LE INDAGINI SULLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE E I SERVIZI DI BASSA SOGLIA

Luca Di Censi, Francesco Fabi e Carla Rossi

Perché queste indagini sono importanti per monitorare il "fenomeno droga"

Queste indagini permettono di conoscere molti aspetti legati alla vita della popolazione di utilizzatori definita a livello europeo High Risk Drug Users, che prevede uno dei cinque indicatori standard. Inoltre, dato che, come si vedrà dalle analisi, questa popolazione consuma circa la metà del totale in Italia, molti fenomeni sono legati ad essa, come gli aspetti sanitari, criminali, sociali, la dimensione del mercato e le nuove tendenze. Si tratta di un'indagine che andrebbe condotta almeno ogni 3 anni per monitorare un aspetto importante e delicato del "fenomeno droga" legato con tutti gli altri e che permette anche analisi di coorte, se ben impostata.

Le strutture

La comunità terapeutica per tossicodipendenti è una struttura residenziale e/o semiresidenziale con compiti terapeutico-riabilitativi, finalizzata al reinserimento del "paziente" nella società e all'affrancamento dalla dipendenza. La fase di inserimento e il percorso riabilitativo vengono stabiliti dall'Ente che gestisce la comunità stessa, con approcci terapeutici differenziati.
I servizi di bassa soglia consistono in strutture di accoglienza e in interventi volti alla riduzione del rischio e del danno (come i *drop-in*), caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze. Sono un osservatorio privilegiato sulla domanda di droga, dato che il bacino d'utenza è costituito da persone il più delle volte orientate all'interruzione dell'uso, ma ancora saldamente inserite nel circuito della vendita e nel particolare contesto sociale che caratterizza il consumatore problematico.

Gli intervistati

I pazienti delle comunità terapeutiche, che sono la totalità degli intervistati nella prima indagine pilota e la maggioranza nelle successive, possono entrare autonomamente nel circuito; si tratta di individui che hanno maturato la scelta di affrancarsi dalla dipendenza o che sono in misure alternative alla carcerazione. Questi pazienti, che entrano nelle strutture in alternativa al carcere, hanno come motivazione maggiore il desiderio di uscire dalla prigione piuttosto che avviare un reale processo di riabilitazione.

I pazienti dei servizi di bassa soglia in genere sono al limite tra l'uso e la consapevolezza di evitare un aggravamento della loro situazione. Si rivolgono a questi servizi quando percepiscono che le loro condizioni fisiche e/o sociali si sono aggravate.
L'utilità strategica di questi servizi sta nel consentire un primo passo verso una possibile uscita dal ciclo vizioso di dipendenza.

Lo strumento di ricerca

Sono state utilizzate tecniche di ricerca proprie dell'approccio quantitativo (il questionario); l'indagine quantitativa si caratterizza con un disegno di ricerca chiuso, strutturato e standardizzato[1]
Inoltre un questionario strutturato, rispetto ad altri strumenti di indagine come ad esempio le interviste in profondità (*face to face*), permette analisi diacroniche per meglio comprendere le dinamiche temporali della popolazione. La standardizzazione fa riferimento alla tecnica dello stimolo-risposta nella somministrazione dello strumento in modo che la formulazione del quesito sia uniforme per tutti i rispondenti[2].
Il questionario utilizzato nella presente indagine è stato in parte validato nel 2009 mediante uno studio pilota[3], condotto presso Comunità Terapeutiche e realizzato dalla Commissione "Il mercato illegale delle sostanze stupefacenti e psicotrope e il suo indotto" del Consiglio italiano per le Scienze Sociali (CSS). Successivamente è stato utilizzato nel 2010[4] per un progetto svolto nell'ambito dei programmi di studio del Dipartimento Politiche Antidroga. Nel 2012, infine, è stato esteso, ampliato ed attuato nei quanttro paesi del progetto europeo "New methodological tools for policy and programme evaluation", coordinato dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica (CIBB) dell'Università di Roma "Tor Vergata". L'ultima versione del questionario, la più completa, è composta da 38 domande, che riguardano:

- caratteristiche demografico-sociali;
- ricostruzione della carriera di consumatore (età di inizio, motivazioni, sostanze, ecc.);
- contiguità con area "criminale";
- interazione con il mercato;
- finanziamento del consumo;
- misure alternative;
- valutazione/soddisfazione dei servizi delle strutture;
- carriera di marginalità.

---

[1] Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente […] scontano la precedenza di determinate ipotesi»Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997.
[2] Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006.
[3] IDM (2010), *Act upon the market to fight the drug industry*, Rome, May 2010, e-book http://www.illicitdrugmarket.net/act_upon_the_market.pdf
[4] I risultati sono ampiamenti riportati in G.M. Rey, C. Rossi; A. Zuliani (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

La “Ricostruzione della carriera del consumatore” è presente solo nell’ultimo questionario e, rispetto alle precedenti indagini sono state ampliate l’indagine sulla “Contiguità con l’area criminale” e quella sulle “Misure alternative”.

I RISULTATI DELLE INDAGINI

Le indagini sono state compiute, ad esclusione di quella pilota che ha visto solo il coinvolgimento delle comunità, su due target distinti, una sui residenti in comunità terapeutiche, l’altra su persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia.
Nelle tre indagini sono stati raccolti rispettivamente 101 questionari dalle comunità (indagine pilota), 1164 questionari dalle comunità e 299 dai servizi di bassa soglia (Indagine DPA). Infine 531 questionari dalle comunità e 189 dai servizi di bassa soglia (indagine EU). Le indagini hanno coinvolto le strutture di diverse regioni italiane riportate nella Tabella 1.

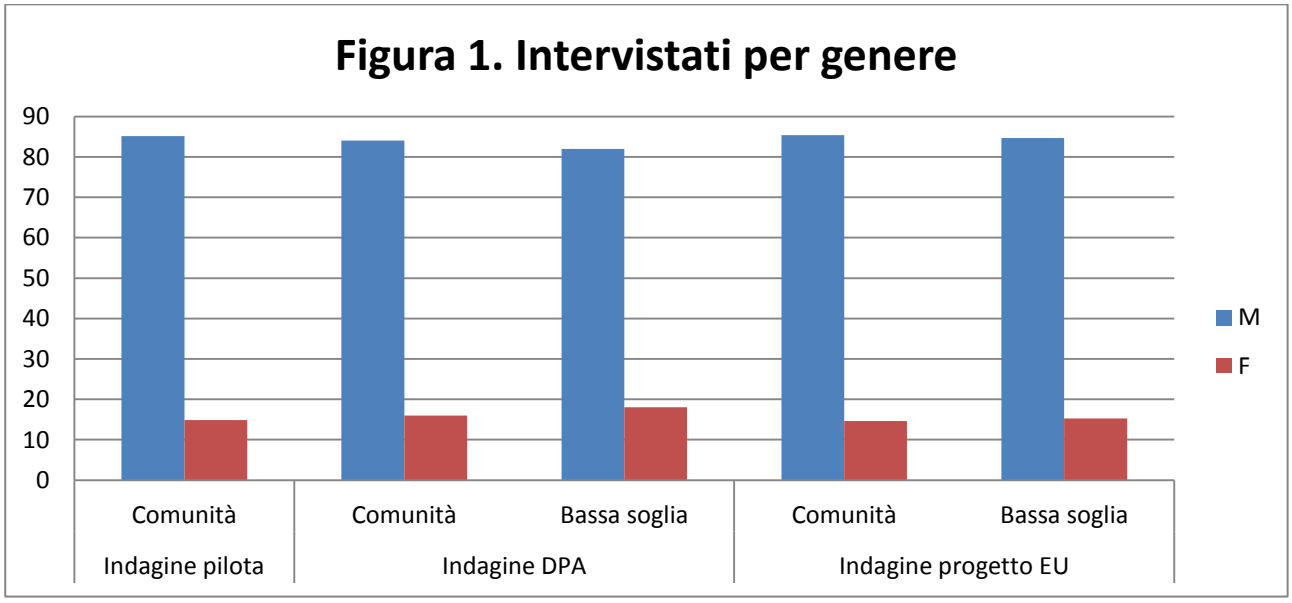
Tabella 1. Regioni che hanno partecipato alle diverse indagini.

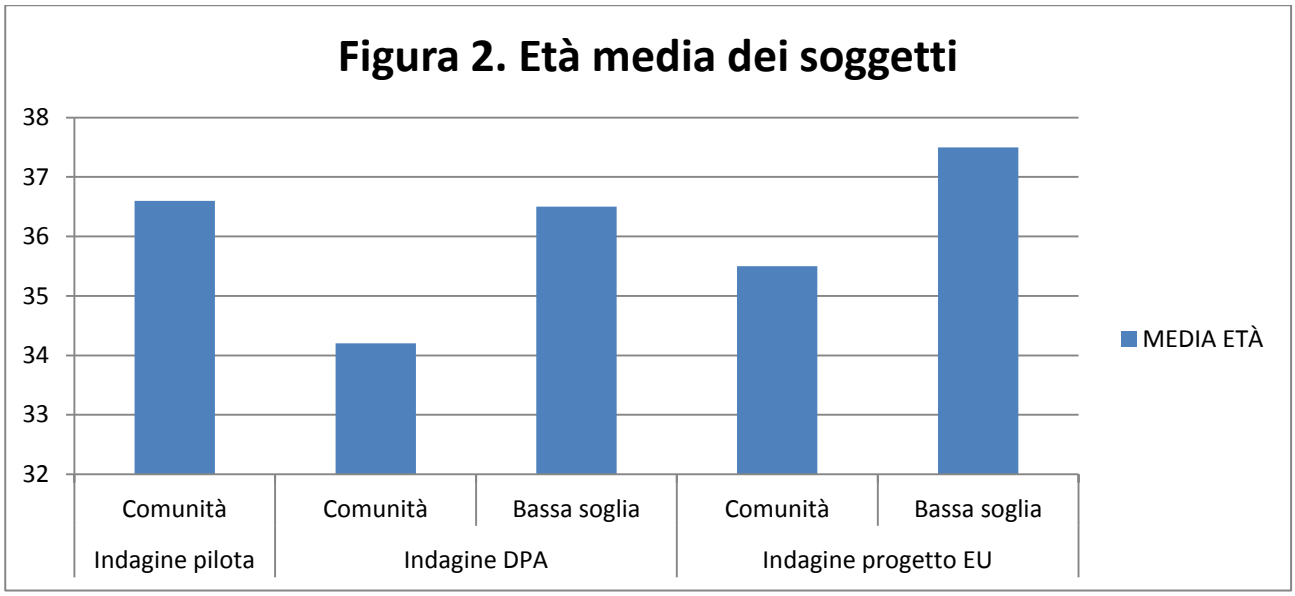
Titolo indagine	Anno	Intervistati Comunità	Intervistati servizi bassa soglia	Regioni coinvolte nelle indagini
Indagine pilota	2009	101	-	Piemonte, Lazio, Campania
Indagine DPA	2010	1164	299	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia
Indagine progetto EU	2012	531	189	Piemonte, Lombardia, Trentino Alto Adige, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia, Calabria, Sicilia

CARATTERISTICHE DEGLI INTERVISTATI

Le analisi effettuate, eccetto quella pilota, hanno mantenuto una distinzione tra i residenti in comunità terapeutiche e sui servizi a bassa soglia. Le caratteristiche delle due popolazioni prese in esame sono molto simili sia per sesso sia per età. Ovviamente, data la popolazione in oggetto, non è stato effettuato un vero e proprio campionamento ma si è cercato, attraverso un lavoro d’individuazione delle comunità, di considerare il maggior numero di regioni e contesti territoriali.
Gli intervistati delle indagini sono prevalentemente maschi, come in generale gli utilizzatori di sostanze (Figura 1).
Se per genere c’è una quasi sovrapposizione nelle due indagini, per l’età si ha invece una prevalenza di adulti 35-44 anni per gli utenti in bassa soglia. Questo dato è giustificato dal fatto che

chi usufruisce maggiormente di questi servizi sono quelle persone che si trovano nella fase più critica del consumo, quando ormai sono erose tutte le altre fonti di sostegno a cui si è fatto riferimento nella fase iniziale della dipendenza (Figura 2).

