



## LESSICO PEDAGOGICO

### Riduzione del danno

---

**Luca Decembrotto**

Researcher on Didactics and Special Pedagogy | Department of Education studies | University of Bologna (Italy) | [luca.decembrotto@unibo.it](mailto:luca.decembrotto@unibo.it)

---

### Harm reduction

---

#### Riduzione del danno

La riduzione del danno (in inglese *harm reduction*) è una strategia di intervento sviluppatasi in Europa nella prima metà degli anni '80 per contenere gli effetti negativi e i rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive. Ciò che rappresenta desta grande interesse per le pratiche educative di strada o rivolte ai fenomeni di marginalità. Le sue origini risalgono ai primi programmi di prevenzione nati in alcune grandi città nord europee, ad Amsterdam (Paesi Bassi) e a Liverpool (Regno Unito), in risposta al rapido aumento del numero di giovani consumatori di eroina (Marlatt, 1996), al tempo considerato uno dei comportamenti più a rischio associati alla diffusione dell'HIV/AIDS (Riley, O'Hare, 2000). Tali programmi furono implementati per creare un'alternativa alle politiche di contrasto alle droghe, di proibizione legale ("tolleranza zero") e di totale astinenza (Riley, O'Hare, 2000), sostituendo le priorità di lotta alla sostanza e all'illegalità con la centralità della persona, dei gruppi e della loro salute. Per alcuni autori la riduzione del danno è essa stessa un obiettivo per le politiche e per i programmi riguardanti il consumo (Inciardi, Harrison, 2000; Reuter, MacCoun, 1996; Riley *et alii.* 1999): lo scopo è diminuire il danno correlato all'uso di sostanze in termini sanitari, economici e sociali (si pensi ai processi di marginalizzazione, di stigmatizzazione o di criminalizzazione), senza ridurre necessariamente il consumo di sostanze. Partendo da una serie di presupposti, che in ogni società ci sia un certo livello di consumo, che alcuni individui mettano in atto comportamenti ad alto rischio senza essere disposti o in grado di astenersi e, in conclusione, che non esistano metodi universalmente risolutivi, l'originalità di questo approccio si esprime nella "adozione di una strategia pragmatica di contenimento, che non esclude interventi ulteriori (purché improntati al rispetto del tossicodipendente e al riconoscimento dei suoi diritti fondamentali) ma non li postula come necessario sviluppo" (Pepino, 2000, p. 675). In tal senso, la riduzione del danno e i trattamenti terapeutici non sono strategie opposte, né dovrebbero essere rappresentati come antagonisti.

In letteratura sono presenti più definizioni e interpretazioni di riduzione del danno, tuttora oggetto di intenso dibattito in ambito scientifico (Inciardi, Harrison, 2000) all'interno di tensioni concettuali non ancora risolte (Jiao, 2019); similmente le applicazioni di questa strategia sono molteplici, anche nel contesto italiano (Nistri, 2020). È tuttavia possibile individuare alcune caratteristiche distintive, tra cui qui si valorizzano il pragmatismo, i diritti umani e l'attenzione al danno (Riley, O'Hare, 2000). Il pragmatismo consiste nel prendere in considerazione il punto di vista del consumatore, al fine di comprenderne il com-

portamento, aumentando la consapevolezza che per questi l'uso delle sostanze implica sia rischi sia benefici; in forza di ciò, per la comunità la riduzione del danno può essere un'opzione più fattibile rispetto a una strategia finalizzata a eliminare completamente il consumo. Ai diritti umani è associata la necessità del riconoscimento della dignità della persona e del rispetto dei suoi diritti, che comportano l'accoglienza della scelta del consumatore e delle sue decisioni come un dato di fatto; a livello operativo ciò si traduce per quanto possibile in un approccio non giudicante rispetto al suo stile di vita, una sospensione del giudizio, esercitando un posizionamento distante dalla condanna, ma nemmeno necessariamente promotore della fine del proibizionismo o della liberalizzazione di tutte le sostanze (Nistri, 2020). L'attenzione al danno si esprime nei termini di contenimento degli effetti negativi del consumo di sostanze, come già ricordato, sul piano sanitario, economico e sociale. La strutturazione di una strategia così orientata comporta la mancanza di condizioni o la quasi assenza di filtri per l'accessibilità, un presupposto definito "bassa soglia d'accesso": si intende incontrare le persone "dove queste si trovano", specialmente nei contesti informali, al di fuori dei setting dei servizi tradizionali, spesso troppo rigidi o percepiti come tali da chi vive situazioni di marginalità; inoltre, si occupa della cura dei rapporti interpersonali, della sensibilizzazione e dell'informazione, dell'accompagnamento e della strutturazione di percorsi più complessi, qualora richiesti.

