la promozione delle competenze e del benessere, e 2) al *contesto sociale e al setting di consumo*.

Il primo punto comporta molte innovazioni per gli interventi sulle droghe, comprendenti l'offerta di programmi di *self management* e interventi brevi mirati al "supporto" delle competenze dei consumatori (invece di "offrire aiuto" a pazienti che non sarebbero altrimenti in grado di affrontare il problema droga); l'ampliamento del target, con utenti a diversi livelli di controllo sulla droga; un rapporto operatore/utente più equilibrato, in modo da costruire una partnership fra l'expertise dei consumatori e degli operatori; ed infine l'ampliamento degli obiettivi degli interventi, prendendo in considerazione *qualsiasi passo in positivo lungo il continuum del consumo* di droga, ma anche qualsiasi cambiamento in positivo nell'intero arco dell'esperienza di vita dei consumatori.

Il ruolo di rilievo del contesto sociale e del setting di consumo ha molte implicazioni, sia per la comprensione dei consumi che per la pratica dei servizi. I consumatori non vivono in un vuoto sociale: le caratteristiche di personalità hanno certo la loro importanza, ma altrettanta ne hanno le subculture del consumo, i tassi di disoccupazione, le politiche dell'alcol e delle droghe, la stigmatizzazione e la discriminazione nei confronti dei consumatori. C'è dunque necessità di una svolta, passando dalla prospettiva clinico-individuale a un approccio di comunità²⁶. Ad esempio, il lavoro di *advocacy* nei servizi dovrebbe essere centrale nel nuovo modello, poiché la consapevolezza dei propri diritti costituisce per i consumatori una forma di controllo sulla loro vita.

Va ancora una volta ricordata l'importanza di una solida "struttura di vita" (le attività

e gli impegni regolari che strutturano la vita quotidiana) nell'apprendimento del controllo sul consumo di droga. Come sottolineano Tom Decorte e Marjolein Muys nelle conclusioni del loro studio di *follow up* "uno dei più importanti fenomeni in grado di trattenere i consumatori dal divenire dipendenti cronici dalla droga è il coinvolgimento in una rete sociale e in attività e interessi in grado di competere con la droga... proprio in quanto i consumatori hanno un ancoraggio nella loro vita e nella loro identità, proprio in quanto hanno interessi in una vita convenzionale, proprio per questo sono in grado di limitare l'uso di cocaina"²⁷.

Il ruolo cruciale del contesto sociale nel modellare i consumi è confermato dalla ricerca anche in campi diversi dai "controlli", come gli studi e le revisioni di studi sul legame fra i problemi legati alla droga e la deprivazione socioeconomica: è vero che l'uso ricreativo di droga non è più diffuso nei gruppi affetti da esclusione sociale che in quelli più benestanti, tuttavia i modelli di consumo più pericolosi e le loro peggiori conseguenze si concentrano nelle aree deprivate²⁸.

Da queste conoscenze derivano importanti conseguenze sul piano delle strategie: politiche sociali di ampio respiro sono essenziali per i consumatori di droga e possono essere più efficaci degli interventi specifici sulla droga per rafforzare la loro struttura di vita. Nella gran parte dei paesi europei vige invece un approccio "iper-specialistico" ai problemi di salute dei consumatori, in forza di uno dei capisaldi del modello patologico, secondo cui - "prima di tutto bisogna affrontare il problema della droga". Questa iper-specializzazione andrebbe ridimensionata, in considerazione dell'importanza del contesto sociale. Occorre invece assicurare ai consumatori l'accesso alle prestazioni sociali alla pari degli altri cittadini, visto che al momento in molti paesi queste prestazioni sono addirittura precluse a meno che le persone non smettano il consumo. Un punto fondamentale del rinnovamento delle politiche della droga dovrebbe essere uno stretto collegamento fra queste ultime e le politiche del welfare.