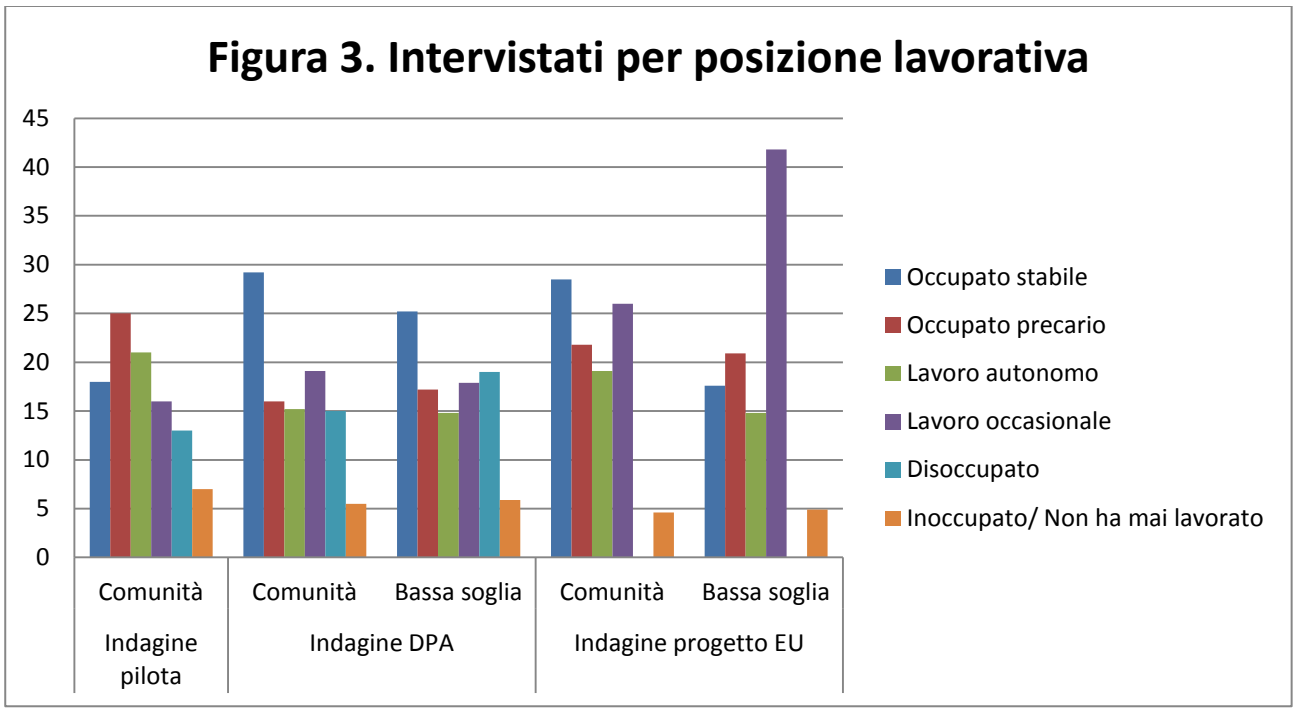


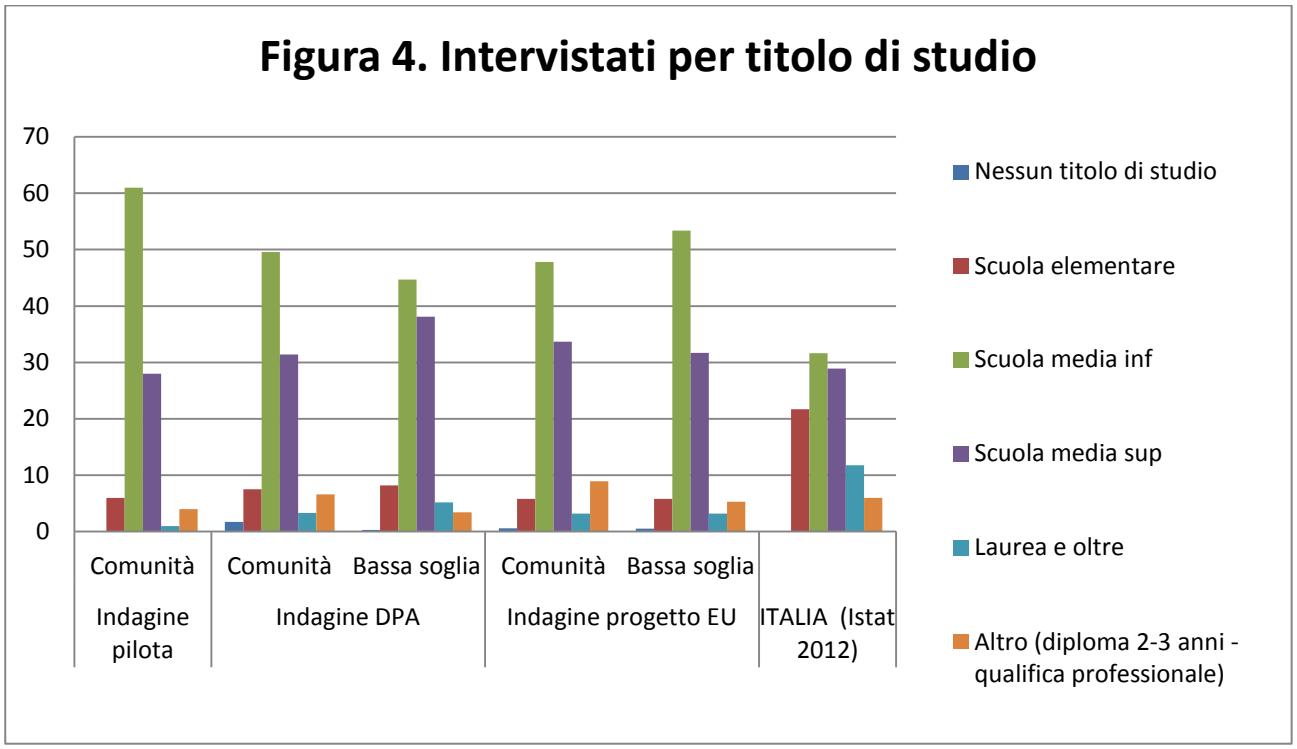


La condizione occupazionale rilevata (Figura 3), nella prima indagine è risultata meno stabile (occupati stabili 18%). Nelle successive indagini mediamente un intervistato su 4 dichiara un'occupazione stabile. Nell'ultima indagine il lavoro occasionale aumenta per tutte e due i collettivi, infatti in questa modalità di risposta ricadono i disoccupati di lungo e medio periodo che riescono ad avere introiti solo grazie a lavori occasionali. Si può osservare che, in particolare il lavoro stabile diminuisce tra il 2010 e il 2012 nella popolazione che si rivolge ai servizi a bassa soglia e aumenta moltissimo il lavoro occasionale.

La moda del livello di istruzione, nelle tre indagini, è la licenza media. Nella prima indagine il 61% degli intervistati ha dichiarato il conseguimento di questo titolo di studio. Nelle altre indagini la percentuale varia fra il 44,7% (indagine DPA bassa soglia) e il 53,4% (indagine progetto EU bassa

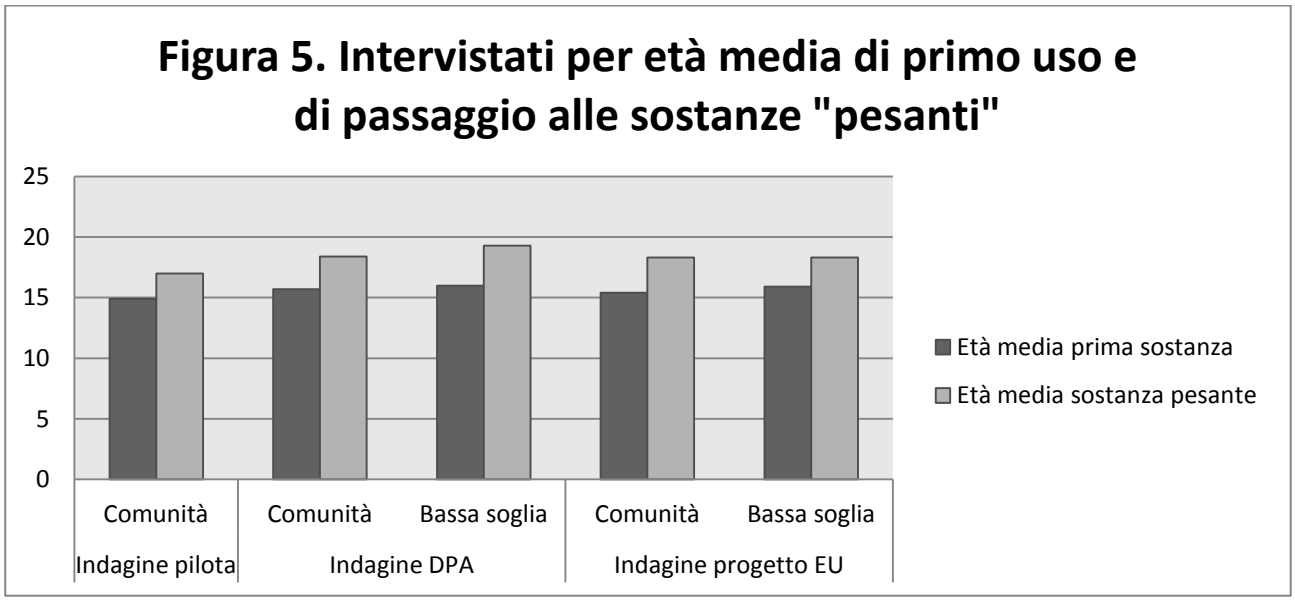
soglia). Rispetto alla prima indagine, nelle indagini successive risultano più alte le percentuali di chi ha un titolo di studio di scuola media superiore (Figura 4). Dal confronto con la distribuzione del titolo di studio a livello italiano, riportato dall'ISTAT, emerge il legame tra uso di sostanze e abbandono dello studio, come messo in luce in Rey et al (2011) nell'indagine SPS 2011, condotta per il DPA dal CIBB.

