

LA RdD SECONDO NEWCOMBE di Costantino Tomasin

Al fine di comprendere più precisamente il concetto di riduzione del danno è necessario chiarire alcuni termini, distinguendo tra cause ed effetti del consumo di droghe e tra comportamenti che possono portare conseguenze più o meno gravi.

Importante sotto questo profilo il contributo di Russel Newcombe (uno dei più importanti teorici di questa politica), direttore della Drugs e Hiv monitoring Unit alla Mersey Regional Health Authority di Liverpool, al libro antologia “La Riduzione del danno” del quale è uno dei curatori. Newcombe precisa che il termine “rischio” intende sottolineare le probabilità degli esiti del comportamento, analizzate secondo un certo numero di conseguenze, mentre i termini complementari “danno” e “beneficio” vengono usati per definire una particolare conseguenza come positiva o negativa.

Perciò che concerne queste ultime due categorie Newcombe fa degli esempi pratici di come deve essere fatta l’analisi danno/beneficio. Ad esempio i comportamenti relativi al consumo di droga, che si sa o si suppone possano essere a rischio (come ad esempio mischiare alcool e eroina) hanno con maggiore probabilità effetti dannosi (come l’overdose), così come i comportamenti meno rischiosi (come l’uso moderato di solo alcool) possono creare più facilmente effetti neutri o addirittura positivi. L’analisi è resa più difficile da quei comportamenti che non hanno un’unica interpretazione ma che, a seconda del punto di vista dell’osservatore, possono essere positivi o negativi (fumare tabacco aumenta la concentrazione ma danneggia il sistema cardiocircolatorio). La questione diventa ancor più complessa quando entrano in gioco la morale e i valori di chi deve decidere.(cfr.Newcombe,1994)

Obiettivo della politica della RdD in questo frangente è quello di raggiungere l’ottimizzazione delle conseguenze, limitando i danni e aumentando i benefici. Tale risultato però è ostacolato, secondo Newcombe, dalla ideologizzazione delle posizioni dei proibizionisti, i quali non accettano che si possa parlare di benefici delle droghe illegali(cfr.Newcombe,1994). Per questo teorico esempi di potenzialità benefiche possono essere: l’uso di droghe psichedeliche che può favorire nuove forme di espressione artistica; la decriminalizzazione dell’uso di cannabis che può portare invece a una riduzione del consumo di alcool o di colle da aspirare (cfr Newcombe 1994).

Nella sua analisi lo studioso propone uno schema bidimensionale che tiene conto da un lato del tipo di conseguenze di un comportamento (sanitarie, sociali, economiche) e dall’altro del livello

su cui queste conseguenze si ripercuotono (individuale, comunitario, sociale). Il rapporto danno-beneficio relativo alla salute comprenderà ad esempio “il grado e la qualità della malattia oppure i problemi psichiatrici e psicologici; In relazione al piano sociale si analizzerà invece il rapporto devianza/ordine pubblico o conflitto/coesione di gruppo; sul terreno economico il riferimento sarà infine al grado e alla qualità di variabili di tipo finanziario oppure al livello dei reati contro il patrimonio” (cfr. Newcombe, 1994 pp.14).

Un caso di cirrosi epatica dovuta a consumo eccessivo di alcol può essere classificata come un danno individuale, mentre la stigmatizzazione dei familiari dei consumatori di droga può essere definita come un danno per la comunità e il costo sopportato dalla macchina della giustizia per i reati per droga è un danno economico e sociale. Così la riduzione dell’allarme sociale attorno al consumo di alcool può essere considerato un beneficio individuale, la riduzione della diffusione del contagio da virus dell’Hiv a causa dello scambio di siringhe tra consumatori per via endovenosa può essere definito un beneficio per la salute della comunità e gli introiti garantiti dalle tasse sulle droghe legali sono un beneficio economico per la società (cfr. Newcombe, 1994).

