

NOTE

Attualità

L'uso di droga in tempi di crisi: uno studio nell'area metropolitana di Bologna

di Raimondo Maria Pavarin*

Introduzione

Negli ultimi anni l'uso delle sostanze illegali ha perso l'originario significato contro culturale per divenire una pratica di consumo fine a se stessa (Caramiello, 2003). Progressivamente deculturalizzata e decontestualizzata, la droga va analizzata come una qualsiasi altra merce (Ruggiero, 1992), la cui scelta si basa sia sul raggiungimento di un equilibrio tra fattori soggettivi e fattori oggettivi (Sutherland e Shepherd, 2001) che della valutazione razionale di rischi e benefici (Parker, Aldridge e Measham, 1998; Parker, Williams e Aldridge, 2002) all'interno di un determinato ambiente sociale in cui è disponibile (Pavarin, 2012). La valutazione

razionale di rischi e benefici va inoltre integrata dal volume di affari che provoca, dal contributo alla fiscalità generale e dai posti di lavoro (Nutt, King e Phillips, 2010).

Il *consumo* è un processo complesso dalle molte sfaccettature e non sembra influenzato dalla sola frequentazione di determinati luoghi, gruppi e amici, anche se questi ultimi provvedono a fornire una sorta di supporto morale e approvazione. Le diverse sostanze sono tra loro intercambiabili e vengono utilizzate per coprire differenti funzioni, con la convinzione che per determinati scopi alcune siano più efficaci di altre (Ravenna, 1997; Boys, Marsden, Griffiths, Fountain, Stillwell e Strang, 1999; Pavarin, 2008).

Ne consegue che è possibile una larga varietà di modelli di consumo non riconducibili alla dipendenza (Cipolla, 2007; Cipolla, 2008), cui corrispondono diverse carriere d'uso, in concomitanza dell'evolversi della psicologia del consumatore e degli eventi che lo riguardano (Zimberg, 1986; Zuffa, 2011). Per esempio, i ricercatori hanno individuato e descritto due diverse tipologie di cocainomani: consumatori socialmente integrati che usano cocaina in polvere (soprattutto sniffata) ma non eroina, e consumatori marginali che

* Raimondo Maria Pavarin, Direttore dell'Osservatorio Epidemiologico Metropolitano dipendenze patologiche, Ausl Bologna. E-mail raimondo.pavarin@ausl.bologna.it

utilizzano cocaina (spesso in vena) o cocaina crack in combinazione con oppioidi (Leri, Bruneau e Stewart, 2003; Prinzleve, Haasen, Zurhold, Matali, Bruguera, Gerevich, Bácskai, Ryder, Butler, Manning, Gossop, Pezous, Verster, Camposeragna, Andersson, Olsson, Primorac, Fischer, Güttinger, Rehm e Krausz, 2004; Van der Poel, Rodenburg, Dijkstra, Stoele e van de Mheen, 2009; Pavarin, Berardi e Consonni, 2012).

1. Il mercato delle sostanze illegali

Se consideriamo l'uso di droga simile a quello di altre merci, riusciamo a comprendere meglio i cambiamenti operati in questo *mercato* negli ultimi decenni, sia in termini di prevalenza d'uso che di diffusione di diversi tipi di sostanze (Pavarin, 2010). Si tratta di una merce di larghissima diffusione e di grande significato sociale che segue il percorso degli altri prodotti di serie, perdendo il suo ruolo iniziale per divenire consuetudine (Pavarin, 2012), su cui incidono anche fattori macroeconomici, come per esempio l'efficacia delle politiche di contenimento della produzione e del consumo, il processo di globalizzazione (che ha determinato l'abbassamento dei prezzi di vendita al dettaglio e la riduzione dei margini di guadagno), e più in generale l'andamento dell'economia, vale a dire gli effetti dell'attuale crisi economica (Bretteville-Jensen, 2011; Bright e Ritter, 2010; Caulkins e Reuter, 2010).

La caratteristica principale di questo mercato illegale è di non avere barriere in entrata per non ostacolare possibili nuovi imprenditori (Costa Storti e De Grauwe, 2009).

L'emergere di tali strutture competitive deriva dall'asimmetria delle informazioni possedute tra spacciatore e compratore, meglio conosciuta come

effetto limone: lo spacciatore conosce meglio la qualità della droga rispetto al compratore (Akerlof, 1970; Reuter e Kleiman, 1986; Reuter e Caulkins, 2004).

In tale mercato le sostanze di alta qualità tendono a scomparire e rimangono solo quelle più scadenti, problema che può essere in parte superato quando tra spacciatore e cliente, dopo numerose transazioni, si stabilisce una relazione basata sulla fiducia. In questo modo si crea una struttura a rete che rende possibile la circolazione delle informazioni sulla qualità della sostanza e sull'affidabilità del venditore (Johnson, Bardhi, Sifanek e Dunlop, 2006). Una volta che si è stabilita la fiducia, il venditore può premiare la fedeltà con la qualità (von Ungern-Sternberg e von Weizsacker, 1985).

Mentre molte ricerche hanno studiato la relazione tra livelli di consumo e caratteristiche personali, ambiente sociale e fattori socioeconomici, poca attenzione è stata data a come le reazioni individuali si correlano con le variabili macroeconomiche, vale a dire se e come la recessione in corso influenzi il consumo.

La recessione può avere ripercussioni anche su altri fattori che possono a loro volta influenzare l'uso di sostanze illegali, come il numero di persone socialmente emarginate o la disponibilità culturale e fisica delle droghe. Le crescenti difficoltà economiche e la disoccupazione possono incoraggiare più persone ad assumersi i rischi del commercio e dello spaccio di droga. Alcune modalità di somministrazione sono più costose di altre, ed i cambiamenti nei prezzi possono avere ripercussioni anche su questo. Inoltre, una crisi profonda e duratura potrebbe comportare drastici tagli, sia nelle politiche di prevenzione e trattamento, sia nella lotta contro la droga (Bretteville-Jensen, 2011).