Come ripensare la Riduzione del Danno dalla prospettiva dell'autoregolazione

Il modello di autoregolazione ha le sue radici nella Riduzione del Danno, ma intende svilupparne i presupposti in nuove direzioni. Attualmente la Riduzione del Danno è soprattutto conosciuta come un insieme di programmi di sanità pubblica, quali gli interventi di scambio siringhe e di prevenzione dell'overdose per i consumatori per via iniettiva e i trattamenti con metadone a mantenimento.

Ma la Riduzione del Danno non è solo l'applicazione dei principi di sanità pubblica nel campo delle droghe. E' anche un paradigma di interpretazione dell'uso di droga e un modello di politiche della droga, che ha come obiettivo la riduzione delle conseguenze negative del consumo senza necessariamente ridurlo. Sotto questo aspetto, la Rdd è un modello alternativo alle politiche che si concentrano sulla riduzione della prevalenza del consumo in vista dell'obiettivo finale di eliminazione della droga.

Un altro elemento, ancora più importante, da considerare è l'origine della Riduzione del danno: essa nasce come rivendicazione politica dal basso per opera degli stessi consumatori, attraverso le iniziative di self help di protezione della salute. Di conseguenza, nel modello di autoregolazione, l'accento posto sulle abilità dei consumatori è del tutto coerente con i principi fondativi della Riduzione del danno: dal riconoscimento delle competenze dei consumatori nel controllare i rischi del consumo, al contrasto alla rappresentazione sociale del "tossico impotente e senza risorse", allo sforzo per creare le condizioni ambientali per ottimizzare le abilità di controllo delle persone che usano e ridurre al minimo i fattori (ambientali) negativi che ostacolano queste abilità.

La Riduzione del Danno intesa come insieme di programmi di sanità pubblica si è ampiamente diffusa sia in Europa che nel mondo sin dagli anni novanta, ma la Riduzione del danno come modello interpretativo e come approccio di politiche pubbliche è sinora rimasta dietro le scene. Paradossalmente, il fatto che la Riduzione del

danno sia stata inserita nella politica della droga come "quarto pilastro", in aggiunta ai tre pilastri tradizionali della prevenzione, del trattamento e dell'applicazione della legge penale, ha contribuito a indebolirla come approccio e *architrave concettuale* delle politiche delle droghe: destinato in quanto tale ad avere un impatto importante sugli altri pilastri, in modo da modificare gli obiettivi e l'intera strategia di controllo sulla droga.

Ovviamente l'introduzione del "quarto pilastro" ha comportato anche significativi vantaggi, perché ha permesso la diffusione di misure di prevenzione come lo scambio siringhe e l'inserimento dei servizi a bassa soglia nel sistema degli interventi sulla droga; così come ha promosso un approccio scientifico agli interventi, di valutazione di costo-efficacia, riducendo l'ostilità moralistica ai programmi non finalizzati all'astinenza. Tuttavia, da molte parti il quarto pilastro della Riduzione del danno è diventato una specie di partner subordinato del pilastro Trattamento, senza alcun impatto sui servizi "formali", che continuano a esser dominati dal modello patologico della dipendenza. Per dirla in breve: la Riduzione del Danno è vista come la "ultima spiaggia" per i consumatori cronici ritenuti *non in grado* di entrare in trattamento o di seguire i programmi terapeutici tradizionali: un passo indietro verso una modalità *disabilitante* di guardare ai consumatori, con un completo rovesciamento di prospettiva.

Il modello di controllo e autoregolazione può rilanciare la Riduzione del danno come approccio guida di tutto il sistema degli interventi, dalle misure di prevenzione al *self management*, dal *counselling* breve fino a programmi più strutturati e alla psicoterapia di Riduzione del Danno.