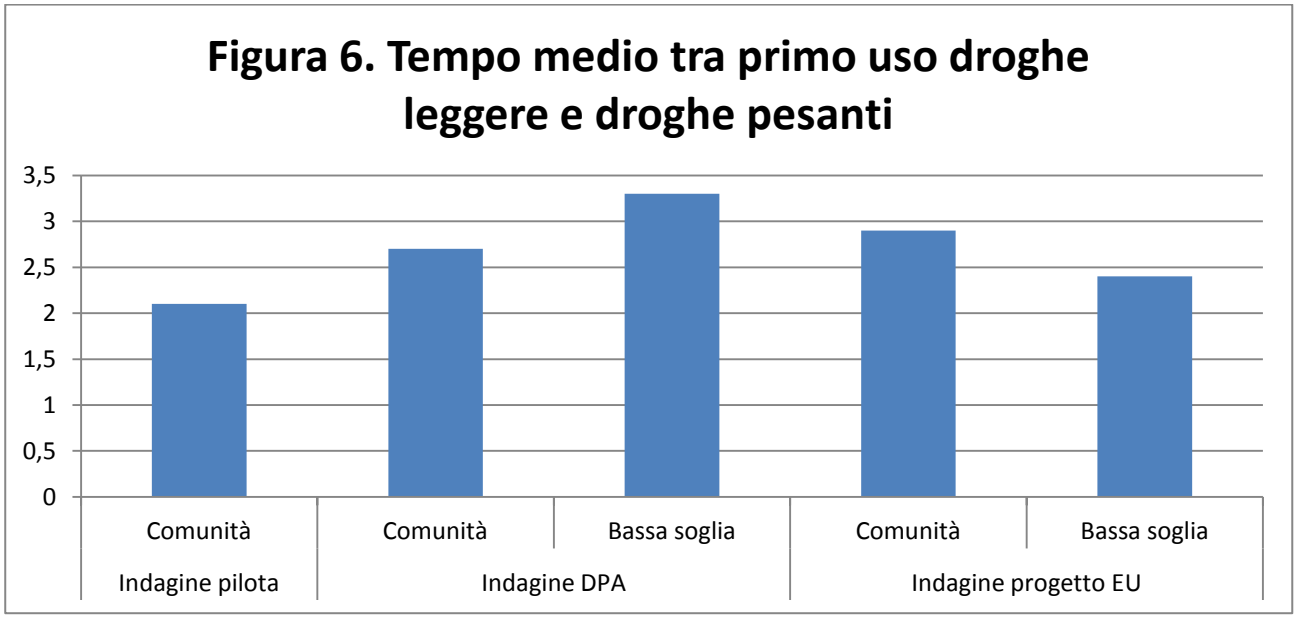




Il primo consumo

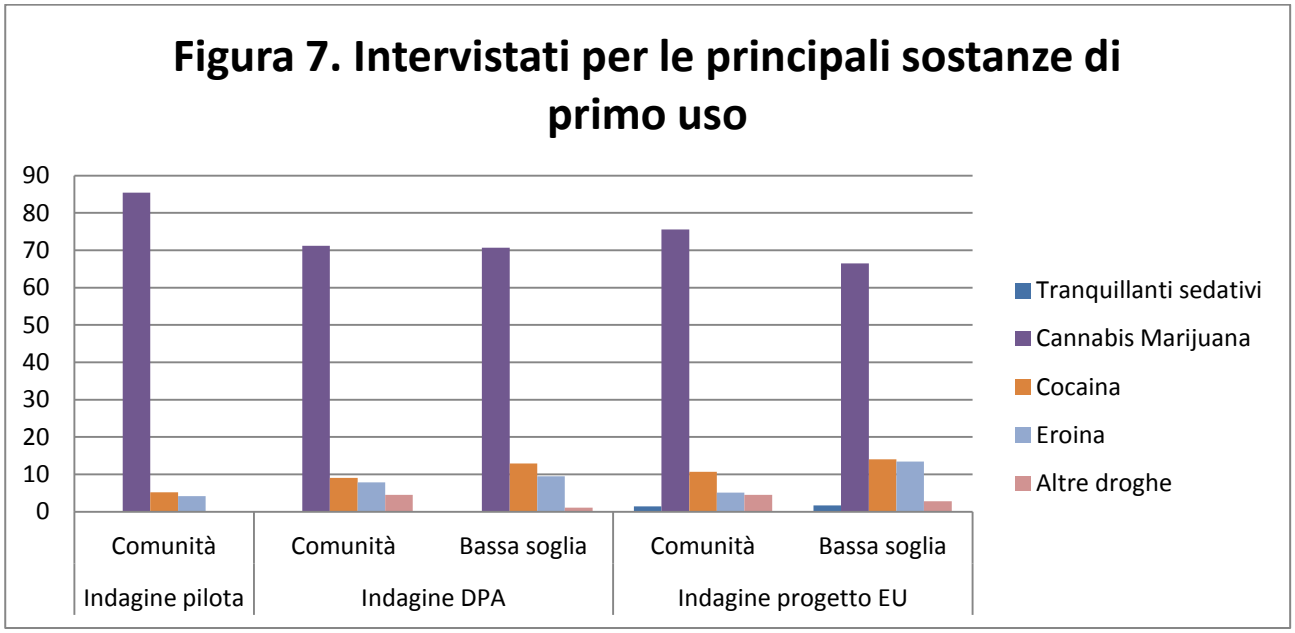
L'età di primo uso è per oltre la metà degli intervistati fino ad arrivare al 70% al di sotto dei 17 anni. Questo dato mostra un approccio sempre più precoce al mondo delle sostanze, confermato anche dalle indagini SPS ed ESPAD degli ultimi anni.
Circa quattro intervistati su dieci hanno fatto la loro prima esperienza di consumo al di sotto dei 15 anni e due su tre dai 13 ai 16 anni. In sintesi, la prima esperienza, per coloro che maturano un consumo problematico, avviene in prevalenza prima del compimento dei 18 anni.
L'età media al primo uso è di poco inferiore a 16 anni per tutte le indagini (Figura 5). Infatti l'età al primo uso varia nelle tre indagini, fra i 14,9 anni e i 16 anni.
L'età media del primo utilizzo di droghe pesanti è di 18,3 quindi in prossimità della maggiore età, fra i 17 e 19,3 anni. Il tempo medio che intercorre fra il primo uso di droghe leggere e droghe pesanti è di 2,7 anni (Figura 6).





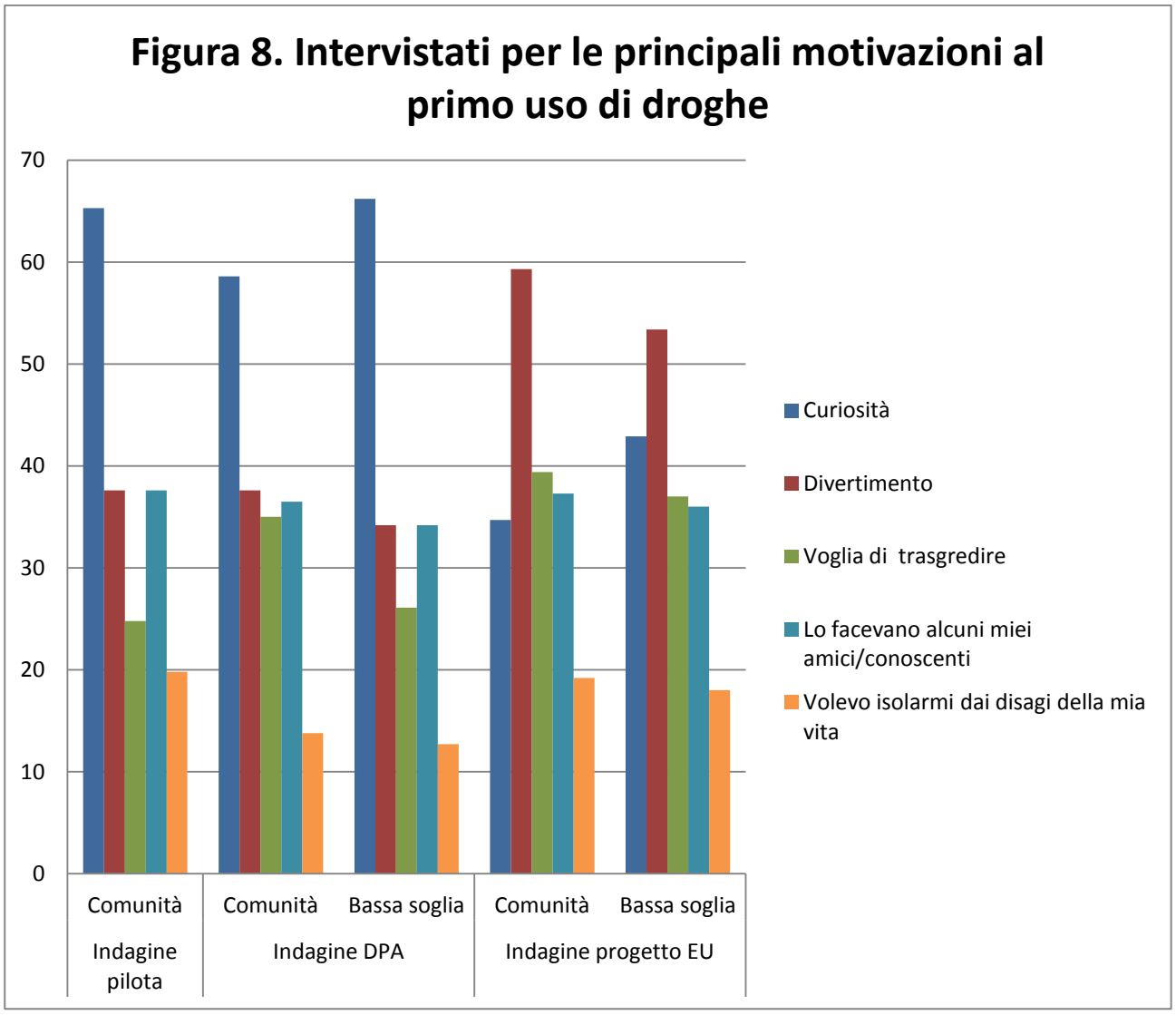
Quale sostanza hai provato per la prima volta? Perché? Con chi? In quale occasione? Dove?

Le sostanze utilizzate la prima volta sono le stesse per tutti i gruppi di intervistati e il risultato è in linea con tutte le rilevazioni effettuate negli ultimi anni a livello europeo. La sostanza di primo utilizzo per circa il 70% dei casi è la cannabis, per la facilità di reperimento, oltre che per l'estesa accettabilità sociale. Nella prima indagine la percentuale registrata è stata addirittura dell' 85,4%. La seconda sostanza per primo utilizzo è la cocaina, con una percentuale più bassa nella prima indagine (5,2%) e percentuali più alte nelle due indagini successive (fra il 9,1% e il 14%) (Figura 7). Si registrano inoltre, per le due indagini più recenti e che hanno visto una maggiore numerosità di intervistati, percentuali intorno all'1,5% di tranquillanti e sedativi per la prima volta…. e percentuali intorno al 3% di altre sostanze. Queste "altre sostanze" potrebbero essere identificate con le nuove droghe di origine sintetica immesse sul mercato per brevi periodi e poi sostituite con altre, questo per sfuggire alla registrazione sulle tabelle delle sostanze illecite.

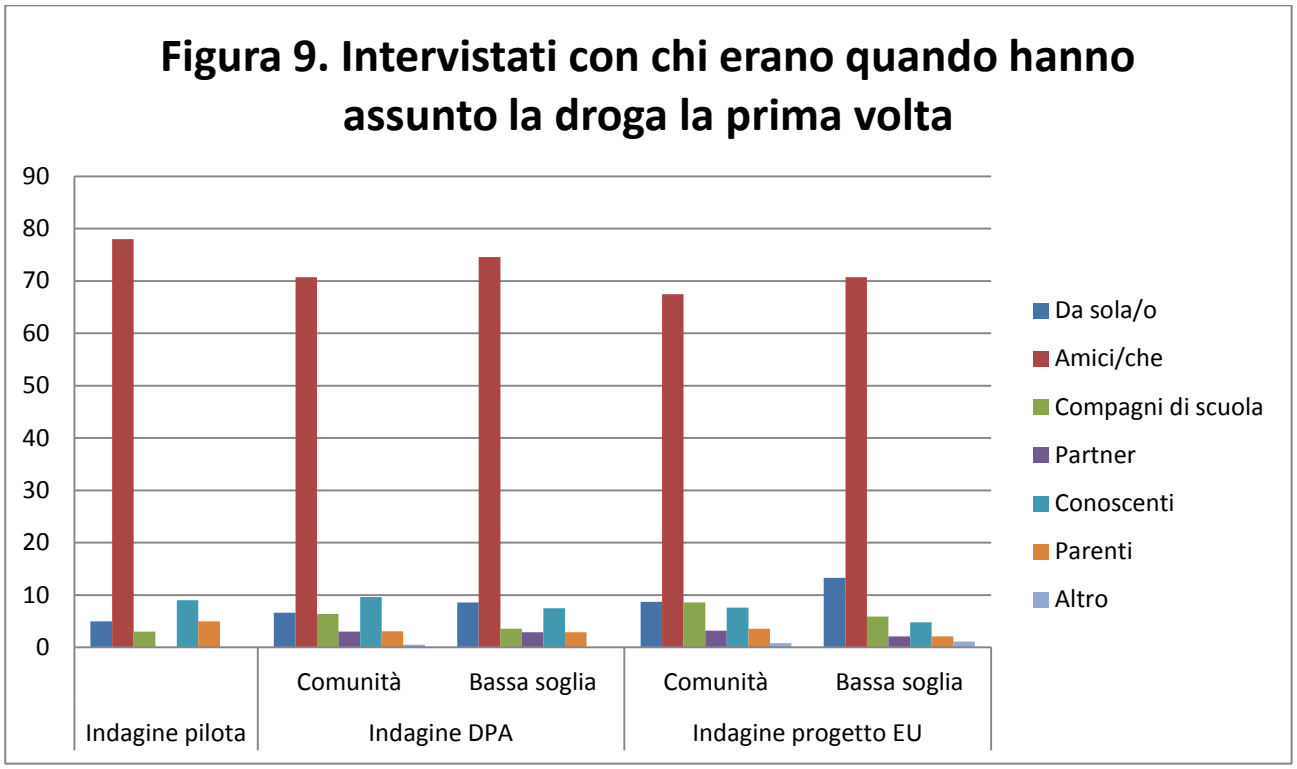


La motivazione prevalente che spinge a provare una sostanza per la prima volta nelle prime due indagini è risultata la curiosità con percentuali fra il 58,6% e il 66,2%. Nell'indagine progetto EU invece la motivazione prevalente è risultata il divertimento (59,3% comunità e 53,4% bassa soglia).
La curiosità, nel progetto EU, ha avuto percentuali solo del 34,7% nelle comunità e del 42,9% nella bassa soglia (Figura 8).
Le risposte "positive" e comunque non colpevolizzanti quali curiosità e divertimento prevalgono largamente su quelle "negative" come l'autolesionismo o l'ansia da prestazione che indicano uno stato di malessere personale o di inserimento nella società (disagi familiari, fare nuove amicizie). Solo per una piccola parte degli intervistati i motivi non sono né indifferenziati né emulativi, ma riguardano condizioni specifiche collegate all'uso "medicale" di una sostanza: uno stato d'animo particolare quale la necessità di stare meglio con se stessi, il desiderio di favorire il contatto con gli altri.
Motivazioni che sostengono l'ipotesi di un primo approccio alle droghe "spensierato" avvenuto senza soppesare i rischi di un uso problematico o comunque di nessun effetto indesiderato è

