

**Il consumo di droghe: analisi
critica dei dati utilizzati per
orientare le politiche sociali,
sanitarie e penali**

*Prof. Daniele Scarscella
Arezzo, dicembre 2006*

Alcuni dati per chiarire di “cosa” stiamo parlando: un fenomeno sociale diffuso

- 31% degli italiani tra 15 e 54 anni hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita
- 11,9% ha consumato la cannabis nell'ultimo anno
- 6,1% ne ha fatto uso negli ultimi 30 giorni
- 1% riferisce un uso quotidiano (si stima che siano 350.000)
- Si stima che circa 1.900.000 persone ne facciano uso durante il fine settimana

Fonte: Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia- 2005

	<i>Una volta nella vita</i>	<i>Ultimo anno</i>	<i>Ultimo mese</i>	<i>Uso quotidiano</i>
<i>Cannabis</i>	31	11.9	6.1	1
<i>Cocaina</i>	6.7	2.2	0.9	0.1
<i>Allucinogeni</i>	3.4	0.6	0.2	
<i>Stimolanti</i>	3.8	0.6	0.3	0.04
<i>Eroina</i>	1.3	0.3	0.14	0.06

Fonte: Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia- 2005

Quali dati si utilizzano

- Si possono distinguere tre insiemi di dati:
- i dati che registrano la prevalenza del fenomeno in una data **popolazione (generale o scolastica)** e che possono registrare le caratteristiche dei consumatori, i fattori di rischio associati al consumo, gli stili di consumo, ecc. (nonché registrare le caratteristiche dei non consumatori)
- i dati che registrano le caratteristiche, gli stili di consumo, i fattori di rischio, ecc. di **campioni di consumatori** non registrati dalle istituzioni (popolazione “nascosta”)
- i dati che provengono dalle **istituzioni** (Servizi, Prefettura, ecc.) che registrano le caratteristiche dei consumatori che sono entrati in contatto con tali istituzioni

Dati disponibili a livello nazionale

- Indagine IPSAD sulla popolazione generale di età compresa tra 15 e 64 anni (registra prevalenza del consumo e fattori associati al consumo di droghe: scolarità, status socio-economico, abuso di alcolici negli ultimi trenta giorni, uso di psicofarmaci negli ultimi 12 mesi, condizione familiare – divorziato/separato/vedovo - uso abituale di sigarette)
- Indagine EPSAD sulla popolazione studentesca di età compresa tra 15 –19 (registra prevalenza del consumo e fattori associati al consumo di droghe)

- Ministero degli Interni fornisce i dati sulle segnalazioni alle Prefetture per uso e possesso di sostanze illegali e sui sequestri di sostanze psicotrope illegali
- Ministero della Salute fornisce i dati sul profilo dei clienti/consumatori in trattamento
- Ministero della Giustizia fornisce i dati sui detenuti tossicodipendenti

Dati sulla prevalenza (IPSAD) dimostrano la diffusione del fenomeno nella popolazione

Alcuni limiti metodologici dell'indagine IPSAD

- Il campione non è statisticamente rappresentativo della popolazione italiana
- Soltanto il 45% delle persone contattate ha risposto al questionario
- Non sono dati raccolti con uno studio di tipo longitudinale
- Non sono raccolti dati che consentano di descrivere gli stili di consumo.

Stili di consumo

Dimensioni che caratterizzano gli stili di consumo di una sostanza psicoattiva:

- *Quando si assume una droga:* in quale momento della giornata e in quali giorni della settimana avviene il consumo?
- *Dove si assume:* in quale contesto sociale avviene il consumo?
- *Con chi*
- *Con quale frequenza* (uso episodico, uso saltuario, uso regolare)
- *Con quale dosaggio*
- *Varietà delle sostanze assunte:* si assume sempre una sola sostanza o si assumono più sostanze (in tempi diversi o contemporaneamente)?