L'accento posto sul "controllo" è un punto chiave per chiarire il retroterra teorico della Riduzione del danno, spostando l'accento dalle proprietà negative (rischiose/dannose) delle sostanze alle proprietà positive degli individui e -quel che è più importante- alle risorse ambientali che possono abilitare le persone a stare "sopra le droghe". Inoltre, l'attenzione al controllo può aiutare a superare un altro inconveniente della Riduzione del danno come "pilastro":

l'eccessiva sottolineatura del "danno delle sostanze" ha portato a dimenticare il "danno delle politiche", delle legislazioni punitive in particolare. E' bene ricordare quanto scrive lo *International Drug Policy Consortium*: "La Riduzione del danno come approccio cerca di identificare e di rivendicare un cambiamento nelle leggi, nei regolamenti e nelle politiche che aumentano i danni o che impediscono l'introduzione o limitano l'efficacia degli interventi di riduzione del danno"²⁹. A questa lista si potrebbero aggiungere le politiche che ostacolano, o addirittura distruggono, i meccanismi di autoregolazione dei consumatori.

La ricerca sui controlli offre una chiave per una più chiara valutazione dei danni causati dalle politiche delle droghe. Il controllo delle droghe basato sulla proibizione lavora per disgregare le condizioni per il controllo individuale sul consumo, attraverso il ricorso al carcere e la marginalizzazione e discriminazione dei consumatori. La stigmatizzazione e la punizione minano la struttura di vita dei consumatori e il loro ancoraggio alle occupazioni di vita quotidiana, privandoli di quegli "agganci a una vita e a un'identità convenzionali"³⁰ che aiutano a limitare l'uso di droga. Per di più, "le strutture di comunicazione dei consumatori sono costantemente sotto minaccia, riducendo la loro efficacia quali strumenti di conoscenza per un uso sicuro"³¹.

Come si è detto, la Riduzione del danno è un approccio alternativo alle politiche focalizzate sulla riduzione della prevalenza del consumo, fino alla sua eliminazione. La ricerca sui controlli dimostra l'importanza delle culture dell'uso più sicuro nel *regolare* il consumo (invece che ridurlo e eliminarlo). Il paragone con l'alcol permette di capire come l'inserimento delle bevande alcoliche nella vita familiare e nei rituali sociali vada nella direzione del supporto a modelli moderati di consumo. Storicamente, nelle cosiddette culture "bagnate" (ad esempio nei paesi Mediterranei), i modelli di consumo di alcol ad alto rischio sono meno frequenti che nelle culture "secche" nordiche, anche se la prevalenza d'uso è molto più alta. In una prospettiva di salute pubblica, l'aiuto alla "acculturazione" delle droghe illegali dovrebbe essere la priorità,

tramite lo sviluppo di regole circa l'uso, le quantità, i setting più sicuri di consumo, nonché la comunicazione di queste regole fra i consumatori. La politica delle droghe dovrebbe valorizzare, o almeno permettere questa comunicazione, invece di metterla al bando su presupposti di "moralità". Per riprendere le parole di Norman Zinberg: "Per ironia, gli sforzi per eliminare qualsiasi forma di consumo lavorano contro lo sviluppo di controlli da parte di coloro che decidono comunque di usare droghe"³².

Conclusioni

Il modello di autoregolazione può rilanciare il potenziale della Riduzione del danno, sia per ciò che riguarda i servizi che le politiche della droga. Per i primi, si tratta di ridefinire la missione dei servizi e dei programmi di prevenzione, nella direzione di un supporto ai consumatori che vogliono sviluppare i controlli e di facilitazione alla comunicazione di questi stessi controlli. Il ruolo dei servizi nel sostenere le reti di comunicazione può essere essenziale, poiché queste regole sono confinate in subculture del consumo, proprio in ragione dell'illegalità delle droghe. Ciò è particolarmente importante per gli stimolanti e la cocaina in particolare. Questa sostanza ha una lunga storia alle spalle, con differenti immagini sociali e diversi modelli di consumo a diversi livelli di rischio. E' anche stata ampiamente studiata dal punto di vista dei consumatori e questo sapere dovrebbe costituire una risorsa importante anche per la politica delle droghe.