1.1. *Obiettivi*

Obiettivo di questo lavoro, che si basa su interviste in profondità a un campione a scelta ragionata (Gobo, 2002) di consumatori con diversi livelli di coinvolgimento con le sostanze illegali, è quello di indagare le conseguenze della crisi economica nella vita di relazione, nella gestione del tempo, nel consumo delle sostanze illegali e nel ruolo svolto dall'alcol. In particolare sulle scelte di approvvigionamento, sulla frequenza di assunzione, sul cambiamento dei prezzi, sulla funzione svolta dalle diverse sostanze e sulle scelte legate a comportamenti illegali.

La ricerca, che ha come territorio di riferimento l'area metropolitana di Bologna, è stata condotta dall'Osservatorio Epidemiologico Metropolitana Asl Bologna, all'interno dei fini istituzionali suoi propri.

2. **Materiali e metodi**

Per la ricerca è stato utilizzato un disegno di studio misto. Infatti, mentre alcuni stili di consumo sono misurabili con l'utilizzo di indicatori specifici e sono collegati al particolare rapporto con le diverse sostanze, le specifiche scelte di consumo sono strettamente personali e sono rilevabili solo con l'utilizzo di strumenti qualitativi.

Vale la pena di rimarcare il fatto che l'ampiezza del fenomeno varia a seconda del tipo di sostanza utilizzata e di alcune caratteristiche del sottogruppo (età, livello di dipendenza, modello di consumo). Per esempio, a causa delle proprietà di indurre dipendenza di molte sostanze, la reazione ai mutamenti di prezzo può essere asimmetrica ed i consumatori problematici possono essere maggiormente influenzati da un abbassamento dei prezzi più che da un rialzo. Inoltre alcune modalità di som-

ministrazione sono più costose di altre, ed i cambiamenti nei prezzi possono avere ripercussioni anche su questo (Bretteville-Jensen, 2011).

I ricercatori hanno somministrato a tutti i partecipanti un questionario già utilizzato in precedenti lavori (Pavarin *et al.*, 2012) e successivamente li hanno intervistati in luoghi appartati.

In base alla severità della dipendenza ed al coinvolgimento col consumo, è stato selezionato un campione a scelta ragionata di consumatori abituali con consumo recente di sostanze illegali. I casi sono stati scelti in contesti dove si ritiene probabile che si manifestino in maniera significativa i fenomeni oggetto di indagine (Tarozzi, 2008). Gli intervistati sono stati reclutati su base volontaria presso i nuovi utenti dei Sert dell'Asl Bologna ed in luoghi di aggregazione.

Le interviste, condotte da tre intervistatori esperti assunti per questo lavoro, sono state audio registrate e successivamente trascritte su supporto informatico.

2.1. *Il questionario*

Nel questionario sono stati raccolti dati socio anagrafici (sesso, età, nazionalità di nascita, situazione abitativa, titolo di studio, condizione professionale), il reddito mensile disponibile, il rapporto con le sostanze illegali (sostanze utilizzate, uso lifetime, età di primo e di ultimo uso, modalità di assunzione), modalità di reperimento, numero di episodi di consumo, costo medio al grammo, spesa media mensile, contesti d'uso, motivazioni d'uso, percezione del rischio, servizi frequentati a causa dell'uso di sostanze.

Per misurare il coinvolgimento col consumo è stato utilizzato il Drug Abuse Screening Test (DAST 10) (Skinner, 1982), per misurare la dipen-

denza è stato utilizzato il test Severity of Dependence Scale (SDS) (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall e Strang, 1995).

Per quanto riguarda l'alcol è stato chiesto il numero di episodi nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni (Valencia-Martín, Galán e Rodríguez-Artalejo, 2008), la spesa media mensile, il tipo di alcolico ed è stato effettuato il test CAGE (Bernadt, Mumford, Taylor, Smith e Murray, 1982).

La dipendenza dal tabacco è stata indagata con il test di Fagerstrom (Heatherton, Kozlowski, Frecker e Fagerström, 1991).

In base al test SDS (punteggio ≥ 4) gli intervistati sono stati classificati in dipendenti (eroina, cocaina ma non eroina, altre sostanze escluso eroina e cocaina) e non dipendenti.

Con l'utilizzo del test DAST 10, i soggetti non positivi al test SDS sono stati classificati in soggetti con coinvolgimento medio basso (≤ 2 risposte positive) e soggetti con coinvolgimento medio alto con le sostanze illegali (da 3 a 7 risposte positive).

2.2. *L'intervista in profondità*

La traccia dell'intervista è stata definita a partire da colloqui con testimoni privilegiati: operatori nel campo delle tossicodipendenze (medici, psicologi, educatori sociali, operatori riduzione del danno), forze dell'ordine e consumatori abituali di sostanze illegali.

Sono stati individuati i seguenti punti: 1) Crisi e conseguenze, vale a dire i cambiamenti prodotti nella vita di relazione, nel lavoro, nella disponibilità di denaro, nelle abitudini, nel tempo libero; 2) Strategie di acquisto, prezzi, accessibilità, qualità e mercato delle sostanze illegali; 3) Funzioni e motivi d'uso delle sostanze; 4) Funzione svolta dall'alcol.

3. Risultati

3.1. *Gli intervistati*

Nel periodo compreso tra l'1 dicembre 2011 ed il 29 febbraio 2012 sono stati intervistati 79 soggetti con età compresa tra 18 e 44 anni con consumo recente di sostanze illegali che durava da almeno un anno; 19 soggetti sono stati reclutati tra i nuovi utenti dei Sert dell'Asl Bologna, i rimanenti 60 sono stati reclutati su base volontaria in luoghi di aggregazione.

L'età media è di 29 anni, il 35% sono femmine, il 4% non nativi, la disponibilità media di denaro è di 900 euro al mese. Il 38% è laureato, il 58% lavora, il 37% studia, il 66% convive con altre persone.

15 soggetti erano positivi al test per la dipendenza da eroina (tra questi per sette anche da cocaina, per due anche da cannabis), 6 per la dipendenza da cocaina, dieci per la dipendenza da sostanze diverse da eroina e cocaina (di cui tre da MDMA e sette da cannabis).