Limiti metodologici delle informazioni “istituzionali”

- Non si possono ricavare informazioni sul consumo di droghe illegali (*caratteristiche dei consumatori, stili di consumo, ecc.*) facendo riferimento unicamente alle statistiche ufficiali (*utenti dei servizi, segnalati alla prefettura, detenuti, ecc.*)
- Le statistiche ufficiali risultano più adeguate a descrivere la regolazione sociale di un fenomeno deviante/criminale
- Per descrivere il fenomeno e orientare le politiche di intervento servono strategie di indagine finalizzate a raccogliere dati anche sui consumatori non registrati dalle statistiche ufficiali (**questione: strategia di campionamento per popolazioni “nascoste”**)

La costruzione sociale del “dato”

Come l’evento “consumo di droga illegale” si trasforma in un dato statistico (*faccio riferimento al testo Vidoni, Criminalità, Carocci, 2003*)?

Ogni dato statistico è il prodotto di un lungo e complesso processo decisionale in cui sono coinvolti diversi attori sociali.

In primo luogo, ovviamente, vi deve essere un attore individuale che decide di assumere una droga illegale.

Affinché questo evento venga registrato dalle statistiche ufficiali, vi sono due possibilità:

1. il consumatore decide di rivolgersi ai servizi
2. la polizia lo identifica e lo segnala alla Prefettura (se presume che sia un consumatore) o lo denuncia all’autorità giudiziaria (se presume che sia uno spacciatore)

Nel primo caso il consumatore sceglierà di ricorrere al trattamento e la sua valutazione dipenderà dalla convinzione che il servizio possa rappresentare una risorsa - ma anche dalla pressione esercitata su di lui da altri soggetti (es. i familiari):

quindi le scelte operative (la “filosofia di intervento”) dell’attore collettivo “equipe del servizio” condizioneranno la strategia di *coping* del consumatore contribuendo a produrre il dato statistico:

il modello d’uso di un servizio ne condiziona l’accessibilità – questione della soglia di accesso.

Nel secondo caso

- lo stile di consumo del consumatore – che dipende da molte variabili, tra cui lo status socio-economico (lo stile di consumo può renderlo più o meno visibile esponendolo in misura maggiore o minore al controllo sociale)
- e le strategie investigative della polizia*

concorrono alla produzione del dato statistico

*Le forze di polizia non perseguono tutti i reati ma decidono di concentrare i loro sforzi su alcune fattispecie di reato, su alcuni ambiti territoriali, su alcune categorie di soggetti.

Queste scelte operative influenzeranno inevitabilmente gli andamenti delle statistiche ufficiali.

- Il consumatore segnalato alla Prefettura e inviato ai servizi può diventare un nuovo utente entrando in trattamento: ciò dipenderà dalla scelta dell'operatore di definire la situazione del consumatore come quella di un consumatore “problematico” e dal potere di negoziazione del consumatore stesso (secondo voi, l'ex ministro della Repubblica Colombo segnalato alla Prefettura per uso di cocaina e il giovane disoccupato figlio di operai hanno lo stesso potere di negoziare la definizione della loro situazione fornita dall'operatore?)
- Se il consumatore viene denunciato per “spaccio” si avvia l'azione penale il cui esito dipenderà dalle scelte di altri soggetti (magistrati, l'avvocato, periti, ecc.). Il processo penale è una fase del processo di criminalizzazione in cui le disuguaglianze sociali assumono un peso notevole.
- Se il consumatore sarà condannato dovrà scontare la pena. Anche in questo caso le scelte decisionali degli operatori del carcere, dei servizi per le tossicodipendenze e del magistrato di sorveglianza condizioneranno lo status del consumatore (potrà essere affidato ad una comunità, potrà rimanere in carcere, ecc.)

Dovrebbe essere evidente, quindi, come la costruzione del dato statistico sia un processo il cui esito dipende dalle scelte e dalle interazioni di attori che hanno a che fare (a vario titolo) con il consumo di droghe illegali.

In ogni fase del processo di costruzione del dato i diversi attori interagendo tra loro possono spingere il caso trattato in una direzione piuttosto che in un'altra (metafora dell'imbuto).

E' per questa ragione che le statistiche ufficiali non possono essere considerate la espressione "reale" di un fenomeno deviante ma sono più adeguate a descrivere la regolazione sociale di tale fenomeno.

- Lo studio di un comportamento deviante e delle sue forme di regolazione sociale non può prescindere dall'analisi della dimensione normativa e valoriale:
- a quali norme sociali e valori facciamo riferimento per giudicare il consumo di droghe illegali?