Creare condizioni ambientali favorevoli per ridurre al minimo i rischi e i danni; potenziare le competenze e le abilità dei consumatori; adottare politiche sociali a largo spettro per aiutare i consumatori a cogliere le opportunità di inserimento sociale: è questa la sfida della Riduzione del danno nella prospettiva dell'autoregolazione.

Nota

1. Grazia Zuffa, psicologa, lavora nel campo della ricerca e della politica delle droghe. E' fra i membri fondatori dell'associazione italiana Forum Droghe. Questo articolo è uno dei prodotti dello workstream *Programma innovativo di prevenzione dell'abuso di cocaina e del policonsumo*, facente parte del progetto "Nuovi approcci nel campo della politica e degli interventi sulle droghe", portato avanti con l'aiuto finanziario del *Drug Prevention and Information Programme* dell'Unione Europea e della onlus *Società della Ragione*. L'articolo sintetizza i principali risultati emersi dal Seminario di esperti tenutosi a Firenze dal 20 al 22 giugno 2013.

2. Negli anni settanta, Norman Zinberg conduceva uno studio pionieristico sull'uso controllato di droghe, reclutando consumatori di cannabis, di psichedelici e di oppiacei: vedi N.Zinberg (1984), *Drug, set, setting*, Yale University Press, New Haven and London. Per la cannabis, vedi anche Cohen Peter & Arjan Sas (1998), *Cannabis Use in Amsterdam*, Amsterdam Centrum voor Drugsonderzoek, Università di Amsterdam; Reinerman, Craig, Peter D.A. Cohen & Hendrien L. Kaal (2004), *The Limited Relevance of Drug Policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco*. *American Journal of Public Health*, 2004;94:836-842 (trad. ital. "Il consumo, una variabile indipendente dalle norme", Fuoriluogo, settembre 2004) <http://www.fuoriluogo.it/sito/home/archivio/arretrati/2004/settembre#more>; Per le amphetamine, vedi: Uitermark, Justus, & Peter Cohen (2004), *Amphetamine users in Amsterdam. Patterns of use and modes of self-regulation*. <http://www.cedro-uva.org/lib/uitermark.amphetamine.html>

3. http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm?att_213154_EN_TDAT13001ENN1.pdf

4. European Drug Report 2013, 34-37.

5. World Drug Report 2013, annex 1, V.

6. Cfr. Cohen, P. (1999). Shifting the main purpose of drug control: from suppression to regulation of use. Reduction of risks as the new focus for drug policy. *The International Journal of Drug Policy*, 10, 223-234.

7. Ad esempio, per l'alcol, il (parziale) cambiamento della tradizionale "cultura bagnata" tipica dei paesi del Sud Europa che si registra fra i giovani può essere compreso solo in rapporto al mutamento degli stili di vita giovanili, caratterizzati da una più intensa vita notturna e da attività di divertimento. Cfr. Beccaria, F. (Ed.) (2010). *Alcol e generazioni*. Roma: Carocci Editore.

8. Vedi Cohen, P. (2004). Le droghe ricreative. In F. Corleone and G. Zuffa (a cura di), *La ragione e la retorica*. (pp. 57-65) Ortona: Edizioni Menabò., (I dati provengono dal Cedro National Prevalence Study 1997 and 2001 - *Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam*.)

9. Per una discussione approfondita sulla ricerca fra i consumatori di droghe illegali, vedi T. Decorte (2010), Come si diventa un consumatore controllato, in G. Zuffa (a cura di), *Cocaina, il consumo controllato*, Torino, Edizioni Gruppo Abele, 191-217