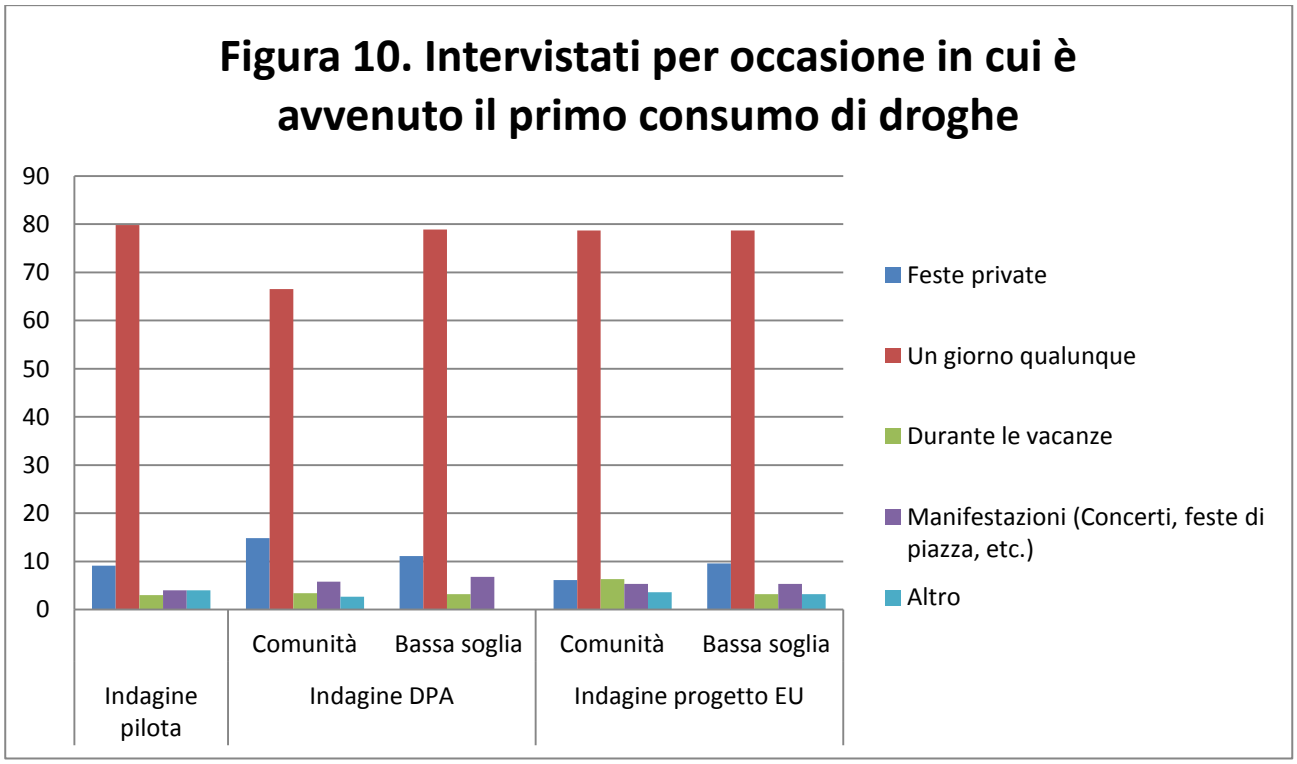
confermata dal dato che oltre 70% ha risposto di non aver valutato nessun rischio la prima volta che ha utilizzato una sostanza.



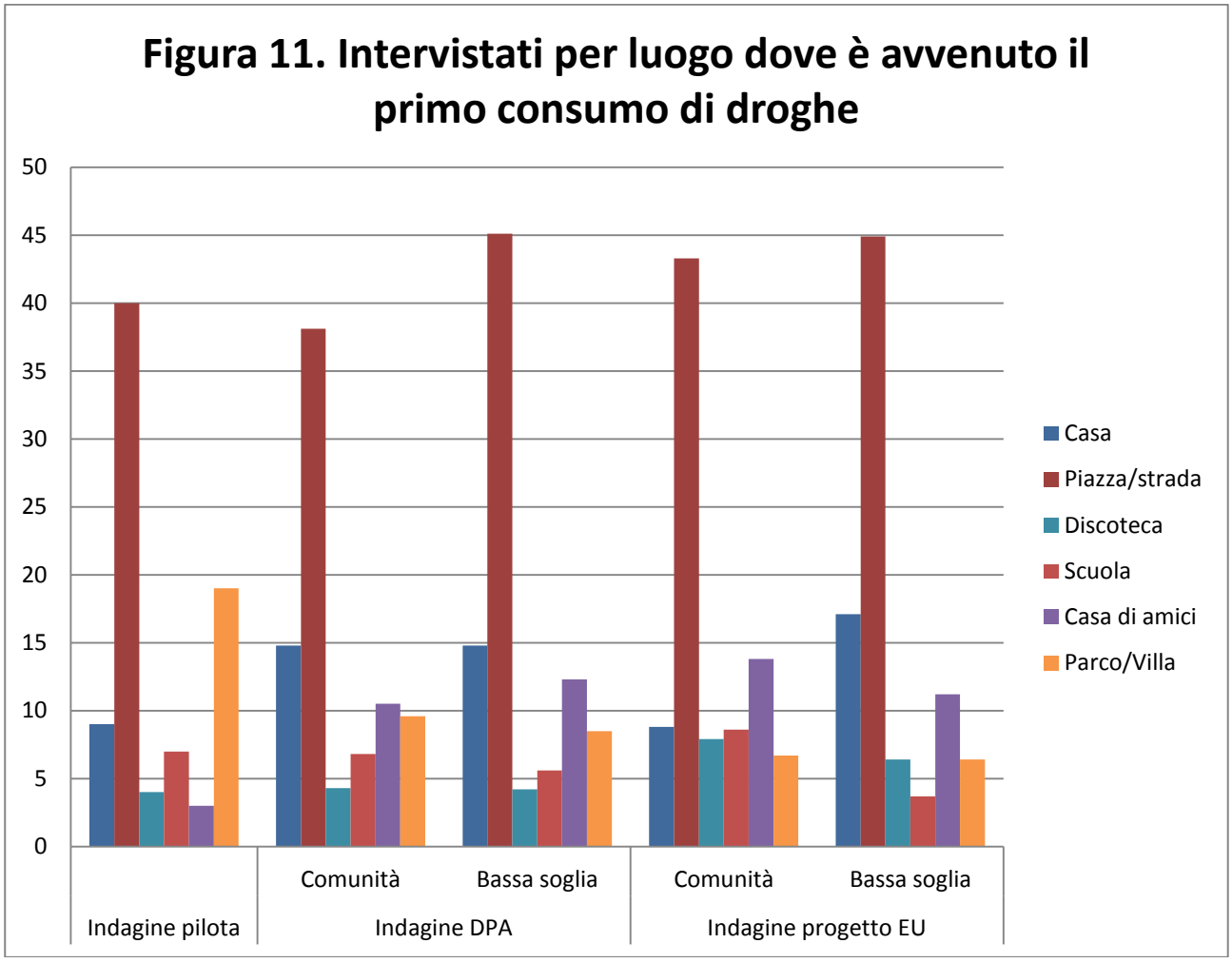
Il primo uso è avvenuto in contesti di socializzazione, dato che 3 su 4 degli intervistati ha riferito che stava con amici. Una piccola percentuale riferisce di aver iniziato l'uso con parenti, specialmente per l'uso di farmaci senza prescrizione medica.
Rimane il gruppo dei pari (amici che raccolgono più del 70% delle risposte) l'ambito di utilizzo iniziale privilegiato.
Per quanto sia da approfondire la tendenza che riguarda in media 8,4% degli intervistati che dichiarano di avere utilizzato la prima volta una sostanza da soli. Individui che sono fortemente destinati alla dipendenza proprio per un approccio più "solipsistico" ed individualizzato al consumo. Si potrebbe riportare al centro dell'attenzione un fenomeno ormai evidente quando parliamo delle ultime generazioni, che prive di spazi pubblici destinati alla socializzazione ripiegano più di frequente negli spazi privati e personali (la casa, la propria stanza) per vivere la sfera relazionale. Il consumo per la prima volta in casa potrebbe non riguardare solo il singolo adolescente, ma anche in parte il piccolo gruppo di pari (2 o 3 amici) con cui ci si relaziona all'interno del proprio spazio privato vissuto come spazio ludico e socializzante (a partire dall'uso comune di vettori come il web o i videogames).



Il primo consumo è avvenuto per lo più all'aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque (Figura 10) a conferma di un approccio avvenuto per lo più con leggerezza.



Passando al luogo di consumo, collegato alla prima volta in cui è stata utilizzata una sostanza, si notano situazioni diverse tra loro: circa la metà degli intervistati delle indagini dichiara che il primo consumo è avvenuto in contesti outdoor come strada, piazza, parco; circa un intervistato su quattro dichiara di avere consumato la sostanza a casa propria o di amici; il rimanente si distribuisce senza particolari predilezioni sugli altri luoghi (Figura 11); solo una piccola percentuale (in media il 6,4%, comunque non trascurabile) parla della scuola come del primo luogo di consumo.



In sintesi il primo consumo è avvenuto per lo più all'aperto o in casa propria o di amici, per la maggioranza dei casi in un giorno qualunque, a conferma di un approccio avvenuto per lo più senza soppesare eventuali reazioni negative.

Influenza della situazione socio-ambientale all'età di primo uso

I dati che emergono dal quadro di riferimento circa le circostanze in cui è assunta per la prima volta una sostanza psicoattiva suggeriscono come le droghe siano sempre più presenti nei contesti della quotidianità, soprattutto delle fasce giovani della popolazione, e rientrino quasi nella "normalità" non essendo più considerate un fatto eccezionale. Questo determina una crescente probabilità che si entri in contatto con il mondo della droga, direttamente (contatto fisico o sperimentazione-assunzione) o indirettamente (vedere o conoscere qualcuno che la usa, sapere dove e come trovarla).

Le probabilità di contatto aumentano, inoltre, anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici come il grado di soddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola, lavoro) e la capacità di contenere l'istintività e le pulsioni (ad esempio, il desiderio di provare droghe, la capacità di resistere all'offerta ed alla pressione dei pari) e non ultimo per importanza il contesto sociale e abitativo.
Potremmo forse ipotizzare che negli ambienti, dove è diffusa una scarsa legalità e una larga diffusione di sostanze psicotrope, rappresentino un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l'uso rispetto ad altre variabili sociali. Questa considerazione riporta alla mente quanto spesso ipotizzato e, per certi versi sostenuto con evidenze scientifiche, cioè il legame sempre più stretto tra disponibilità, "influenza sociale" e consumo[5]. È vero che il fenomeno droga ha assunto dimensioni enormi ed è sicuramente "spalmato" in tutta la società ma è anche vero che la maggioranza dei problematici che hanno partecipato alle rilevazioni provengono da contesti all'apparenza non abbienti né culturalmente stimolanti in quanto si registrano livelli di scolarità molto inferiori alla media nazionale.