- In questa prospettiva l'attenzione è focalizzata sui processi attraverso i quali, in una certa situazione, si arriva a definire un comportamento deviante:
- “la devianza non è una semplice qualità, presente in certi tipi di comportamento ed assente in altri, ma piuttosto il prodotto di un processo che implica le reazioni di altre persone ad un determinato comportamento.
- (...) In breve che un determinato atto sia deviante o meno dipende in parte dalla **natura dell'atto** stesso (cioè se ha o meno violato qualche norma) e in parte dalla **reazione delle altre persone**” (Becker, H., *Outsiders*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1987, pag. 25).

La scelta degli obiettivi delle politiche di intervento è influenzata dal “punto di vista” che si adotta per valutare il consumo di droghe illegali:

- se si ritiene che il consumo di droghe illegali debba essere ridotto o eliminato poiché ogni modalità di consumo è considerata “nociva” per la società e per il consumatore, le politiche di intervento saranno orientate da filosofie di tipo *drug free* (cfr. Documento Comitato scientifico dell’Osservatorio nazionale sulle dipendenze)

- se si vuole, invece, evitare il passaggio da stili di consumo non nocivi a stili di consumo problematici - piuttosto che ridurre o eliminare il consumo di droghe nella società - le politiche di intervento saranno orientate da filosofie di riduzione dei danni

Le due filosofie si possono ovviamente integrare in molteplici modi

- La prima operazione concettuale che si deve fare è distinguere il piano morale, valoriale da quello psicosociale, farmacologico, culturale (cioè scientifico).
- Una cosa è sostenere che l'uso di droghe illegali debba essere regolato socialmente in quanto comportamento immorale
- altra cosa è sostenere che tale uso debba essere regolato socialmente poiché il consumatore diventerà un tossicodipendente e perderà il controllo sulla propria vita.

- Di fronte all'affermazione “l'uso di droghe è immorale” si può essere d'accordo o meno, ma non si può sostenere che sia falsa
- Nel secondo caso ci troviamo di fronte ad una affermazione scientificamente infondata.
- Compito del ricercatore è fornire agli amministratori informazioni scientificamente fondate (cioè falsificabili attraverso indagini empiriche) e/o confutare quelle scientificamente infondate

Opinioni diffuse ma scientificamente infondate

- Ogni uso di droga produce danni sia a livello individuale sia a livello sociale (ogni uso di droga è un abuso)
- L'uso di droghe illegali è sempre sintomo di una “patologia”
- Il consumo di droga è caratterizzato da un susseguirsi di fasi predefinite che conducono inevitabilmente il consumatore a “toccare il fondo” (carriera naturale)

- “Tutte le droghe sono uguali” (tutte hanno lo stesso potere farmacologico e quindi lo stesso valore d’uso)
- Esagerando i rischi connessi al consumo di droghe se ne scoraggia l’uso (*si presume che il comportamento rischioso sia assunto per una carenza di informazioni*): esistono, invece, **gerarchie del rischio** (*sono consapevole dei costi futuri del mio comportamento ma tali costi hanno meno valore del piacere che posso trarre dal consumo immediato*), il **rischio ha spesso anche una valenza simbolica**

- Le forme di regolazione sociale del consumo di droghe illegali, basate su informazioni scientificamente fondate, devono distinguere innanzitutto tra:
 - comportamenti di **uso**
 - comportamenti di **abuso** (criticità: definizione di abuso)
 - comportamenti di **dipendenza**

La distinzione tra uso e abuso di droghe può essere controversa.

Se l'abuso si configura come una modalità d'uso "patologica" di una sostanza, è evidente che occorre capire

- da un lato, quali sono i criteri che si adottano per definire ciò che è "patologico" (o "deviante") da ciò che è non patologico (o "normale"),
- dall'altro, chi ha il potere di "definire la situazione" del consumatore, cioè di diagnosticare la presenza o meno di una patologia

Tre criteri sono utilizzati per definire il confine tra uso e abuso di droghe:

- il **criterio socio-culturale**, viene definito abuso ogni comportamento che viola quelle norme sociali, ritenute vincolanti dalla maggioranza dei membri di una società, che dovrebbero regolare l'uso delle diverse sostanze;
- il **criterio legale**, viene etichettato come abuso l'uso di qualsiasi sostanza illegale;
- il **criterio medico-biologico**, è considerato un abuso ogni comportamento di consumo che si presume determini un danno psico-fisico.