Gli intervistati sono stati suddivisi in cinque tipologie in base alla severità della dipendenza ed al coinvolgimento col consumo: 1) dipendenza da eroina (19%), 2) dipendenza da cocaina (8%), 3) dipendenza da altre sostanze (13%), 4) non dipendenti con coinvolgimento medio alto (39%), 5) non dipendenti con coinvolgimento medio basso (22%).

La tabella 1 descrive in modo schematico gli stili di consumo, la quota di spesa per le sostanze illegali e l'abuso di alcol e tabacco.

I soggetti con dipendenza da cannabis o MDMA hanno l'età media di primo uso più bassa sia per le sostanze illegali che per l'alcol ed il tabacco.

Per quanto riguarda invece la durata dell'uso delle sostanze illegali, vale a dire il tempo trascorso dal primo all'ultimo uso di una qualsiasi sostanza ille-

Tab. 1 - *Tipologie consumatori sostanze illegali: spesa, abuso sostanze legali, stili di consumo*

		Coinvolgimento con le sostanze illegali		Dipendenza		
		Medio Basso (17)	Medio Alto (31)	Altre sostanze* (10)	Cocaina (6)	Eroina (15)
Denaro mese	Disponibilità media	809	996	855	1125	780
Sostanze illegali	Spesa media mensile	126	204	238	1087	784
	Quota di spesa media mensile >30%**	17.6	19.3	30.0	50.0	80.0
	Quota di spesa media mensile >50% reddito	–	3.2	20.0	33.3	80.0
Tabacco	% Elevata dipendenza	23.5	29.1	6.7	16.7	53.3
Alcol	% Binge drinking	35.3	19.0	46.7	66.7	13.3
	% Positivo Test CAGE	23.5	12.0	26.7	33.3	13.3
Sostanze illegali	Età media primo uso	18.4	16.1	15	15.4	15.2
	Durata media uso	13.1	14.5	9.9	12	13
	% con consumo quotidiano	47.0	48.4	70.0	50.0	73.3
Cannabis	% con consumo quotidiano	23.6	29.1	30	16.7	20
Cocaina	% che consuma più di 1 volta la settimana			10.0	32.4	40.0

* Cannabis, MDMA

** Soggetti che spendono più del 30% del reddito disponibile mensile per acquistare sostanze illegali (Spesa media mensile per sostanze illegali/reddito medio mensile/100)

gale, si evidenziano i soggetti con coinvolgimento medio alto, i quali consumano da più tempo.

La spesa media mensile in sostanze illegali è più elevata tra chi ha dipendenza da cocaina ed eroina e diminuisce in base al livello di coinvolgimento. Da rilevare che anche la quota del reddito impiegata nell'acquisto di sostanze aumenta man mano che si passa da un basso coinvolgimento alla dipendenza. L'80% dei soggetti con dipendenza da eroina, il 33% di quelli con dipendenza da cocaina ed il 20% di quelli con dipendenza da altre sostanze spendono più del 50% del reddito disponibile.

Per quanto riguarda il numero medio di episodi nell'ultimo anno di con-

sumo, dove l'intensità è più elevata tra gli eroinomani, tutti consumano cannabis almeno ogni tre giorni, con livelli più elevati per chi ha dipendenza; l'eroina viene utilizzata con frequenza quasi giornaliera dagli eroinomani; la cocaina almeno una volta la settimana da chi ha dipendenza da cocaina o da eroina e in modo sporadico dagli altri; l'MDMA in modo saltuario, ketamina e speed nel fine settimana dai consumatori con coinvolgimento medio alto. Le altre sostanze sembrano invece collegate a singoli episodi saltuari.

Per quanto riguarda il costo delle diverse sostanze, la cocaina costa mediamente 77 euro il grammo e viene pagata ad un costo inferiore dai soggetti con dipendenza da eroina o cocaina,

Tab. 2 - Ultimo anno: episodi, quantità, costo

		<i>Dast medio basso</i>	<i>Dast medio alto</i>	<i>Dipend. da altre sostanze</i>	<i>Dipend. da cocaina</i>	<i>Dipend. da eroina</i>
Numero medio episodi	Eroina					244
	Ketamina		99	3		
	Ecstasy/Mdma	2	21	11	12	45
	Cocaina	3	11	14	78	55
	Hashish	115	113	239	168	191
	Marijuana	123	159	106	123	227
Quantità media a episodio in grammi	Eroina					0.7
	Ketamina		1			
	Ecstasy/Mdma	0.2	0.7	0.5	0.5	0.3
	Cocaina	0.4	1	0.4	1.3	0.9
	Hashish	0.5	0.6	0.8	0.5	0.5
	Marijuana	0.5	0.9	0.8	0.4	0.4
Costo medio sostanze per grammo/dose	Eroina					26
	Ketamina		34			
	Ecstasy/Mdma	40	42	53	60	45
	Cocaina	83	78	86	75	70
	Hashish	10	9	10	9	10
	Marijuana	11	11	12	11	14

l'eroina 28 euro, la marijuana 11 euro, l'hascisch 10.

Per quanto riguarda la prevalenza d'uso nel corso dell'ultimo anno, possiamo notare sostanze trasversali alle diverse tipologie (cannabis, ecstasy e cocaina) e sostanze specifiche per soggetti con coinvolgimento medio alto (funghi allucinogeni, oppio, salvia divinorum) e con dipendenza da cocaina (popper).

Tra chi ha dipendenza da cocaina troviamo il reddito medio mensile più elevato e la quota più elevata di soggetti positivi al test CAGE e con episodi recenti di binge drinking. Tra chi ha dipendenza da eroina il reddito più basso e la quota più elevata di soggetti con dipendenza da tabacco.

La tabella 2, relativamente all'ultimo anno e per le sostanze con la maggiore frequenza d'uso, riporta in numero medio di episodi, la quantità media utilizzata per episodio ed il costo medio al grammo.