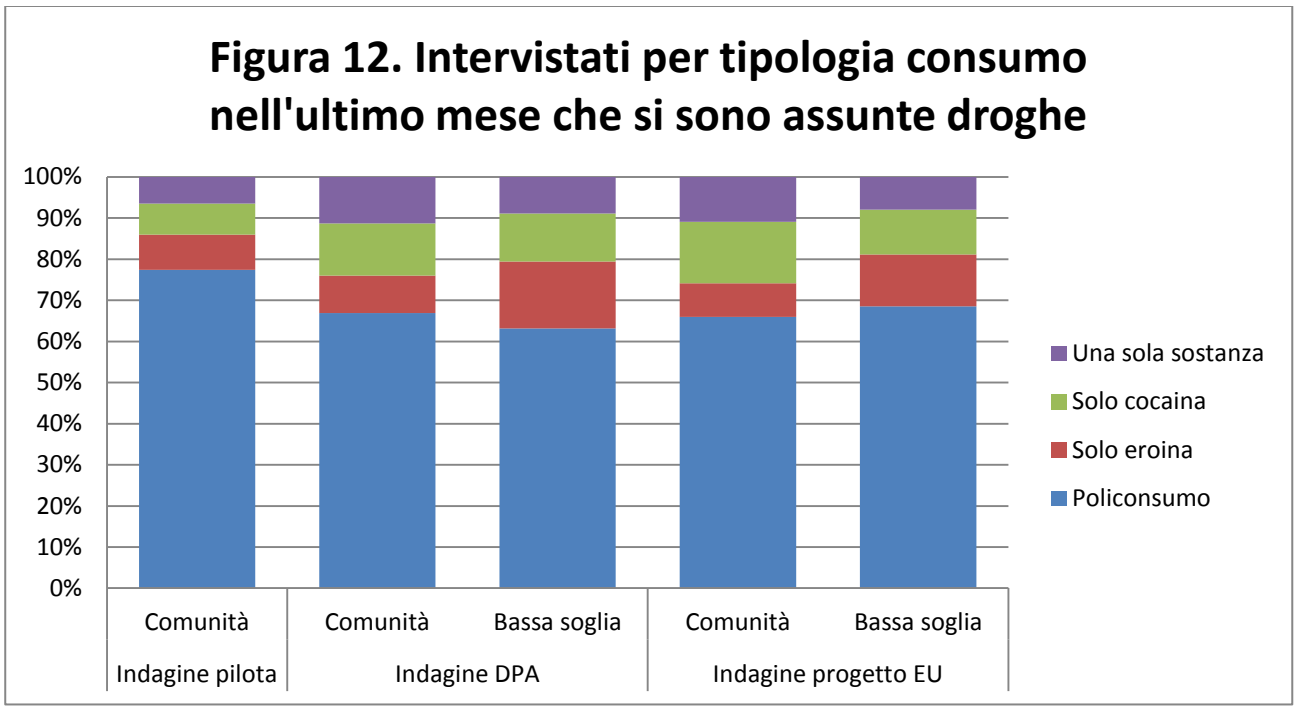
Il consumo

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra e l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero significativamente i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della platea dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo[6]. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori sono esclusi e – ovviamente - non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione ci può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè supponiamo che non sia meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza o l'uso "pesante" può generare esclusione sociale.

---

[5] Botvin, G. J. (2000). *Preventing drug abuse in schools: Social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiologic factors*. Addictive Behaviors, 25, 887–897. Macchia, T., Mancinelli, R., Bartolomucci, G., Avico, U. (1990), Cocaine misure in seleceted areas: Rome, *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 26, 2, pp. 189-196.
[6] Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3.*

Le interviste confermano le tendenze sopra menzionate, se due decenni fa si sarebbero trovati nei servizi prevalentemente utilizzatori di eroina ad oggi il panorama sui consumi assume una complessità fatta di policonsumo o consumi modulati dall'esigenza del momento, quale ad esempio sballare come rilassarsi come avere maggiori performance e questo è evidente nella maggioranza di intervistati che hanno dichiarato di assumere più sostanze (Figura 12).



Quanto costa e come si finanzia il consumo

Gli utilizzatori problematici di droghe sono la minoranza dei consumatori, ma il loro peso sul mercato della droga è molto più alto, tutti insieme raggiungono infatti circa la metà del consumo. Sono inoltre utili allo sviluppo del mercato della droga, perché il modo più semplice per loro di guadagnare è quello di vendere droga e così permettono di espandere la rete di vendita e di acquisire nuovi clienti per l'industria della droga.
Gli intervistati per circa la metà dei casi, hanno finanziato, nel caso delle comunità, e finanziano, nel caso della bassa soglia, il loro consumo con attività lecite siano esse il lavoro o soldi provenienti dalla famiglia (Figura 13 e Figure 14 e 15).
Le risorse economiche delle famiglie vengono intaccate non solo per il consumo di droga, ma anche per i costi connessi all'emarginazione sociale. Il consumo problematico comporta una serie di problemi che si estendono anche ai nuclei familiari. Sarebbe quindi opportuno fornire un sostegno alle famiglie per affrontare un problema che diventa anche di origine economica, oltreché sociale e culturale. I ritorni per la collettività riguardano i costi evitati nell'ambito di giustizia, sanità, ordine pubblico e di perdita del capitale umano[7].

[7] Si vedano i risultati di una recente ricerca condotta nel Regno Unito: UKDPC (2009), Supporting the Supporters: Families of drug misuses, November, (http://www.ukdpc.org.uk/reports.shtml)

Figura 13. Fonti di finanziamento per il consumo (Comunità - Indagine pilota)

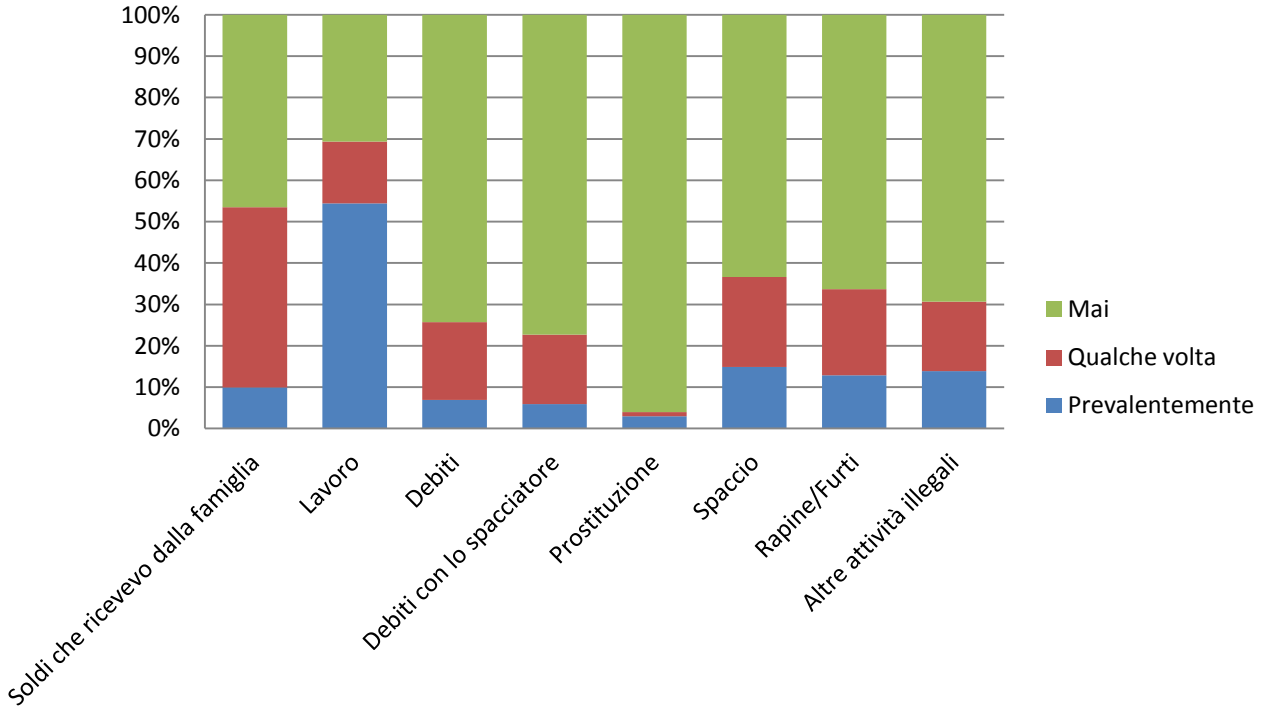


Figura 14 a. Fonti di finanziamento per il consumo (Bassa soglia - Indagine DPA 2010)