10. In uno studio condotto a Anversa su 111 consumatori di cocaina con una certa regolarità d'uso, solo il 3,6% riportava la traiettoria di escalation": vedi Decorte, T. (2001). Drug users' perceptions of controlled and uncontrolled use. *International Journal*

of Drug Policy, 12, 297-320. Sulla stessa ricerca, vedi anche Decorte, T. (2000). *The taming of cocaine*. Brussels: VUB University Press. In uno studio condotto in Italia, nella regione Toscana, su 115 consumatori di cocaina, il 13% riportava la traiettoria di escalation. Vedi Bertoletti, S. and Meringolo, P. (2010). Viaggio fra I giovani consumatori invisibili di cocaina. In G. Zuffa (Ed.), *Cocaina, il consumo controllato*, cit.. Nello studio di Anversa, la traiettoria più comune era aumento/picco/diminuzione (26,1%), mentre in quello toscano era "intermittente" (25,2%), seguita a ruota da aumento/picco/diminuzione (20,9%). Uno studio fondamentale per gli sviluppi teorici è quello di Cohen, P. and Sas, A. (1994), *Cocaine use in Amsterdam in non-deviant subcultures*. Amsterdam: CEDRO. Per una panoramica degli studi sui controlli, vedi Zuffa, G., Grund, J.P. and Meringolo, P. Towards an Ecological Model of Self-Regulation & Community-Based Control in the Use of Psychoactive Drugs. *Repertoire of Scientific Literature* <http://formazione.fuoriluogo.it/ricerca/nadpi-new-approaches-in-drug-policy-interventions/>.

11. Decorte, T. and Muys, M. (2010). Tipping the balance. A longitudinal study of perceived "pleasures" and "pains" of cocaine use. In T. Decorte and J. Fountain (Eds.), *Pleasure, Pain and Profit*. (pp. 35-54). Lengerich: Pabst, Wolfgang Science.

12. Ronconi, S. (2010). Non solo molecole. Evidenze biografiche e stereotipi chimici. In G. Zuffa, *op. cit.*, pp. 109-158.

13. La prima citazione è di un consumatore toscano, la seconda di un consumatore di Anversa. Vedi: Bertoletti, S. and Meringolo, P. (2010); Decorte, T. (2001).

14. Cohen, P. (1999), p. 230.

15. Vedi in particolare: Decorte, T. and Muys, M. (2010), p. 42.

16. Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting. The basis for controlled intoxicant use*. New Haven and London: Yale University Press. (p. 8)

17. Per la relazione fra i modelli morale e disease, vedi Marlatt G.A. (1996), Harm Reduction: come as you are, *Addictive Behaviours*, 21, 6, 779-788

18. G.L. Gessa (2008), *Cocaina*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli, 61"

19. Peele, S. (2007). Addiction as Disease. Policy, Epidemiology, and Treatment Consequences of a Bad Idea. In J. Henningfield, P. Santora and W. Bickel (Eds.), *Addiction Treatment. Science and Policy for the Twenty-First Century*. (pp. 153-165). Baltimore: Johns Hopkins University Press. Nella ricerca epidemiologica citata da Peele (NESARC 2005), sono stati seguiti 4422 alcolisti a distanza di un anno. Di questi, solo 1205 si erano sottoposti a trattamento. Il gruppo definito "in remissione" comprendeva due sottogruppi: "astinente" oppure "che beve senza essere dipendente". La percentuale di persone "in remissione" era perfino più alta per le persone che non in trattamento rispetto a quelle che si erano messe in cura (il 76% contro il 71%): anche se il tasso di astinenti era più elevato fra i soggetti in trattamento. In ogni modo, l'esito più comune, anche fra le persone in trattamento, era rappresentato dal "bere senza dipendenza".

20. E' quanto spesso riferiscono gli operatori della riduzione del danno quando cercano di inviare i consumatori di cocaina ai servizi per le dipendenze,

come emerge dallo studio in Toscana citato. Per un panorama critico del modello patologico vedi Denning, P., Little, J. and Glickman, A. (2004). *Over the Influence. The Harm Reduction Guide for Managing Drugs and Alcohol*. New York and London: The Guilford Press; Denning, P. and Little, J. (2012). *Practicing Harm Reduction Psychotherapy. An Alternative Approach to Addictions*. New York and London: The Guilford Press.