Questo approccio, nato per garantire la qualità e l'integrità della vita umana in tutta la sua complessità, iscrive tra le proprie pratiche più diffuse la distribuzione e lo scambio di strumenti utili all'iniezione come siringhe o aghi (*needle and syringe programmes*, NSPs), la distribuzione di profilattici, l'accessibilità allo naloxone – un farmaco antagonista degli oppioidi in grado di invertire gli effetti dell'overdose –, l'analisi chimica delle sostanze (*drug checking*), pratiche concepite al fine di ridurre le morti per overdose o di contenere le infezioni da HIV, HCV e altre malattie trasmissibili per via sessuale o mediante pratiche di iniezione non sterile. Non può, tuttavia, essere ridotto a una semplice operazione di "distribuzione di" o di "accesso a" materiali per la pratica del consumo "consapevole" (Nistri, 2020). Il suo ambito applicativo supera, infatti, i confini del consumo di sostanze (eroina, alcol, tabacco, ecc.) e coinvolge anche altre popolazioni presenti in contesti urbani e legate alla prostituzione, all'emarginazione della vita in strada oppure al consumo "invisibile" in contesti di divertimento giovanile o durante i grandi eventi (*rave, free party, discoteche*, ecc.), per fare qualche esempio. La prospettiva della riduzione del danno ha, in tal modo, coinvolto una eterogeneità di attori – professionisti, attivisti, *peer*, ecc. – dando prova di grande plasticità concettuale e pratica (Tammi, 2004; Nistri, 2020), condizionando perfino le professioni educative. In relazione a queste ultime, la riduzione del danno ha orientato e "contaminato" i percorsi di educativa di strada, di mediazione sociale, di sviluppo di comunità (Del Gottardo, 2009; Paroni, 2003; 2004), paradigmi metodologici diversi che nelle esperienze pratiche appaiono più sfumati della loro modellizzazione teorica (Nistri, 2020; Paroni, 2003; Tammi, 2004). La filosofia della riduzione del danno e della limitazione dei rischi – continuamente ripensata e prodotta in nuove forme – è stata determinante nel promuovere il riconoscimento dello status di cittadino delle persone o dei gruppi marginali; nel tutelare la dignità sottratta da approcci stigmatizzanti; nel garantire una maggiore sicurezza per la salute, la qualità della vita e le potenzialità delle relazioni sociali; nell'incentivare la responsabilizzazione in relazione alle azioni compiute, basate su scelte libere e consapevoli, senza associare a queste giudizi morali; nel rimuovere i vincoli per l'accesso ai servizi. Le prassi trasversali ai diversi modelli possono così risultare rafforzate in almeno tre dimensioni. È promossa l'idea di una radicale prossimità, secondo l'esercizio operativo dell'abbassamento della soglia di accesso, valorizzando la dimensione dell'"esserci" e costruendo l'occasione di una (ri)apertura dei contatti tra la persona, il gruppo e il sistema dei servizi. È accresciuta l'attenzione ai processi evolutivi delle persone e dei gruppi secondo la logica della cura relazionale, per educare al prendersi cura di sé (e degli altri) in termini di salute e di benessere. È valorizzata la proposta relazionale e la costruzione di rapporti e legami di fiducia, anche quando vissuti all'interno di contesti informali e destrutturati.

La strategia della riduzione del danno trova spazio anche in paradigmi metodologici più recenti, come nel caso dell'*housing first approach* (Henwood, Tsemberis, Padgett, 2018; Zenarolla, Molinari, 2018), un programma nato a New York per rispondere alle necessità della popolazione senza dimora più esclusa, con problemi acuti o cronici di salute fisica, esacerbazione dei sintomi psichiatrici, consumo di alcol e/o altre sostanze psicoattive e una maggiore probabilità di vittimizzazione e incarcerazione (Tsemberis, Eisenberg, 2000). Ideato per la (rapida) uscita dalla vita di strada, Housing first ha assunto una prospettiva basata sulle evidenze (*evidence-based practice*), cercando di dare risposte anche a quelle persone senza dimora non in grado di superare – quantomeno in un dato momento – né l'abuso, né il consumo problematico di