Secondo la teoria della limitazione del danno sarebbe accettabile che, a fronte di un intervento fatto per sensibilizzare i consumatori di droghe verso un utilizzo più sicuro delle sostanze, si avesse un aumento del numero dei consumatori stessi. Se contemporaneamente infatti si registrasse un calo delle morti per droga significativo, l’obiettivo di ridurre il danno sarebbe raggiunto. Questa è forse una delle affermazioni più inaccettabili dal fronte proibizionista dove viene invece sostenuta la necessità dell’astinenza, incompatibile naturalmente con un eventuale incremento dell’uso. (cfr. Newcombe, 1994)

Un metodo alternativo per analizzare gli interventi di riduzione del danno è come dice Newcombe quello di focalizzare l’attenzione sui rischi piuttosto che sulle conseguenze. Si tratta della via più semplice per fare delle valutazioni, in quanto non richiede le misurazioni degli effetti dell’intervento, ma opera attraverso questionari, interviste o osservazione. Per esempio, invece di scoprire quanti consumatori per via iniettiva sono sieropositivi si chiede a questi se si scambiano o meno le siringhe. L’obiettivo infatti è quello di evidenziare se l’intervento ha funzionato inducendo il tossicodipendente a cambiare il proprio comportamento a rischio. Come modello per operare in questo senso egli utilizza quello di A. Weil e W. Rosen proposto in “From chocolate to morphine: Understanding mind-active drugs”. Il modello prende in considerazione:

Il dosaggio.

Cioè quanta droga viene assunta in un certo tempo. La misurazione può essere in quantità di sostanza (un grammo di coca), quantità di prodotto consumato (mezzo litro di birra), o come costo della sostanza assunta (una dose da cinque sterline). Il rischio riguarda ovviamente l'overdose o l'intossicazione.

Efficacia/Tossicità.

Viene considerata una scala di effetti mentali e fisici che le droghe producono. L'eroina è più potente dell'oppio, la cocaina della foglia di coca. Il principio da far comprendere al soggetto destinatario della politica è che le forme meno potenti e più naturali di una droga sono di solito meno rischiose. La caffeina è ad esempio meno potente e meno dannosa delle amfetamine.

Frequenza.

Viene appurato quante volte una persona fa uso di una certa droga in un determinato periodo e di conseguenza anche quanto durano i periodi di astinenza. La distinzione che ne deriva è tra consumatori abituali, settimanali e occasionali. Il rischio di solito aumenta con l'aumentare della frequenza, i consumatori occasionali, in particolare i principianti, corrono maggiori rischi a causa della loro mancanza di esperienza sulle tecniche di uso sicuro delle droghe.

Accanto alle categorie quantitative di rischio ve ne sono sette qualitative:

Accesso.

Partendo dal presupposto che le droghe illegali contengono sostanze nocive più facilmente di quelle legalmente prescritte e quindi è più facile che causino danni al consumatore, bisogna accertare il mercato nel quale la persona si rifornisce. Per una valutazione del soggetto è interessante sapere anche il modo con cui si procura il denaro ad esempio se ruba o lavora.

Preparazione.

Il riferimento è ad azioni rilevanti compiute prima e durante l'assunzione, come filtrare la sostanza prima dell'iniezione, pulire l'ago e la siringa, utilizzare una siringa sterilizzata, frammentare la polvere prima di aspirarla o mangiare prima di bere.

Modalità e stile del consumo.

Si tratta di uno dei maggiori fattori di rischio nell'uso di droghe. I metodi di consumo principali sono: per via iniettiva, attraverso la via delle mucose e per via orale (aspirando il fumo o ingoiando la sostanza). Il metodo dell'ingoiare la sostanza è il più sicuro, sia perché produce una intossicazione lenta (causando effetti più facili da gestire), sia perché dà il vantaggio di poter rigettare i residui della sostanza in caso di un eccesso di intossicazione. Il metodo per aspirazione del fumo al quale vanno aggiunte l'inalazione di sostanze gassose (solventi) o che vaporizzano se scaldate (come l'eroina), produce danni ormai accertati all'apparato respiratorio. L'assimilazione attraverso le mucose riguarda sostanze da masticare (coca, khat, tabacco) oppure droghe che si aspirano dalle narici. Danni vengono riscontrati in entrambi i casi sia alle mucose della bocca e della gola e sia alle membrane nasali. I consumatori per via iniettiva corrono rischi in quanto l'iniezione non avviene in condizioni ottimali (quindi contrazione di AIDS o epatiti). Il metodo infatti se utilizzato in ambienti adatti con strumentazione adatta e la necessaria competenze è potenzialmente il meno dannoso.