21. Sul concetto di normalizzazione, vedi: Parker, H., Aldridge, J. and Measham, F. (1998). *Illegal Leisure. The normalization of adolescent drug use*. London: Routledge.

22. Bandura A (1977), Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychol Rev*, Mar,84(2),191-215. Per una panoramica delle terapie delle dipendenze vedi: Rotgers F., Morgenstern J., Walters S.T. (eds) (2003), *Treating Substance Abuse, Theory and Technique*, The Guilford Press, New York London; Peele S. (2004), *Seven tools to beat addiction*, Three Rivers Press, New York

23. McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. and Knickman, J.R. (2001). The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78-93.

24. Di Clemente, C.C. (1999). Prevention and Harm Reduction for chemical dependency: a process perspective. *Clinical Psychology Review*, 19 (4), June, 473-486.

25. Grund, J.P., Ronconi, S. e Zuffa, G. (2013). *Beyond the disease model, new perspectives in Harm Reduction: towards a self-regulation and control model - Operating Guidelines*. NADPI, Innovative cocaine and polydrug abuse prevention programme.

26. Per una panoramica della psicologia di comunità versus la psicologia clinica vedi Orford, J. (2008). *Community Psychology: Challenges, Controversies and Emerging Consensus*. Chichester: John Wiley & Sons.

27. Decorte, T. and Muys, M. (2010), p. 52.

28. Stevens, A. (2011). *Drugs, Crime and Public Health. The political economy of drug policy*. London: Routledge. Vedi in particolare il cap. 2: "Afflictions of inequality? The social distribution of drug use, dependence and related harms".

29. IDPC, *Drug Policy Guide*, marzo 2012.

30. Vedi: Waldorf, D., Reinerman, C. and Murphy, S. (1991). *Cocaine changes. The experience of using and quitting*. Philadelphia: Temple University Press.

31. La citazione è di Peter Cohen cit. (1999), p. 232.

32. Zinberg, N. and Harding, W. (1982). Control and intoxicant use: a theoretical and practical overview. Introduction, in N. Zinberg and W. Harding (Eds.), *Control over intoxicant use: pharmacological, psychological and social considerations*. (pp. 13-35). New York: Human Sciences Press

forum movimento
per i diritti
droghe
Associazione Non Profit

Progetto di Riforma alle Legge sulle Droghe

Il progetto ha l'obiettivo di promuovere leggi sulla droga più umane, equilibrate ed efficaci. Decenni di politiche repressive non hanno ridotto la dimensione dei mercati della droga, ma hanno in compenso portato alla violazione dei diritti umani, alla crisi del sistema giudiziario e di quello carcerario, al consolidamento del crimine organizzato e all'emarginazione dei più vulnerabili, i consumatori, i corrieri e i contadini che coltivano le piante illegali. E' tempo di inaugurare un dibattito franco, alla ricerca di una politica della droga efficace, aperta al cambiamento sia delle leggi che della loro applicazione.

Questo progetto mira a stimolare il dibattito sulle riforme legislative mettendo in risalto le buone pratiche e gli insegnamenti acquisiti in aree quali la depenalizzazione, la proporzionalità delle pene, misure specifiche di riduzione del danno, le alternative all'incarcerazione, i criteri per la classificazione delle diverse sostanze. Il progetto tende anche a incoraggiare un dialogo costruttivo fra i policy maker, le agenzie multilaterali e la società civile, al fine di elaborare politiche fondate sui diritti umani, la salute pubblica e la riduzione del danno.

Questa pubblicazione è stata possibile grazie al sostegno finanziario di



Il contenuto di questa pubblicazione è di competenza del TNI e non può in alcun modo essere presi per riflettere il punto di vista dell'Unione europea o l'Open Society Institute

Transnational Institute (TNI)
De Wittenstraat 25
1052 AK Amsterdam
The Netherlands
Tel: +31-20-6626608
Fax: +31-20-6757176
E-mail: drugs@tni.org
www.tni.org/drogas