Per quanto riguarda il modo di procurarsi le diverse sostanze, la ricerca di determinati ambienti e persone è più diffusa tra chi ha dipendenza da eroina o cocaina, mentre invece l'acquisto casuale è più diffuso tra chi ha dipendenza da altre sostanze.

Per quanto riguarda il motivo d'uso, pur con differenze percentuali, in tutte le diverse tipologie prevale l'uso ricreativo, vale a dire per ballare ed uscire con gli amici. L'uso per lavorare e per studiare è invece più diffuso tra i soggetti con dipendenza da eroina.

3.2. Crisi e conseguenze

Per quanto riguarda la gestione del tempo libero, le persone escono di meno e restano di più in casa, anche perché uscire significa spendere soldi che non si hanno. Per molti avere più tempo libero significa anche utilizzare di più le sostanze stupefacenti.

Nella vita di molti consumatori non vi sono stati dei cambiamenti sostanziali, anche perché questa è una generazione da tempo in crisi ed era molto difficile trovare un lavoro non precario anche prima. Emerge invece una preoccupazione generalizzata di un futuro che non si riesce proprio ad immaginare. Tutti comunque hanno minori disponibilità economiche, hanno perso il lavoro o devono lavorare di più con salari più bassi, e fanno maggiore attenzione alle spese, dove vengono ridotte quelle considerate superflue. Molti dichiarano che devono “tirare la cinghia”, alcuni sono tornati a vivere con i genitori. Mentre cambia la percezione del tempo e si fanno programmi solo a breve scadenza, si usano di meno le sostanze, ma il consumo non cessa, anche se c'è chi rinuncia se non è in grado di acquistare.

Questi elementi, pur con diverse sfumature, sembrano comuni alle diverse tipologie di consumo tranne che per i soggetti con dipendenza da cocaina, i quali non sembrano risentire economicamente della crisi.

3.3. Strategie di acquisto

Uno dei principali aspetti da approfondire riguarda il mutare delle strategie di acquisto delle sostanze illegali in una situazione di disponibilità economiche decrescenti. Mentre più o meno tutti dichiarano che acquistano di meno, ma consumano lo stesso, emergono delle modalità di acquisto collettivo dove più persone si associano per ridurre il costo finale (*Si compera assieme e si divide il prezzo, come una pizzata*), anche se per alcuni ciò può significare una possibile fonte di guadagno (*mi associo ad altri negli acquisti, così ci guadagno*).

Infatti c'è chi assume un atteggiamento tipicamente imprenditoriale (*ba-*

sta organizzarsi, magari si guadagna anche) e molti spacciano (*molti ragazzini si sono resi conto che è un modo facile e veloce per avere i soldi e per pagarsi la droga*), o fanno da intermediari (*compro con soldi di altri e ci guadagno*).

L'aspetto economico-imprenditoriale di questo mercato sembra adeguarsi a quello di altri beni di prima necessità, come i prodotti alimentari, dove è possibile acquistare a credito, si acquista all'ingrosso (*acquisto grosse quantità per risparmiare*), si cercano i prezzi migliori, si usano canali di fiducia (*pago lo stesso, ma la qualità è garantita*) ed in alcuni casi ci si orienta su altri prodotti meno costosi (*mi oriento su sostanze che costano di meno come ketamina o MDMA*) (chi ha dipendenza da eroina), e (*utilizzo maggiormente gli alcolici*) tra chi ha un basso coinvolgimento con le sostanze.

Molti cercano di risparmiare e riducono l'acquisto di altri prodotti, rinunciando sia a spese voluttuarie (*Non vado a cena fuori; Spendo di meno al bar e metto da parte per usare il fine settimana*) che primarie (*Resto senza mangiare*).

Mentre tutti cercano la qualità (*Riduco il consumo per mantenere alta la qualità; Spendo di più per avere una migliore qualità*), molti chiedono i soldi in prestito o vendono oggetti personali (*mi sono venduto computer e macchina fotografica*), soprattutto tra i soggetti con dipendenza da eroina, molti dei quali si sono rivolti al Sert perché (*ero senza soldi per la droga*). Da rilevare che, soprattutto tra i soggetti che non hanno dipendenza, c'è chi cerca di farsi offrire le sostanze come principale strategia di consumo.

Capitolo a parte quello dell'autoproduzione, soprattutto di marijuana, diffusa tra chi non ha problemi di dipendenza, in parte anche per ricavare un guadagno (*Ci sono molte persone che*

l'erba se la fanno a casa per pagarsi la loro e farci due soldi sopra).

3.4. Prezzi, qualità, quantità

Per quanto riguarda i prezzi e la qualità, dove le truffe sono all'ordine del giorno, l'impressione generale è che il rapporto qualità/prezzo sia in diminuzione. Infatti, anche se la qualità scende perché le sostanze vengono sempre più tagliate, chi vuole prodotti migliori deve pagare un prezzo più elevato (*le cose buone costano*). Prezzi stabili o più bassi significa quantità inferiori per sostanze di qualità più bassa. In alcuni casi la vendita di quantitativi minori è funzionale ad una strategia di maggior guadagno (*duecento dosi da mezzo grammo rendono di più della vendita di un etto*) da parte dei piccoli spacciatori.

Tra tutti gli intervistati c'è accordo sul fatto che è migliorata la qualità della marijuana in circolazione e che i prezzi sono notevolmente aumentati, questo sia in conseguenza di una domanda crescente sia della legislazione attuale sulle droghe. Infatti il rischio per chi vende non è collegato alla singola sostanza (tutte illegali), ma alla quantità...

Per quanto riguarda invece la cocaina il prezzo è sempre più basso (*tra un po' te la regalano*), ma di bassa qualità e tagliata con diverse altre sostanze (*chi vuole la cocaina buona la paga, diversamente ci sono gli spacciatori da strada*).

Tutte le sostanze sembrano più accessibili, aumenta lo spaccio ed il singolo venditore offre tutta la gamma di prodotti disponibili, molti spacciatori vendono a credito, in molti casi prodotti già confezionati. Sembra molto più facile trovare l'eroina, tutti gli spacciatori offrono la cocaina, che sembra disponibile in qualsiasi luogo, soprattutto a dosi più piccole per limitare i prezzi al dettaglio.