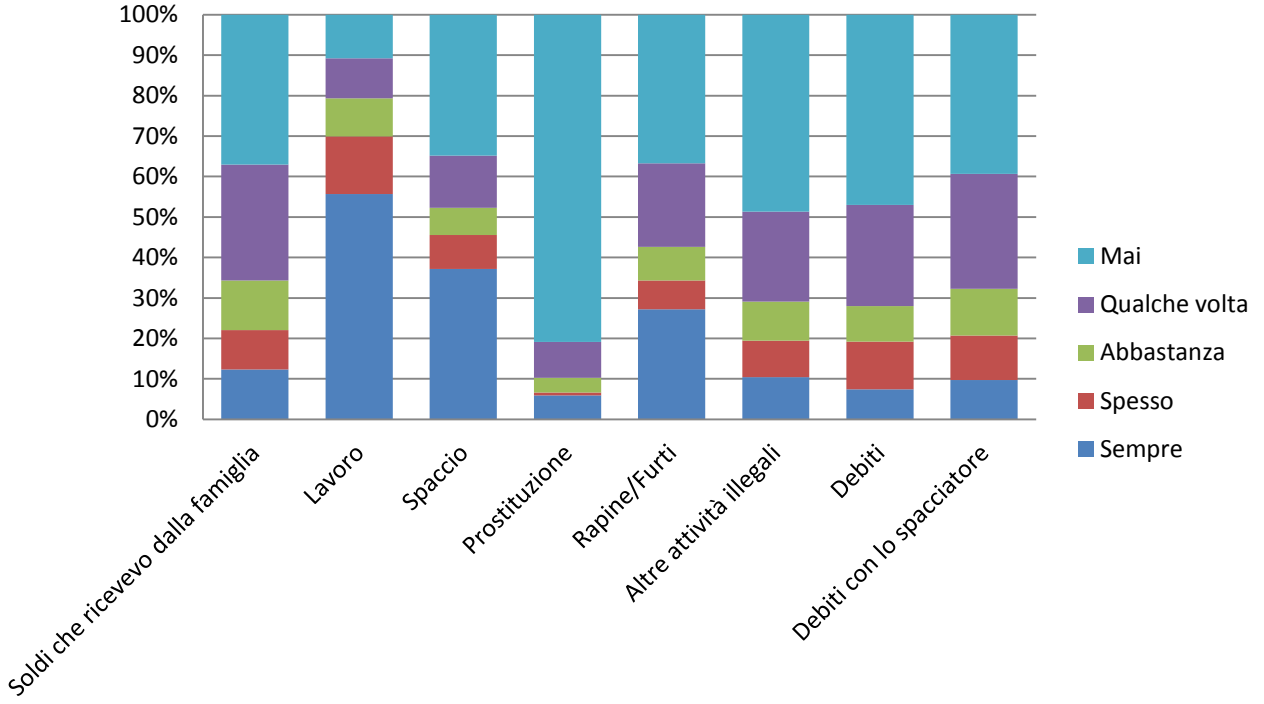
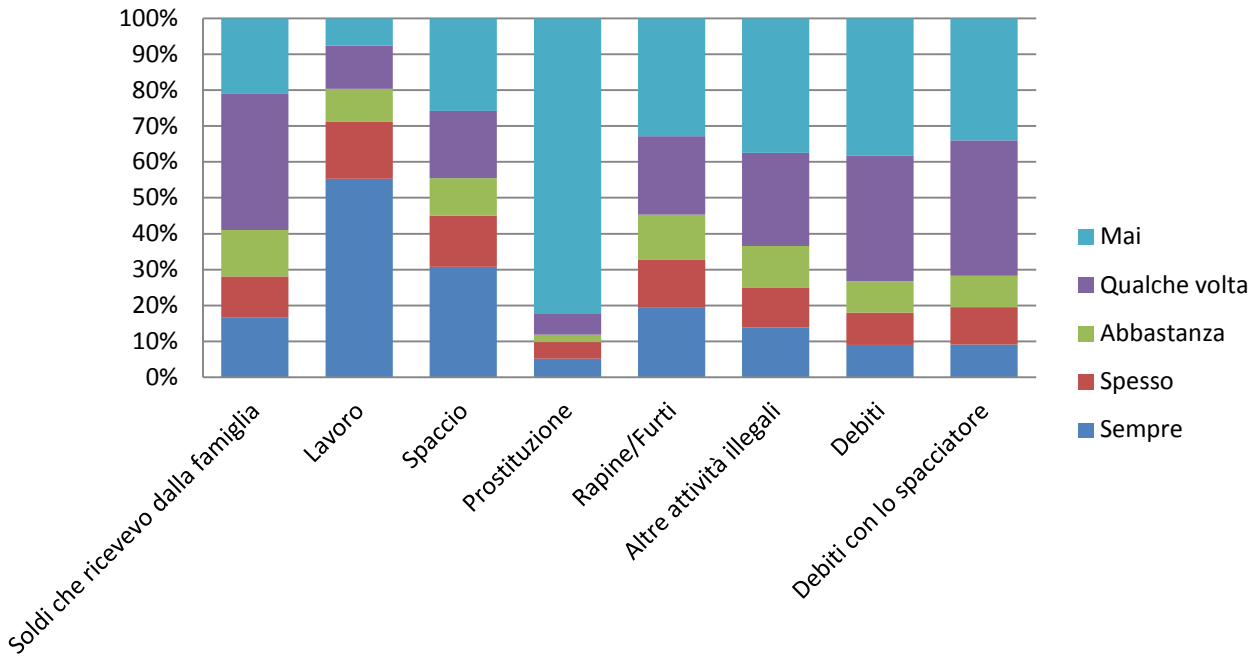
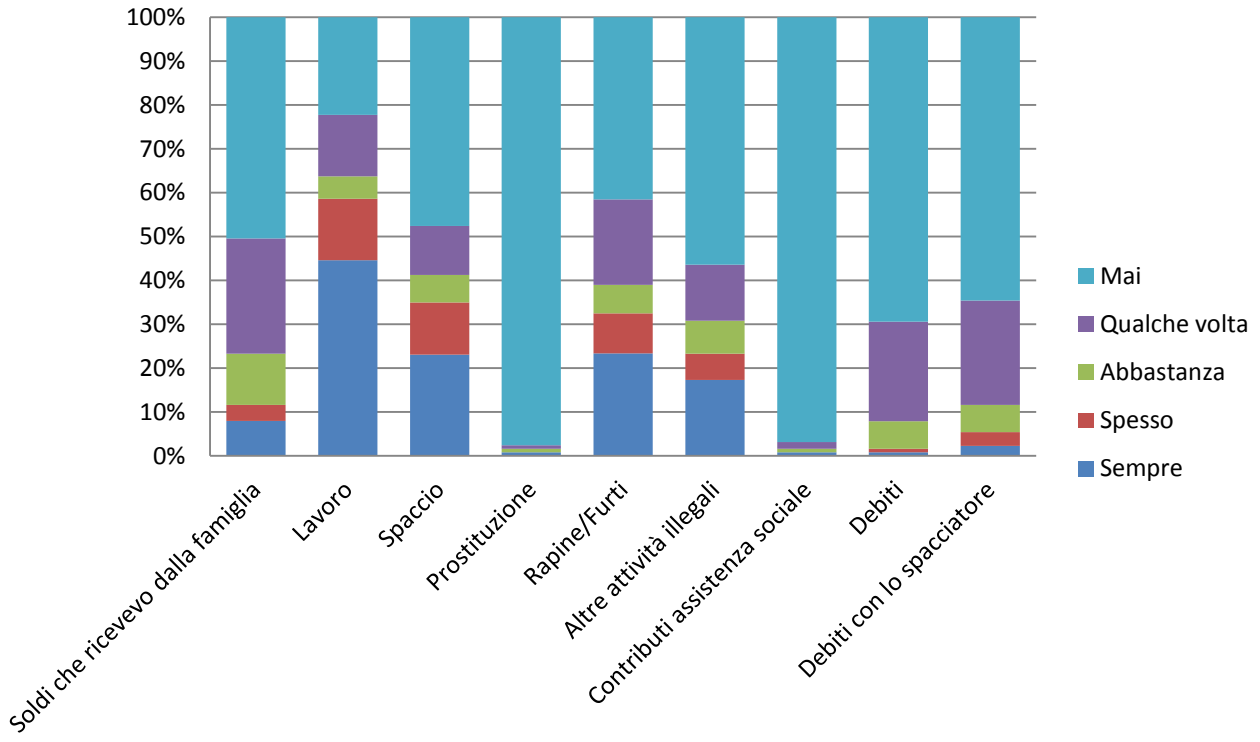
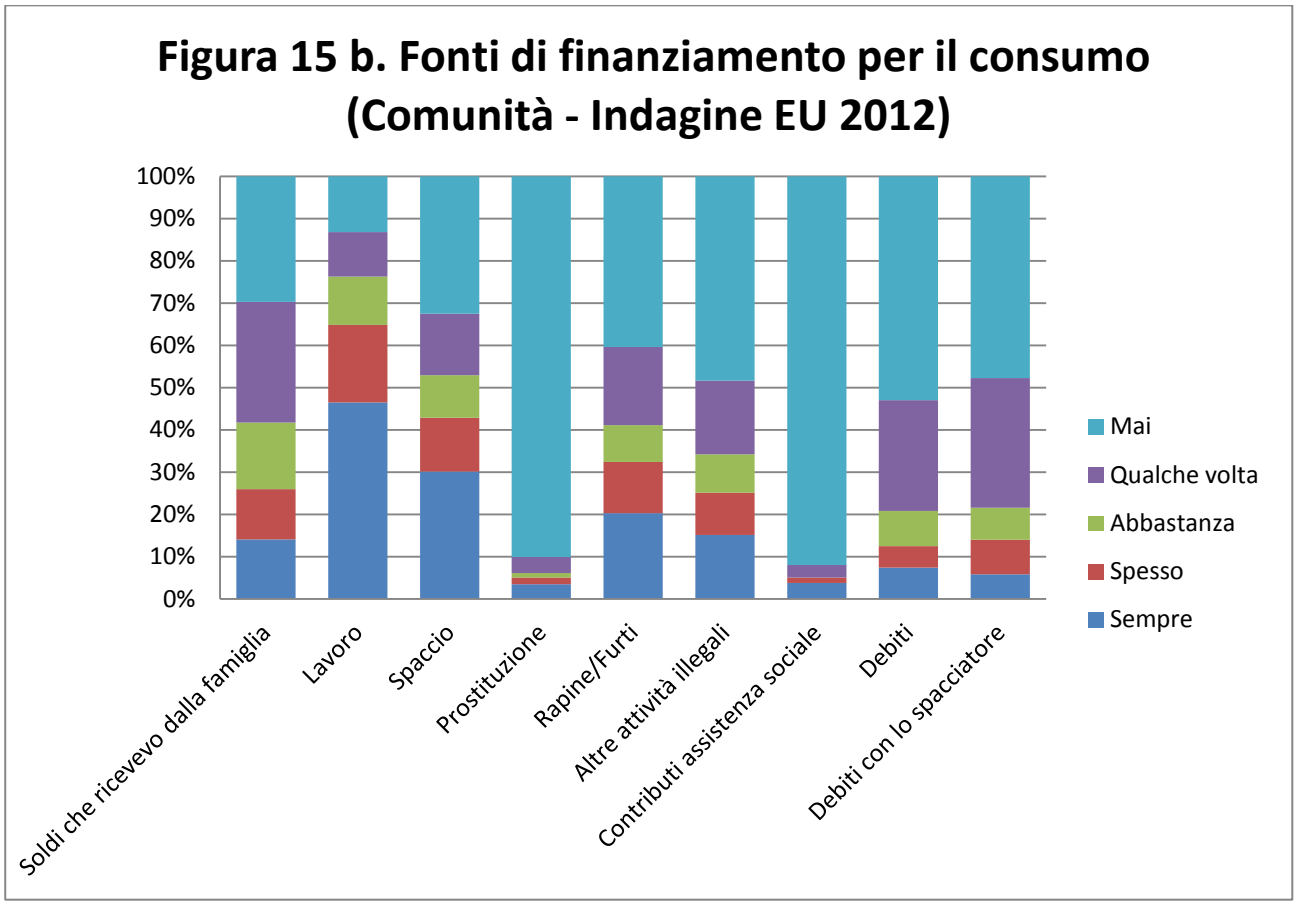


Figura 14 b. Fonti di finanziamento per il consumo (Comunità - Indagine DPA 2010)



Fugira 15 a. Fonti di finanziamento per il consumo (Bassa soglia- Indagine EU 2012)



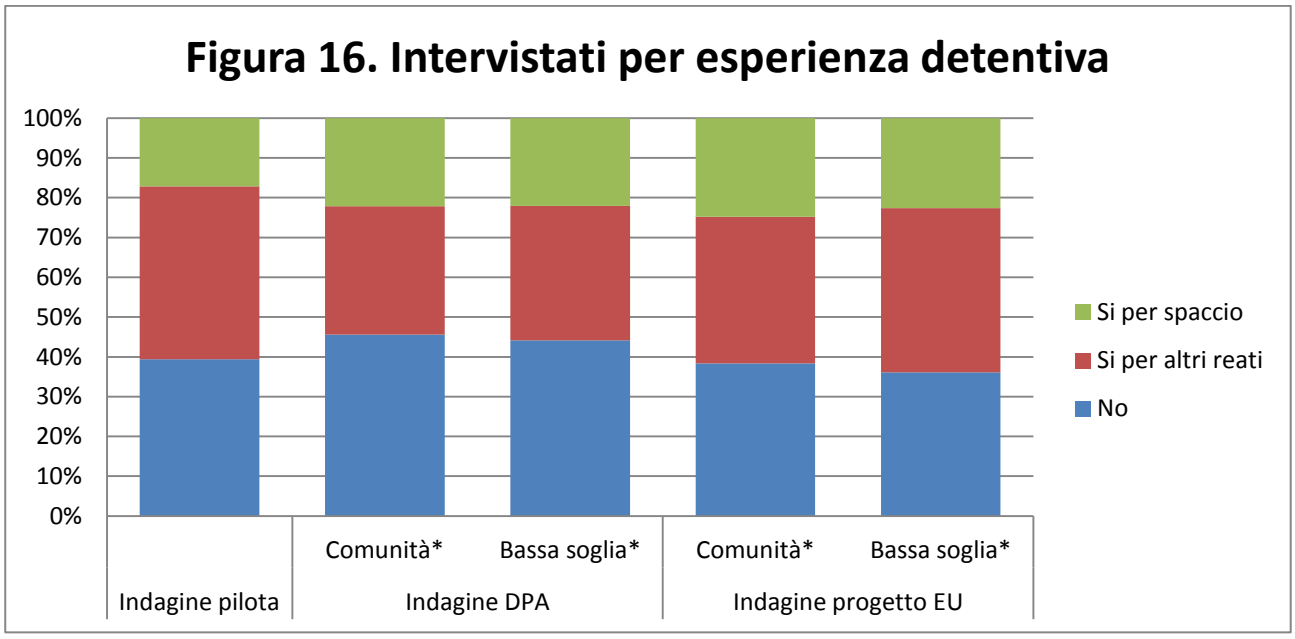


Tra le attività illecite di finanziamento, quella dello spaccio o della compravendita di sostanze, è la più diffusa data la facilità di inserirsi in tale dimensione criminale.
La compravendita di stupefacenti si svolge all'interno dei limiti disegnati dalle condizioni di produzione delle sostanze. Queste condizioni creano la disponibilità stessa delle sostanze e ne modificano pesantemente la quantità e la qualità che arriva sul mercato. Anche i circuiti di distribuzione delle sostanze, sono però importanti. Mentre la produzione delle sostanze dipende da molteplici fattori internazionali di natura economica e geopolitica, la loro distribuzione al minuto dipende dalla costruzione di una rete di spacciatori più o meno attivi sul mercato. È pertanto importante tentare di costruire un profilo di chi ha avuto esperienze di spaccio, per capire come funziona la rete di spaccio che consente alle sostanze di arrivare in larga parte a destinazione.