alcol o incapaci di intraprendere un percorso sanitario terapeutico. In forza di ciò, la riduzione del danno è stata inserita tra i principi chiave<sup>1</sup> di Housing first (Pleace, 2016; Tsemberis, 2010) come obiettivo integrato ad altri propositi metodologici, per sviluppare una sinergia in grado di modificare le pratiche, rendendole più aderenti ai bisogni delle persone inserite nel programma, secondo un'ottica evolutiva dalle potenzialità ancora da esplorare (Andvig, Sælør, Ogundipe, 2018; Kerman *et alii*, 2021). L'alloggio non viene messo in discussione anche qualora l'obiettivo dell'astinenza non sia raggiunto; inoltre, a chi entra in questo programma è riconosciuta la possibilità di determinare il tipo e il grado di intensità degli interventi a lui/lei dedicati, fino al poterli rifiutarli completamente, poiché il modello contempla l'accettazione radicale del punto di vista dell'altro. In tal senso si può parlare di una pratica educativa trasformata dall'incontro con la riduzione del danno, con cui viene consolidata la ricerca di soluzioni creative alle sfide della vita (Tsemberis, Eisenberg, 2000), a partire dalla strategia relazionale anteposta ad altri possibili obiettivi. Ogni ricaduta non si tradurrà nella perdita o messa in discussione dell'abitazione, riconosciuta come diritto, ma verrà trasformata nell'occasione per rileggere altri progressi fatti verso un maggiore controllo della propria vita e l'incremento del *self-empowerment*.

## Riferimenti bibliografici

- Andvig E. S., Sælør K. T., Ogundipe E. (2018). Harm reduction in a Norwegian housing first project: A qualitative study of the treatment providers' practice. *Advances in Dual Diagnosis*, 11(1), pp. 4-15.
- Del Gottardo E. (2009). Progettazione per l'educatore di strada. Il modello generativo. In N. Paparella (ed.), *Il Progetto educativo* (pp. 94-120). Roma: Armando.
- Henwood B. F., Tsemberis S. J., Padgett D. K. (2018). *Housing First. Una storia che cambia le storie*. Milano: Franco Angeli.
- Inciardi J. A., Harrison L. D. (eds.) (2000). *Harm reduction. National and international perspectives*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Jiao S. (2019). Harm reduction: Philosophical drivers of conceptual tensions and ways forward. *Nursing Inquiry*, 26(2), e12286.
- Kerman N., Polillo A., Bardwell G., Gran-Ruaz S., Savage C., Felteau C., Tsemberis S. (2021). Harm reduction outcomes and practices in Housing First: A mixed-methods systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 228, 109052.
- Marlatt A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), pp. 779-788.
- Nistri G. (2020). Paradigmi di prossimità. Esperienze etnografiche nei servizi di Riduzione del danno. *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 21(50), pp. 451-480.
- Paroni P. (2003). Politiche sociali e devianza: il lavoro di strada tra controllo sociale e promozione. *Studi di Sociologia*, 41(4), pp. 481-506.
- Paroni P. (2004). *Un posto in strada. Gruppi giovanili e intervento sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Pepino L. (2000). Riduzione del danno: aspetti generali e impatto con la giurisdizione. *Questione giustizia*, 4, pp. 674-688.
- Pleace N. (2016). *Housing first guide Europe*.
- Riley D., e O'Hare P. (2000). Harm reduction: History, definition, and practice. In J. A. Inciardi, L. D. Harrison (eds.), *Harm reduction: National and international perspectives* (pp. 1-26). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Riley D., Sawka E., Convey P., Hewitt D., Mitic W., Poulin C., Room R., Single E., Topp J. (1999). Harm Reduction: Concepts and Practice. A Policy Discussion Paper. *Substance Use and Abuse*, 34(1), pp. 9-24.
- Tammi T. (2004). The Harm-Reduction School of Thought. Three Fractions. *Contemporary Drug Problems*, 31(3), pp. 381-399.
- Tsemberis S., Eisenberg R. F. (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, 51(4), pp. 487-493.
- Tsemberis S. (2010). *Housing First: The Pathways model to end homelessness for people with mental illness and addiction*. Center City (MN): Hazelden Press.
- Zenarolla A., Molinari P. (2018). *Prima la casa. La sperimentazione Housing First in Italia*. Milano: FrancoAngeli.

1 Gli otto principi chiave includono il riconoscimento del diritto alla casa, la separazione tra abitazione e trattamento, la riduzione del danno, la scelta e il controllo sulla propria vita, il coinvolgimento attivo del partecipante al programma senza coercizioni, la progettazione individualizzata, l'orientamento al recovery, il supporto flessibile per tutto il tempo necessario.