3.5. Motivi d'uso

Per quanto riguarda i motivi collegati all'uso delle sostanze, non troviamo motivazioni collegate alla crisi o al momento economico particolare che stiamo vivendo. Infatti, esclusi divertimento e curiosità che sembrano trasversali alle diverse tipologie, le funzioni del consumo appaiono diverse in relazione al tipo di coinvolgimento con le sostanze. Inoltre alcune motivazioni (piacere, passare il tempo e relax), appaiono sorprendentemente simili tra chi ha dipendenza da eroina e chi non ha dipendenza e tra chi si è rivolto al Sert e chi non crede di averne bisogno.

Per chi ha dipendenza da eroina, oltre all'abitudine, le sostanze servono sia per funzionare meglio a livello sociale (per lavorare), che per rilassarsi. Per chi ha dipendenza da cocaina emerge il solo divertimento; chi ha dipendenza da altre sostanze lo fa anche per ribellione e per evadere. Chi non ha dipendenza consuma per sballare, rilassarsi, vedere le cose in modo diverso, sentirsi più sciolti e per dormire. Inoltre, alla specifica domanda se la motivazione principale per l'uso era cambiata nel tempo, chi ha problemi di dipendenza risponde che i motivi sono sempre gli stessi (*è una questione di piacere*).

Per quanto riguarda gli effetti ricercati nelle diverse sostanze, una non vale l'altra, anche perché (*Hanno funzioni diverse, anche se alcune sono simili, uno sceglie*) e dipende anche dal contesto e da cosa uno cerca (*Se non mi faccio una canna, mi bevo una birra, ma non è un sostituto*).

3.6. L'alcol

Alla domanda "*l'alcol è sussidiario rispetto a altre sostanze in mancanza di disponibilità economica?*" troviamo

risposte diverse in base alle varie tipologie, dove chi ha un basso livello di coinvolgimento distingue in modo più chiaro gli effetti dell'alcol e li distingue in modo netto da quelli delle altre sostanze.

Per chi ha dipendenza da cocaina l'alcol è sempre sussidiario rispetto ad altre sostanze, questo vale anche per chi ha dipendenza da eroina, ma con motivazioni collegate più al basso costo che agli effetti. Per chi ha dipendenza da altre sostanze l'alcol è *un contorno*, mentre invece chi non ha dipendenza ma un forte coinvolgimento con le sostanze illegali ritiene che l'alcol, se non trovi le sostanze, sia un ottimo sostituto. Per chi invece ha un basso coinvolgimento con le sostanze l'alcol ha effetti diversi, è sussidiario ma non sostitutivo.

Le diverse tipologie di consumo sembrano delineare specifiche modalità di acquisto di alcolici, dove gli eroinomani vanno dove si spende meno ed i cocainomani non badano a spese, ed emergono in modo trasversale strategie drastiche di risparmio (*Mi porto il bottiglione da casa; Bevo prima di uscire per bere meno fuori*), che riflettono i cambiamenti in corso negli stili del bere tra i giovani.

Altro aspetto che emerge, nonostante il campione fosse composto da soggetti con scarse disponibilità economiche, è l'uso contestuale (*Lo compro nei locali, preferisco uscire*) degli alcolici, testimoniato dalla scelta di acquistare prodotti di qualità in locali alla moda.

4. Discussione

La crisi non sembra *mordere* in modo particolare, anche perché i giovani intervistati dichiarano di essere abituati da tempo a tirare la cinghia. Da rilevare che molti affermano che impiegano il maggior tempo libero dovuto all'i-

nattività forzata dal lavoro utilizzando sostanze illegali, in un contesto dove sono aumentati i prezzi ed è diminuita la qualità. Si trovano infatti quantità inferiori a prezzo da banconota, ma di bassa qualità: a parità di presenza di principio attivo il costo della cocaina è rimasto invariato, mentre invece aumenta il prezzo della marijuana, questo perché vi è molta domanda.

Nessuno si rivolge più agli spacciatori di strada, sia per il rischio di venire identificati dalla polizia che per evitare i cosiddetti *pacchi*, le truffe molto frequenti in questo settore. Anche se lo spaccio da strada è aumentato, dove troviamo soggetti che vendono tutti i diversi tipi di sostanze senza distinzioni, sembra vi si rivolgano solo i consumatori meno esperti, gli sprovveduti. Si nota inoltre una sorta di fidelizzazione tra venditore e cliente, finalizzata da una parte ad una certificazione della qualità, dall'altra alla certezza che il prezzo verrà prima o poi pagato, anche perché il ricorso al credito sembra sempre più frequente.

Come principale conseguenza della crisi economica emerge la tendenza alla riduzione del consumo collegata ad una ricerca di prodotti di qualità migliore, anche se a prezzi più elevati. Al pari degli altri prodotti legali e seguendo i comportamenti sperimentati in altri campi merceologici, la qualità viene ricercata utilizzando canali di fiducia, acquistando da grossisti, dentro una modalità che ricalca in parte l'esperienza dei gruppi di acquisto equo solidali. Questo può avere ripercussioni sulla salute dei consumatori: in un recente studio olandese è stato dimostrato che c'è una correlazione negativa molto forte tra il prezzo della cocaina ed i ricoveri ospedalieri (Brunst, van Laar, Niesink e van den Brink, 2010), anche se la decisione di acquisto sembra negativa quando la qualità è percepita come scadente (Cole *et al.*, 2008).

I consumatori sono vulnerabili alle strategie manipolatorie degli spacciatori, i quali possono ridurre la purezza delle sostanze aggiungendo diluenti e/o adulteranti che procurano sul fisico gli stessi effetti che procura la droga (Zimberg, 1986). Ogni consumatore ha sviluppato una propria tecnica artigianale per valutare le proprietà delle sostanze che usa, ma molti aspetti dei processi di apprendimento osservati non sono basati su criteri oggettivi (Decorte, 2001).