Tra spaccio e repressione

Il circuito dello spaccio non è però ininfluente sulla carriera di marginalità, in particolar modo - come è ovvio - nei sistemi dove il possesso non è depenalizzato la possibilità di subire provvedimenti penali dalla denuncia alla carcerazione è estremamente innalzata dall'attività di spaccio - seppur piccola - accanto a quella di consumo. La possibilità di essere denunziati dipende evidentemente dal livello di criminalizzazione del consumo del livello penale e da quanto questo venga trasformato in spaccio. La differenza nel livello repressivo però non si deduce solo da questo dato quanto dalla differenza sulla classe di reati per cui si viene denunciati. Una denuncia per i reati di vario tipo (presumibilmente droga-connessi) riguarda circa il 38% per spaccio. È come se l'alto

livello di stigmatizzazione del consumo di sostanze da parte del sistema penale coinvolgesse quell'area grigia tra consumo, autofinanziamento e vero e proprio spaccio.
Le cifre di chi oltrepassa la soglia del carcere ricalcano quelle di chi è denunziato. L'unica caratteristica sociale rinvenibile presso chi si dichiara spacciatore è soprattutto l'instabilità lavorativa (il che potrebbe aver contribuito ad avvicinare allo spaccio data l'indisponibilità di un reddito fisso). Solo confrontando il tasso di reclusione con il titolo di studio si trovano indubbiamente i segni di una correlazione positiva, in Italia circa il 50% dei reclusi per spaccio e di quelli per altri reati ha un titolo inferiore al diploma di scuola media superiore (da verificare con i dati DAP).
Certo è che chi usa sostanze ha un'alta probabilità di incorrere in una dimensione criminale infatti, circa la metà degli intervistati ha avuto una esperienza detentiva. Bisogna precisare che la Figura 16 riporta il numero di risposte (data la possibilità di scelta multipla nel rispondere alla domanda in questione) e non di intervistati, quindi c'è una piccola parte di intervistati in entrambe le indagini, e di poco più alta tra coloro che risiedono in comunità, che ha finanziato il proprio consumo sia con attività legali che illegali.



Avendo scarse possibilità di introiti anche le spese legate all'acquisto di stupefacenti finisce col gravare sulla famiglia.
Come abbiamo detto, il consumatore si finanzia ricorrendo molto spesso, anche se in misura relativamente minore, ad attività illecite e questo fa si che molto spesso venga assorbito dalla "micro-criminalità", che ricerca proventi anche nel commercio delle droghe. A più della metà degli intervistati è stato proposto di vendere droga (Figura 17).
Il comportamento del consumatore sei volte su dieci diventa così "antisociale" e dannoso. Un consumatore che agisce contro la legge, prima di essere problematico dal punto di vista della diagnosi sanitaria, diventa problematico per la società e viene per questo emarginato e criminalizzato. Per uscire da questo circolo vizioso l'ambiente sociale è importantissimo. Quest'ultimo, però, si riduce spesso al solo ambiente familiare, dove il consumatore problematico cerca aiuto prima che all'esterno.

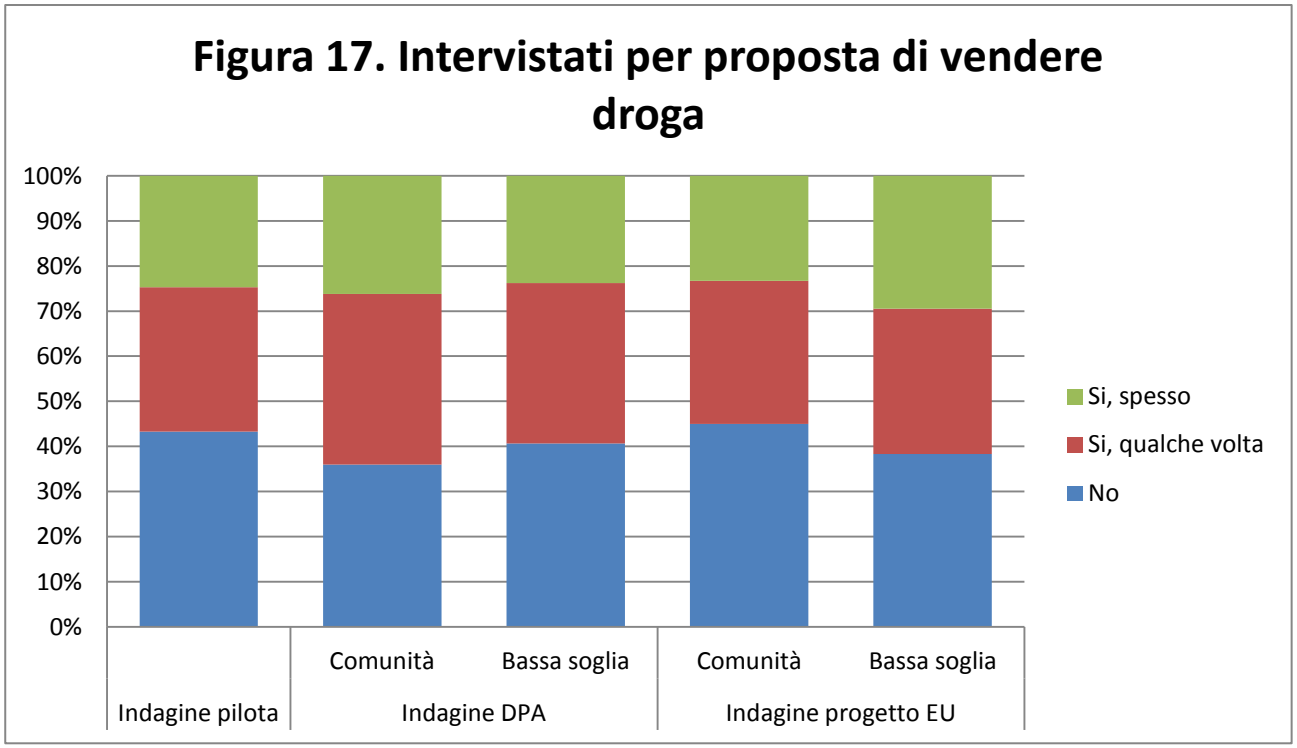


Figura 17. Intervistati per proposta di vendere droga
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Comunità
Bassa soglia
Comunità
Bassa soglia
Indagine pilota
Indagine DPA
Indagine progetto EU
Si, spesso
Si, qualche volta
No

APPROFONDIMENTO PER COORTI D'ETÀ E ALCUNI CONFRONTI EUROPEI ALL'INTERNO DEL PROGETTO EUROPEO "NEW METHODOLOGICAL TOOLS FOR POLICY AND PROGRAMME EVALUATION"

Analisi per corti d'età

Nel corso dell'ultima indagine è stato possibile eseguire un'analisi per coorti d'età che ci ha permesso di analizzare lo stile di vita degli intervistati all'inizio e durante il loro percorso di dipendenza che in questo approfondimento proponiamo come un'ulteriore spunto di riflessione, in un quadro europeo.

La letteratura dei decenni scorsi psicologica[8,9] e sociologica[10] si è lungamente occupata della droga tentando di individuare i fattori di rischio alla dipendenza, mettendo in luce sia le difficoltà relazionali e familiari all'origine del consumo di sostanze sia il ruolo svolto dall'ambientazione del contesto sociale.

Negli ultimi anni gli studi sulla droga sono però significativamente cambiati insieme al cambiamento del loro oggetto di studio. La differenziazione tra l'allargamento delle modalità di consumo delle diverse sostanze, così come il consumo di più sostanze contemporaneamente, ha fatto sì che cambiassero i paradigmi di lettura. All'origine la ricerca dei fattori causali legati al contesto sociale era prevalente, in seguito l'allargamento della platea dei consumatori, la trasversalità della provenienza sociale e l'importanza dei fattori di costume hanno portato a spiegare il consumo di sostanze in base all'appartenenza di gruppo piuttosto che all'estrazione sociale. In questa maniera il consumo di sostanze psicoattive diviene parte della costruzione dell'identità sociale, ed il riferimento è al senso conferito al consumo[11]. La trasversalità delle pratiche di consumo e di policonsumo sono identificate come tratto distintivo di una nuova era nell'utilizzo di sostanze e specialmente delle nuove sostanze. Se da un lato questo elemento estende il discorso sul consumo di sostanze psicoattive oltre la connessione meccanica tra marginalità sociale ed esposizione all'uso di sostanze che creano dipendenza, dall'altro espone figure e settori sociali finora al di fuori dei circuiti di consumo e spaccio al contatto con problemi e conseguenze simili a quella che è stata etichettata come tossicodipendenza. Questo passaggio è molto importante perché implica che sempre di più non tutti i consumatori siano esclusi e – ovviamente - non tutti gli esclusi sono consumatori. Ovviamente oltre a tenere in considerazione l'ambiente affettivo-psicologico, questa considerazione ci può portare ad invertire i circuiti causali, se cioè supponiamo che non sia meccanicamente l'esclusione sociale a generare la tossicodipendenza sicuramente la tossicodipendenza può generare esclusione sociale. Per verificare come questo aspetto sia cambiato nel tempo seguirà l'analisi attraverso i dati dei questionari di come le diverse coorti d'età abbiano affrontato fasi diverse dei cicli biografici. Innanzi tutto verificheremo come e quando vi è stato il primo contatto con la droga, e se e quanto siano variati i periodi di latenza, successivamente verificheremo la situazione familiare abitativa e lavorativa ai 25 ed ai 35 anni.

---

[8] Glantz MD, Pickens R (eds) (1992): *Vulnerability to Drug Abuse*. Washington,DC:American Psychological Association.
[9] L. Cancrini et al. (1973): *Esperienze di una ricerca sulle tossicomanie giovanili in Italia*, Mondadori, Milano.
[10] Ferrarotti F. (1977), *Giovani e droga*, Liguori, Napoli.
[11] Mori L. (2004), Dalla classe al gruppo i contributi della sociologia italiana sulla tossicodipendenza in *Salute e Società Vol. 3.*

Il primo contatto con la droga per coorti d'età

Oggi il consumo è caratterizzato da una drastica anticipazione dell'età al primo uso e di riduzione del periodo intercorrente fra uso di droghe leggere e pesanti.

Nel nostro campione di intervistati in media il primo contatto con la sostanza scende di circa due anni tra la prima e l'ultima coorte d'età. In Italia la coorte di coloro che hanno più di 38 anni ha avuto in media il primo contatto con le sostanze un anno e mezzo dopo la coorte più giovane; invece nella Repubblica Ceca la differenza fra le stesse coorti di età è di tre anni e mezzo. Ovviamente per rendere possibile il confronto tra le varie coorti l'analisi è stata condizionata solo su coloro che hanno dichiarato di aver consumato per la prima volta entro e non oltre i 28 anni, per avere equivalenza di valori della distribuzione tra le varie coorti e condurre rigorosamente l'analisi.

In Spagna la coorte "più di 38 anni" ha consumato sostanze per la prima volta un anno e mezzo dopo di quelli di 28 anni; in Portogallo la differenza riscontrata fra le stessi coorti è di quasi 2 anni.

Inoltre mentre la varianza nella coorte più vecchia è dovunque abbastanza ampia, nella coorte più giovane si restringe. Lo scarto medio nell'età del primo consumo è tra i più giovani di 2,1 anni per l'Italia, 2,3 per la Repubblica Ceca , 2,2 per la Spagna, 2 per il Portogallo. Queste cifre inducono a pensare che i percorsi di consumo individuali si stiano progressivamente standardizzando.