Poliassunzione.

Un altro grave fattore di rischio come già detto altrove è la poliassunzione. La combinazione di due o più droghe infatti produce in termini fisiologici una nuova droga, spesso molto più potente e pericolosa delle singole sostanze.

Dopo l'assunzione.

Vi sono attività che è meglio fare dopo aver assunto una droga: bere molta acqua dopo un consumo abbondante di alcool, sciacquare il naso dopo un'aspirazione di droga, pulire la pelle

nel punto dell'iniezione sono alcune di queste.

Set.

Si tratta delle ragioni per cui le persone assumono le droghe, la loro personalità, conoscenza, atteggiamenti e stati d'animo in quel momento. Una persona nevrotica o di pessimo umore che assumesse Lsd rischierebbe di fare un brutto viaggio che potrebbe compromettere il suo equilibrio psicologico anche per il futuro. Anche con la cannabis vi è il pericolo (molto più lieve) di cadere vittime di stati paranoici se viene assunta nello stato d'animo sbagliato.

Setting.

Sono le domande dove, quando, con chi e se? Il rischio dell'uso può dipendere da alcune circostanze come il luogo in cui viene assunta (per le colle è meglio un luogo aperto), il periodo della giornata (l'alcol è meglio assumerlo alla sera), le persone (fumare cannabis tra degli sconosciuti può indurre paranoia) o l'accadimento di fatti inaspettati (dover guidare per un'emergenza). (cfr. Newcombe, 1994pp15-19).

Un altro degli assunti fondamentali di questa politica è, sempre secondo Newcombe, la valutazione secondo obiettivi. Ogni intervento infatti deve essere valutato a seconda dell'obiettivo che intendeva raggiungere. Come detto sopra se l'obiettivo è quello di ridurre le malattie infettive (o le morti), il giudizio su un intervento che riesca ad ottenere questo risultato sarà positivo anche se dovesse costare un lieve aumento del numero di persone che consumano droghe. Ovviamente se tale aumento dovesse essere particolarmente consistente, la valutazione sarebbe negativa. Per comprendere meglio questo ragionamento bisogna partire dal presupposto che è impossibile eliminare il consumo e per questo è necessario cercare di limitarne i danni.

Un altro esempio citato sempre da Newcombe è quello di un intervento della polizia in un parco, finalizzato a estirpare lo spaccio e la malavita da quel luogo. Anche se dopo l'intervento gli spacciatori si trasferiranno a condurre la loro attività in altri posti, l'effetto da prendere in considerazione è se il parco è libero o meno dai tossicodipendenti. In caso affermativo l'obiettivo è stato raggiunto e di conseguenza l'intervento ha avuto successo. In quest'ottica la legalizzazione delle droghe leggere non è considerata un danno. Avendo risorse limitate è

d'obbligo cercare di razionalizzarne l'utilizzo.(cfr.Newcombe,1994)

Qual è quindi tra i mercati quello che crea meno difficoltà sotto il profilo sociale, sanitario e dell'ordine pubblico? La risposta è per Newcombe quello della cannabis. In virtù di questo, togliendo alle forze dell'ordine l'incombenza della lotta alle droghe leggere, si libererebbero le energie per affrontare altri problemi e di sposterebbero anche i gusti del consumatore che si affaccia per la prima volta al mondo delle droghe. Nel qual caso si avesse un aumento del consumo di cannabis ma un decremento del consumo di altre droghe (alcol compreso) si sarebbe ottenuto il risultato della limitazione dei danni dovuti a sostanze molto più pericolose (cfr.Necombe, 1994).

fonte: www.toolsantipro.it