Quando si opera una distinzione tra i comportamenti di consumo, si riconosce in modo esplicito che:

- vi sono stili di consumo non dipendenti e stili di consumo dipendenti
- vi sono modelli d'uso che non comportano danni (o danni contenuti) per gli assuntori
- le carriere di consumo sono costruite socialmente (distinzione tra **danni primari** e **danni secondari**).

E' importante, pertanto, realizzare:

- indagini su campioni statisticamente rappresentativi della popolazione italiana
- indagini sugli stili di consumo dei consumatori sia quelli registrati dalle statistiche ufficiali sia quelli non registrati
- indagini longitudinali (per studiare le carriere di consumo)
- indagini sugli utenti in trattamento, segnalati al Prefetto, detenuti.

Gli studi longitudinali possono essere

prospettivi: si segue un campione di individui nel tempo (a intervalli periodici si raccolgono nuovi dati sui soggetti) e si può studiare l'evoluzione della carriera di consumo nonché i fattori di rischio associati a determinati tipi di carriere e stili di consumo. Come si struttura il campione? Di quale popolazione è rappresentativo (popolazione “normale” o popolazioni “cliniche”, a “rischio”, specifiche – es. studenti). I tipi di campionamento possono essere combinati.

retrospettivi: i soggetti del campione sono selezionati perché incontrano i criteri stabiliti dallo studio. Si ricostruisce la storia dei soggetti del campione utilizzando varie fonti (i soggetti stessi, archivi, ecc.). Come si struttura il campione? Esso è rappresentativo di popolazioni “cliniche” o di popolazioni “nascoste”?

Gli studi prospettivi hanno il vantaggio di evitare i problemi legati alla rielaborazione e ricostruzione della propria esperienza.

Gli studi retrospettivi hanno il vantaggio di evitare i problemi legati al meccanismo della profezia che si autoadempie (teoria dell'etichettamento).

Perché è importante una prospettiva diacronica?

Perché gli stili di consumo possono variare nel corso della vita delle persone.

Nel corso della vita possono cambiare i contesti e i tempi della giornata in cui si consumano droghe, le persone con cui si consuma, la frequenza d'uso e la quantità assunta.

Possono variare anche i significati che si attribuiscono a tale esperienza e quindi si possono modificare i valori d'uso della sostanza.

Studi longitudinali evidenziano come i cambiamenti più significativi nelle abitudini di consumo avvengano in determinate fasi del corso di vita (adolescenza, età adulta).

Uno degli approcci adottati per analizzare i mutamenti nelle carriere devianti è quello sociologico del **Corso di vita** che focalizza l'attenzione sulle transizioni e traiettorie che caratterizzano i corsi di vita degli individui.

In questa prospettiva la biografia di un soggetto è considerata come un processo dinamico costituito da molteplici traiettorie (carriere) interdipendenti che si sviluppano nel tempo.

Carriera: percorso che una persona segue, con il trascorrere del tempo, nell'ambito di una determinata esperienza o posizione sociale.

Le traiettorie sono relative alle diverse dimensioni in cui si compone l'esistenza: familiare, relazionale, lavorativa, formativa, ecc.

Una traiettoria è un processo sia sociale che individuale

poiché il percorso, che l'individuo segue nell'ambito di una determinata esperienza o posizione sociale, è influenzato

- dalle dimensioni sociali, istituzionali, normative che caratterizzano il contesto in cui agisce,
- dalle esperienze fatte precedentemente
- e dal modo con cui tale percorso è intrecciato a quelli degli altri (per esempio, la malattia di un figlio può costringere un genitore a ritirarsi dal lavoro).