Ciò suggerisce che il consumatore di droga agisce come un normale consumatore di un qualsiasi genere di consumo: un contatto stretto ed esclusivo con uno spacciatore permette di ottenere un prodotto migliore, prodotti naturali sono ritenuti essere di migliore qualità, mentre invece prodotti a basso costo significano scarsa qualità. Queste considerazioni richiamano alla mente ciò che accade per i beni di lusso, dove sull'acquisto incidono in larga misura il valore del marchio, il prezzo ed i canali di distribuzione (Evrard, Legleye e Cadet-Taïrou, 2010).

Una sostanza vale l'altra solo per chi ha grossi problemi di dipendenza, per esempio l'alcol per gli eroinomani in trattamento con metadone o per i cocainomani per amplificare gli effetti della cocaina e ridurne la quantità. Per gli altri invece la diversità è sostanziale (per gli effetti) e contestuale, cioè associata a diversi tipi di socialità. Per esempio, mentre chi ha dipendenza da eroina acquista gli alcolici nei discount, chi non è dipendente, anche se si trova in ristrettezze economiche, solitamente li acquista nei locali dove li utilizza nonostante costino di più, perché tale comportamento è collegato ad atteggiamenti alla moda, momenti di socialità e condivisione con altri.

Un ulteriore aspetto interessante che emerge riguarda il rapporto col tempo, dove sembra funzionare l'equazione:

più tempo libero uguale maggiore consumo di droga. Questo è stato rilevato anche da altri studi, dai quali emerge la tesi che un indebolimento dell'economia ha come possibile conseguenza un maggiore consumo di cannabis ed altre sostanze tra i teenagers (Arkes, 2007). I giovani hanno infatti più tempo a disposizione per utilizzare le droghe e sembrano maggiormente motivati a consumarle come sorta di auto-medicazione per lo stress mentale dovuto alle difficoltà finanziarie.

Per quanto riguarda invece il costo, dove sono in calo i prezzi di eroina, cocaina e ketamina, emergono le tendenze irrazionali del mercato, dove fattori esterni (legislazione sulle droghe italiana) sembrano influire sull'aumento del prezzo dei cannabinoidi. Infatti, se lo spacciatore viene scoperto ed arrestato, la pena detentiva si basa sulla percentuale di principio attivo e non sul tipo di sostanza.

Conclusioni

Mentre l'uso delle sostanze perde progressivamente la matrice sub culturale ed il consumo si slega da luoghi, contesti e riferimenti culturali, i risultati di questo studio riflettono i cambiamenti avvenuti nel corso degli ultimi anni, dove emerge la centralità del mercato nell'orientare scelte e strategie.

Il consumatore di sostanze illegali agisce come un normale consumatore di un qualsiasi genere di consumo, ma ha minori garanzie e tutele sul prodotto e rimane esposto a maggiori conseguenti rischi sul piano di salute.

Il mutato clima economico non si riflette solo sul calo del consumo, ma anche sulla vita quotidiana degli utilizzatori, che sembrano abbandonare percorsi individuali per sperimentare pratiche associative che potranno sfociare sia in percorsi solidali che tendenzialmente criminogeni.

Nonostante ciò, sembra comunque vi sia all'interno del target di questo studio la ricerca di un consumo socialmente compatibile e non invasivo e che l'uso delle sostanze risponda a specifici bisogni. Infatti tutte le diverse droghe servono per funzionare meglio a livello sociale, per lavorare (eroina e cocaina), per rilassarsi (eroina, cannabis) e per divertirsi (cocaina). Inoltre alcune motivazioni (piacere, passare il tempo e relax) appaiono sorprendentemente simili tra chi ha un consumo controllato o saltuario e chi invece ha una dipendenza.

Bibliografia di riferimento

- Akerlof G.A. (1970). The market for "lemons": quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84 (3): 488-500, doi: 10.2307/1879431
- Arkes J. (2007). Does the economy affect teenage substance use? *Health Economics*, 16: 19-36, doi: 10.1002/hec.1132.
- Bernadt M.W., Mumford J., Taylor C., Smith B., Murray R.M e (1982). Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet*, 1 (8267): 325-328, doi: 10.1016/S0140-6736(82)91579-3
- Boys A., Marsden J., Griffiths P., Fountain J., Stillwell G. e Strang J. (1999). Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. *Addiction*, 94: 1043-1050, doi: 10.1046/j.1360-0443.1999.94710439.x.
- Bretteville-Jensen A.L. (2011). Illegal drug use and the economic recession—what can we learn from the existing research? *International Journal of Drug Policy*, 22 (5): 353-359, doi: 10.1016/j.drugpo.2011.03.009.
- Bright D.A. e Ritter A. (2010). Retail price as an outcome measure for the effectiveness of drug law enforcement. *International Journal of Drug Policy*, 21 (5): 359-363, doi: 10.1016/j.drugpo.2009.12.001.
- Brunt T.M., van Laar M., Niesink R.J. e van den Brink W. (2010). The relationship of quality and price of the psychostimulants cocaine and amphetamine with health care outcomes. *Drug and alcohol dependence*, 111 (1-2): 21-29, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.023.
- Caramiello L. (2003). *La droga della modernità: Sociologia e storia di un fenomeno tra devianza e cultura*. Torino: UTET.
- Caulkins J. e Reuter P. (2010). How drug enforcement affects drug prices. In M. Tonry (ed.), *Crime and Justice- A Review of Research*, Vol 39. Chicago, IL: University of Chicago: 213-271.
- Cipolla C. (2007), Il consumo di sostanze psicoattive oggi, *Salute e società*, Suppl. al n. 1/2007. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla C., a cura di (2008), *La normalità di una droga: Hashish e marijuana nelle società occidentali*. Milano: FrancoAngeli.
- Costa Storti C. e De Grauwe P. (2009). The cocaine and heroin markets in the era of globalisation and drug reduction policies. *The International journal on drug policy*, 20 (6): 488-496, doi: 10.1016/j.drugpo.2009.02.004.
- Decorte T. (2001). Quality control by cocaine users: underdeveloped harm reduction strategies. *European addiction research*, 7 (4): 161-175, doi: 10.1159/000050737.
- Decorte T. (2011). Come si diventa un consumatore controllato. In Zuffa G., a cura di (2011). *Cocaina. Il consumo controllato*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Engels R.C. e ter Bogt T. (2004). Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in The

- Netherlands. *European addiction research*, 10 (4): 156-62, doi: 10.1159/000079836.
- Evrard I., Legleye S. e Cadet-Taïrou A. (2010). Composition, purity and perceived quality of street cocaine in France. *The International journal on drug policy*, 21 (5): 399-406, doi: 10.1016/j.drugpo.2010.03.004
- Gobo G. a cura di (2002). *Come fare ricerca qualitativa: una guida pratica / David Silverman*. Roma: Carocci Editore.
- Gossop M., Darke S., Griffiths P., Hando J., Powis B., Hall W. e Strang J. (1995). The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction*, 90 (5): 607-614, doi: 10.1111/j.1360-0443.1995.tb02199.x.
- Heatherston T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C. e Fagerström KO. (1991). The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British journal of addiction*, 86 (9): 1119-1127, doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01879.x.
- Iraurgi Castillo I., González Saiz F., Lozano Rojas O., Landabaso Vázquez M.A. e Jiménez Lerma J.M. (2010). Estimation of cutoff for the Severity of Dependence Scale (SDS) for opiate dependence by ROC analysis. *Actas españolas de psiquiatría*, 38 (5) : 270-277.
- Johnson B.D., Bardhi F., Sifanek S.J. e Dunlop E. (2006). Marijuana argot as subculture threads: Social constructions by users in New York city. *The British Journal of criminology*, 46 (1): 46-77, doi: 10.1093/bjc/azi053.
- Leri F., Bruneau J. e Stewart J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. *Addiction*, 98 (1): 7-22, doi: 10.1046/j.1360-0443.2003.00236.x.
- McCabe S.E., Boyd C.J., Cranford J.A., Morales M. e Slayden J. (2006). A modified version of the Drug Abuse Screening Test among undergraduate students. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31 (3): 297-330, doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.010.
- Nutt D.J., King L.A. e Phillips L.D.; Independent Scientific Committee on Drugs (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376 (9752): 1558-1565, doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- Parker H.J., Williams L. e Aldridge J. (2002). The Normalisation of Sensible Recreational Drug Use: Further evidence from the North West England Longitudinal Study. *Sociology*, 36 (4): 941-964, doi: 10.1177/003803850203600408.
- Parker H.J., Aldridge J. e Measham F. (1998). *Illegal Leisure: The Normalisation of Adolescent Recreational Drug Use*. London: Routledge.
- Pavarin R.M. (2008). *Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo*. Milano: FrancoAngeli.
- Pavarin R.M. (2010). I paradigmi delle dipendenze: cambia il mondo delle sostanze. In Dionigi A. e Pavarin R.M. a cura di (2010), *Sballo: nuove tipologie di consumo di droga nei giovani*. Trieste: Erikson.
- Pavarin R.M. (2012). *Dal deviante clandestino al consumatore socialmente integrato. L'evoluzione della ricerca sull'uso delle sostanze psicoattive*. Bologna: CLUEB.
- Pavarin R.M., Berardi D. e Consonni D. (2012). Determinants of Seeking Treatment for Cocaine Abuse: A Case-Control Study. *European Addiction research*, 19 (2): 61-67, doi: 10.1159/000339837.
- Prinzleve M., Haasen C., Zurhold H., Matali J.L., Bruguera E., Gerevich J., Bácskai E., Ryder N., Butler S., Manning V., Gossop M., Pezous A.M., Verster A., Camposeragna A.,

- Andersson P., Olsson B., Primorac A., Fischer G., Güttinger F., Rehm J. e Krausz M. (2004). Cocaine use in Europe - a multi-centre study: patterns of use in different groups. *European Addiction research*, 10 (4): 147-55, doi: 10.1159/000079835.
- Ravenna M. (1997). *Psicologia delle tossicodipendenze*. Bologna: il Mulino.
- Reuter P. e Caulkins J. (2004). Illegal “lemons”: price dispersion in cocaine and heroin markets. *Bulletin on Narcotics*, 56 (1-2): 141-165.
- Reuter P. e Kleiman M.A.R. (1986). Risks and prices: An economic analysis of drug enforcement. In Morris N. e Tonry M. (eds.), *Crime and Justice: An annual review*, Vol 7. Chicago, IL: University of Chicago Press: 289-340.
- Ruggiero V. (1992). *La roba. Economie e culture dell'eroina*, Parma: Pratiche Editrice.
- Skinner H.A. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behaviors*, 7 (4): 363-371, doi: 0.1016/0306-4603(82)90005-3.
- Sutherland I. e Shepherd J.P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96 (3): 445-58, doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.9634458.x.
- Tarozzi M. (2008), *Che cos'è la grounded theory*. Roma: Carocci Editore.
- Valencia-Martín J.L., Galán I. e Rodríguez-Artalejo F. (2008). The joint association of average volume of alcohol and binge drinking with hazardous driving behaviour and traffic crashes. *Addiction*, 103 (5): 749-757, doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02165.x.
- Van der Poel A., Rodenburg, G., Dijkstra, M., Stoele, M. e van de Mheen, D. (2009). Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands. *The International journal on drug policy*, 20 (2): 143-51, doi: 10.1016/j.drugpo.2008.02.005.
- von Ungern-Sternberg, T. e von Weizsacker, C.C. (1985). The Supply of Quality on a Market for “Experience Goods”. *Journal of Industrial Economics*, 33 (4): 531-540, doi: 10.2307/2098391.
- Zimberg N.E. (1986), *Drug, set and setting: the Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven: Yale University Press.
- Zuffa G., a cura di (2011), *Cocaina. Il consumo controllato*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.

Sanità online

Il Fascicolo Sanitario Elettronico

di Grazia Maria Marando*

Il FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) è un EHR (Electronic Health Record), diretta evoluzione del Progetto Sole che approda in un primo momento all'IREC (Indice Regionale degli Eventi Clinici) e si completa col FSE.