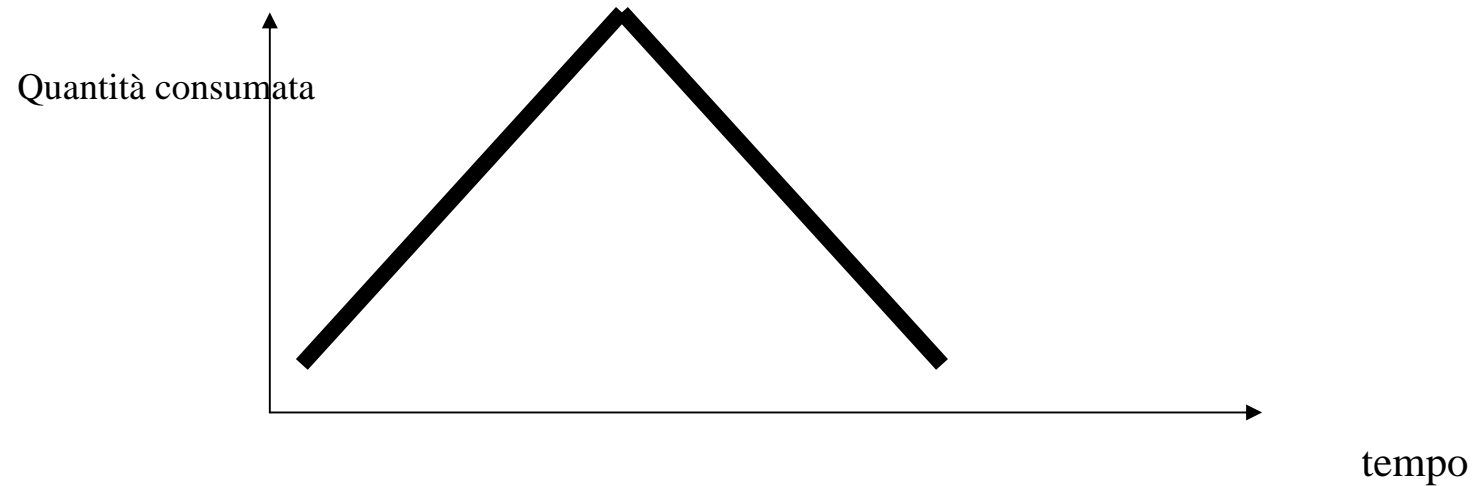
All'interno delle diverse traiettorie possono avvenire mutamenti (**transizioni**) che condizionano i corsi di vita delle persone.

Anche l'esperienza individuale relativa al consumo di droghe può essere concettualizzata nei termini di una traiettoria, cioè, di un percorso strutturato in una sequenza di fasi* ognuna caratterizzata da specifici stili di consumo.

I cambiamenti di status, nonché particolari eventi biografici, possono, condizionando le diverse traiettorie dei corsi di vita dei soggetti, influenzare anche le abitudini di consumo: specifiche transizioni, che si verificano in certe fasi del corso di vita (il passaggio status da studente a quello di lavoratore, da celibe a coniugato, ecc.), e particolari eventi biografici (l'insorgere di una malattia, un arresto, ecc.), possono determinare dei cambiamenti nei modelli di consumo

** fase: un periodo di tempo durante il quale le abitudini di consumo rimangono relativamente costanti*

Studi sulle carriere di consumo hanno evidenziato che il modello di carriera più comune è il seguente (Cohen (1989), *Cocaina use in Amsterdam in non deviant subculture*, University of Amsterdam, Amsterdam; Cohen, Hendrien, Kaal (2001), *The irrelevance of drug policy. Patterns and careers of experienced cannabis use in the populations of Amsterdam, San Francisco and Bremen*, Cedro, Amsterdam):



Le politiche sociali, sanitarie e penali
impattano sul consumo di droghe illegali
in tre modi:

1. attraverso la riduzione della domanda e dell'offerta
2. attraverso la riduzione dei danni associati all'uso di droghe
3. attraverso il trattamento dei tossicodipendenti

Le strategie di riduzione della domanda

Scopo: evitare che le persone diventino consumatori di droghe illegali.