L'EHR è una rete di e-Health, intesa non solo come tecnica di sviluppo per migliorare la qualità della salute, ma anche una nuova via di lavoro con conoscenze globali mediante l'apporto di Internet.

* Grazia Maria Marando è Medico di Medicina Generale presso l'Azienda USL di Bologna. grazia.maria.marando@gmail.com.

L'EHR, nato nel 1998 in Inghilterra impegnava il NHS (National Health Service) a fornire al cittadino servizi sulla salute integrando le informazioni sanitarie in rete costantemente aggiornate. Il record è sotto il controllo di un'organizzazione conosciuta il NHS, così come gli utilizzatori (consumer) sono conosciuti dall'assistito e le informazioni vengono scambiate in maniera sicura. Un tipo di dato importante in EHR è il contesto. Ogni item di conoscenza è contestualizzato, include gli attributi correlati al contesto: who – what – when – where – why.

Il Progetto Sole (Sanità On-Line) è la rete e-Health del FSE, nasce nel 2002 nell'ambito di una fase progettuale riferita a iniziative di e-Government a cui ha partecipato, per la Regione Emilia-Romagna, il settore telematico, quello sanitario assieme alla società CUP 2000. Il Progetto prevedeva la realizzazione di una rete di servizi e delle relative infrastrutture tecnologiche a supporto di una organizzazione integrata tra MMG (Medici di Medicina Generale)/PLS (Pediatri di Libera Scelta) e le strutture sanitarie della Regione. Sole, che usa gli Standard per l'infrastruttura di base, permette la massima accessibilità ai servizi, multi-canaltà. La sua architettura è orientata ai servizi resi al cittadino.

Gli Standard: Sole si basa sui principi della cooperazione applicativa, definita come la condizione per cui è possibile rendere disponibili servizi informatici utilizzando le funzioni di due o più applicazioni progettate per erogare servizi singolarmente. Sole utilizza Web service modulari XML (Extensible Markup Language), utilizza Standard HL7 (Health Level Seven) versione 2 (messaggi) e versione 3, CDA (Clinical Document Architecture). Sole è un sistema inter-operabile a livello interaziendale e interregionale ICAR

(Inter-operabilità e Cooperazione Applicativa tra le Regioni). La cooperazione applicativa fra differenti domini introduce il concetto di PDDO (Porta di Dominio). Le Porte di Dominio sono l'elemento tecnologico chiave dell'architettura di cooperazione. Le Porte assumono la denominazione di Porte Delegate quando chiedono un servizio e di Porte Applicative quando lo erogano. Presso tutte le Aziende è presente il sistema Sole che espone i documenti DINICI prodotti dall'Azienda e che entrano nel circolo Sole. Sole prevede la realizzazione di un Indice Regionale di Eventi Clinici (IREC) che rappresenta il motore tecnologico per la realizzazione del FSE e che intercetta i documenti clinici conservati presso le Aziende di produzione. La rete del FSE integra la rete verticale caratterizzata dall'EMR (Electronic Medical Record) delle ASL (Aziende Sanitarie Locali) e delle AO (Aziende Ospedaliere) con la rete orizzontale dei MMG/PLS e NCP (Nuclei di Cure Primarie) dislocate sul territorio con la creazione del Patient Summary ai fini della prevenzione, diagnosi e cura. Il FSE è destinato soprattutto al cittadino che vi accede attraverso Internet e può a sua volta integrarlo con elementi personali della sua salute, realizzando il PHR (Personal Health Record) avvalendosi della My Page, il portale personale di Sole. Il Nodo Regionale è il repository dove custodire mediante l'IREC (Indice Regionale degli Eventi Clinici) i documenti in ottemperanza alla legge della privacy.

Diverso è il Patient Summary, documento informatico sanitario sintetico della storia clinica del paziente, firmato digitalmente e aggiornato dal MMG/PLS ogni qualvolta intervengono cambiamenti da lui ritenuti rilevanti nella storia clinica del paziente.

Contiene un set predefinito di dati clinici significativi per l'emergenza. Il

Patient Summary non può essere creato in maniera automatica ma è organizzato come la cartella clinica di Sole.

Il FSE si completa col FSSE (Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico) nella sua evoluzione verso la telemedicina e la tele-assistenza dell'Home Care con la rete e-Care.

La comunicazione di rete e-Care viene potenziata con le reti sociali ambientali ed ha come obiettivo comune il mantenimento di buone condizioni di salute delle persone soprattutto fragili e particolarmente bisognose di assistenza nel loro ambiente naturale.

L'architettura del FSSE è costituita dall'integrazione del FSE come prodotto di reti orizzontali sanitarie e sociali e dei sistemi verticali, delle ASL-AO (Aziende Sanitarie Locali Ospedaliere), delle ASP (Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona), dei Comuni, delle relative strutture private accreditate (RSA).

Le reti E-Health diffondono conoscenza tramite l'intensa comunicazione. Il fine ultimo del FSE è l'empowerment del cittadino dotato di particolare

potere relazionale e fortemente responsabilizzato.

Riferimenti bibliografici

- Giorgetti R. (2010). *Le reti orizzontali in Italia e in Europa*. Lezione Corso di Alta Formazione e-Health: Reti e Tecnologie per la Sanità a. a. 2009-10, Università degli Studi di Bologna.
- Micocci S. (2010). *Esercitazione sul Fascicolo Sanitario Elettronico e Patient Summary*. Lezione Corso di Alta Formazione e-Health: Reti e Tecnologie per la Sanità a. a. 2009-10, Università degli Studi di Bologna.
- Moruzzi M. (2009). *e-Health e Fascicolo Sanitario Elettronico*. Milano: Il Sole 24 Ore.
- Rinaldi G. (2010). *Cosa si intende per eHealth in Europa e nel mondo? Le nuove sfide all'informatica sanitaria portate*. Lezione Corso di Alta Formazione e-Health: Reti e Tecnologie per la Sanità a. a. 2009-10, Università degli Studi di Bologna.