Tali strategie sono caratterizzate da tre tipi di azione:

1. informare gli individui sui rischi e sui danni associati all'uso di droghe illegali (*indagini finalizzate a valutare le diverse strategie e indicare quelle più efficaci*)
2. agire sulle cause sociali del fenomeno: il consumo di droga è considerato un sintomo di malessere sociale, individuale, familiare (*indagini finalizzate a individuare le "cause";*
attenzione: una correlazione statisticamente significativa tra due variabili non è una spiegazione, si deve individuare il meccanismo causale! es. correlazione tra consumo di eroina e precedente consumo di cannabis; Indagini longitudinali per monitorare le carriere di consumo; indagini sulla prevalenza con dati disaggregati per età, gruppi sociali, ecc.)
3. reprime l'offerta di determinate sostanze e sanzionare il consumo (*indagini finalizzate a valutare l'impatto di tale forma di reazione sociale sulle carriere dei consumatori*)

Associazione uso eroina/precedente uso cannabis

Nel rapporto del National Center on Addiction and Substance Abuse della Università della Columbia del 2004 (finanziato dalla Casa Bianca) per documentare il fatto che la cannabis sia una droga di passaggio all'eroina si cita uno studio in cui si dimostra che coloro che hanno usato la cannabis hanno una probabilità maggiore di usare altre droghe rispetto a chi non l'ha mai usata.

Se però consultate lo studio, vi accorgete che i ricercatori ritengono che non siano chiari i meccanismi causali che potrebbero spiegare questa associazione.

Tra le ipotesi che formulano vi è quella secondo la quale chi usa la cannabis può essere indotto dal mercato a provare altre droghe (per questa ragione gli autori dello studio ritengono efficace il modello olandese in cui il consumo di cannabis avviene in determinati contesti nei quali non si possono trovare altre sostanze)

Lynskey et al. (2003), Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls, in "JAMA", 289, 4, pp.427-433

Le strategie di riduzione dei danni

Scopo: contenere i danni ed i rischi in cui possono incorrere i consumatori

Tali strategie sono caratterizzate dalle seguenti azioni (che si fondano sulla distinzione tra uso, abuso e dipendenza):

- evitare che i consumatori passino da stili di consumo non problematici (uso) a quelli problematici (abuso e dipendenza)
- evitare che i consumatori passino dall'abuso alla dipendenza;
- ridurre i danni associati alla dipendenza, evitando che i consumatori compromettano le loro condizioni di salute e le loro vite sociali e relazionali

Indagini longitudinali per monitorare l'evoluzione delle carriere di consumo (cfr. National Comorbidity Study)

Indagini sugli stili di consumo (non è sufficiente il dato sulla prevalenza se si assume che esistano stili di consumo meno dannosi di altri)

Numero di consumatori di droghe che sviluppa una dipendenza su un campione della popolazione americana (studio longitudinale)

Tipo di droga	Percentuale di consumatori sul campione	Consumatori diventati dipendenti
Tabacco	75%	32%
Alcool	91%	15%
Cannabis	46%	9%
Cocaina	16%	17%
Ansiolitici	13%	9%
Eroina	1,5%	23%

(Fonte: National Comorbidity Study)

Trattamento

Scopo: aiutare i tossicodipendenti a diventare astinenti e/o promuovere un miglioramento delle loro condizioni di vita

Strategie:

- interventi di carattere socio-riabilitativo
- interventi di carattere psicologico
- interventi di carattere medico-farmacologico

Indagini longitudinali retrospettive

Indagini di follow up

Indagini sui diversi tipi di trattamento (residenziale, ambulatoriale, ecc.) per evidenziarne caratteristiche, meccanismi di accesso e di fruibilità.

Strutturare processi conoscitivi che consentano di evitare il circolo chiuso che caratterizza il processo di costruzione sociale della conoscenza del fenomeno “droga”:

gli elementi conoscitivi di tale fenomeno vengono acquisiti prevalentemente all'interno del sistema trattamentale e tali dati fondano a loro volta gli orientamenti delle politiche di intervento (si crea un rapporto circolare chiuso tra conoscenza e trattamento).

E' anche a causa di questo rapporto circolare chiuso che si diffondono prevalentemente un certo tipo di rappresentazioni sociali del tossicodipendente.

(es. il consumo di cannabis favorisce il passaggio a quello di eroina, si trova conferma di ciò nelle interviste agli eroinomani in trattamento (sono circa 100 mila in Italia), come consideriamo però il dato sui milioni di consumatori di cannabis che non diventano eroinomani?)