Dato che la distribuzione dei tempi di primo uso non è simmetrica, si è preferito utilizzare subito il test non parametrico di Kruskal-Wallis sulla differenza dell'età media di primo uso tra le varie coorti con risultati tutti statisticamente positivi (Fig. 4, 8, 12, 16)

ITALIA

			A quale età ha provato droghe in generale	A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….)
Fino a 28 anni	N	Validi	167	158
		Mancanti	0	9
	Media		14,53	16,65
	Deviazione std.		2,116	2,501
Fino a 38 anni	N	Validi	233	205
		Mancanti	0	28
	Media		15,28	17,92
	Deviazione std.		2,653	3,583
Da 38 anni in poi	N	Validi	243	206
		Mancanti	0	37
	Media		16,05	19,02
	Deviazione std.		3,303	4,923

SPAGNA

			A quale età ha provato droghe in generale	A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….)
Fino a 28 anni	N	Validi	64	55
		Mancanti	0	9
	Media		14,05	16,55
	Deviazione std.		2,200	2,761
Fino a 38 anni	N	Validi	208	200
		Mancanti	0	8
	Media		15,18	18,26
	Deviazione std.		2,867	6,983
Da 38 anni in poi	N	Validi	220	209
		Mancanti	0	11
	Media		15,55	19,21
	Deviazione std.		3,457	5,391

PORTOGALLO

			A quale età ha provato droghe in generale	A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….)
Fino a 28 anni	N	Validi	23	20
		Mancanti	0	3
	Media		13,61	16,30
	Deviazione std.		1,971	2,494
Fino a 38 anni	N	Validi	114	109
		Mancanti	0	5
	Media		15,15	17,59
	Deviazione std.		3,072	3,454
Da 38 anni in poi	N	Validi	228	209
		Mancanti	0	19
	Media		15,40	19,72
	Deviazione std.		3,031	5,444

REPUBBLICA CECA

			A quale età ha provato droghe in generale	A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….)
Fino a 28 anni	N	Validi	73	70
		Mancanti	0	3
	Media		14,55	16,07
	Deviazione std.		2,255	2,556
Fino a 38 anni	N	Validi	46	41
		Mancanti	0	5
	Media		16,07	17,76
	Deviazione std.		2,736	3,254
Da 38 anni in poi	N	Validi	11	8
		Mancanti	0	3
	Media		18,09	27,63
	Deviazione std.		4,763	11,963

Figura 1

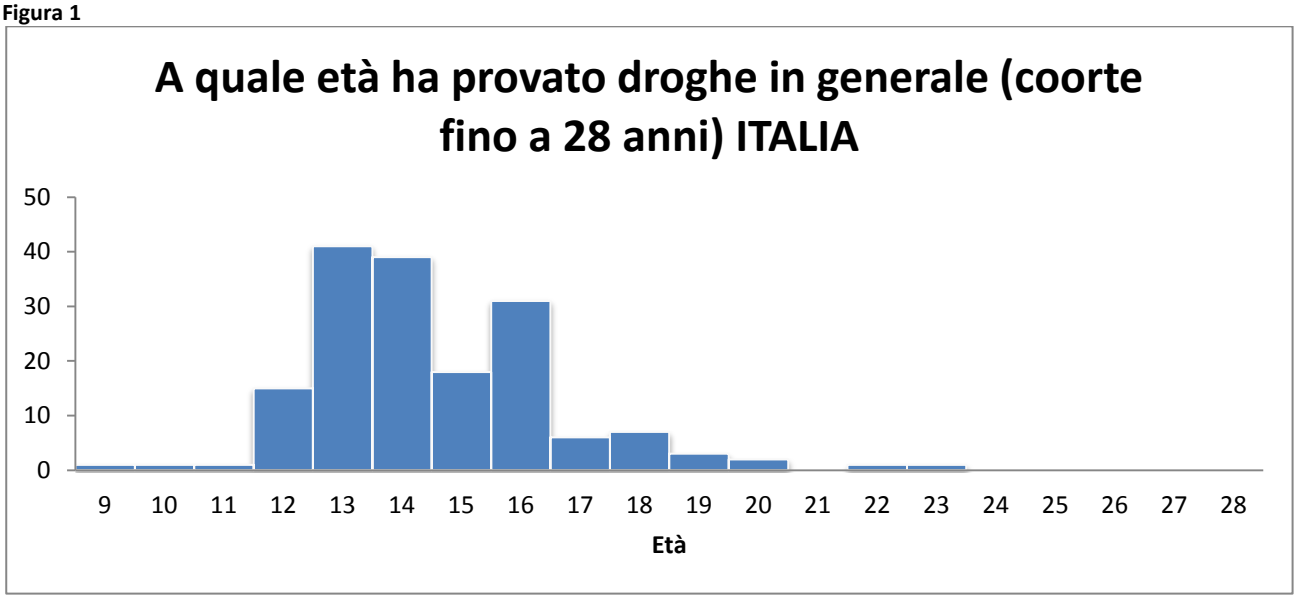


Figura 2

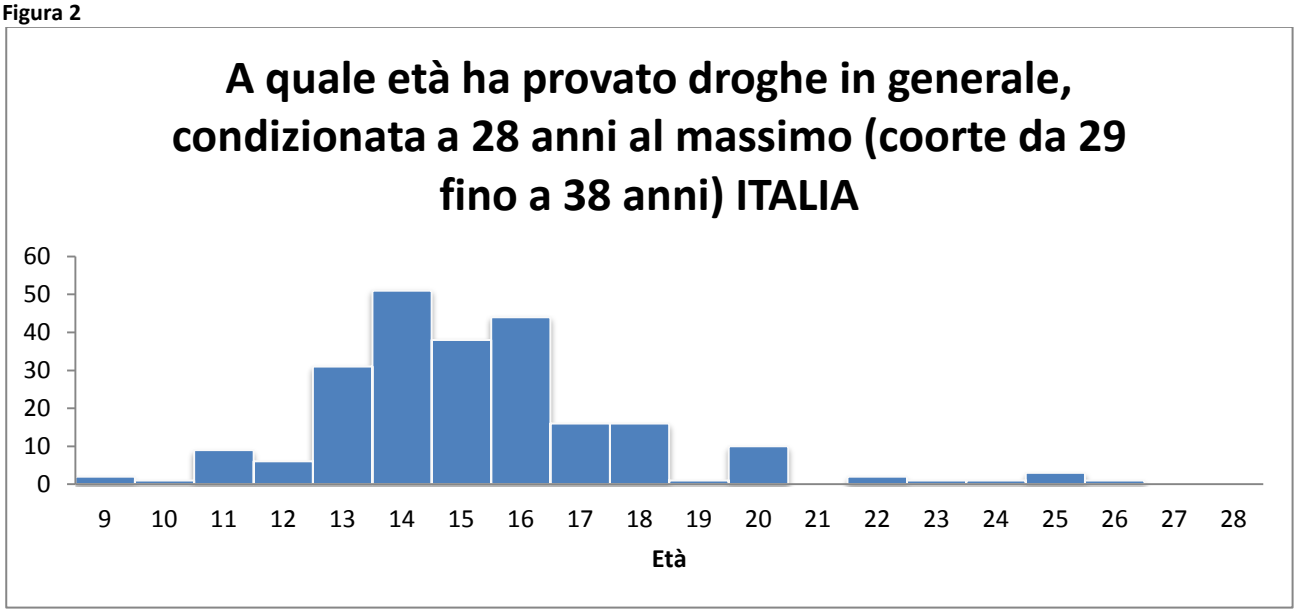


Figura 3

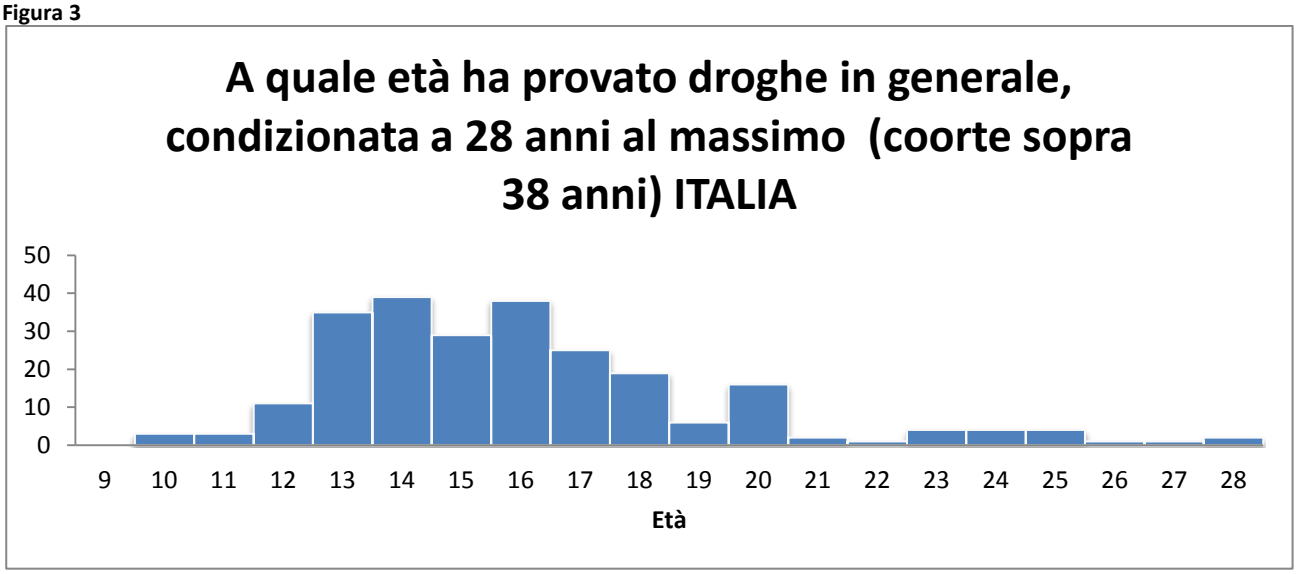
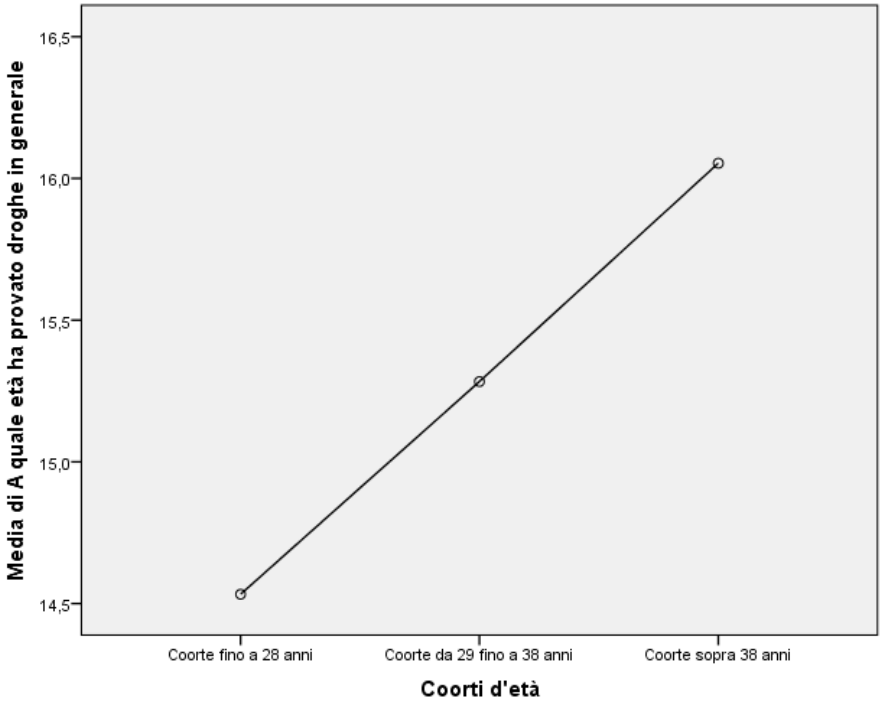
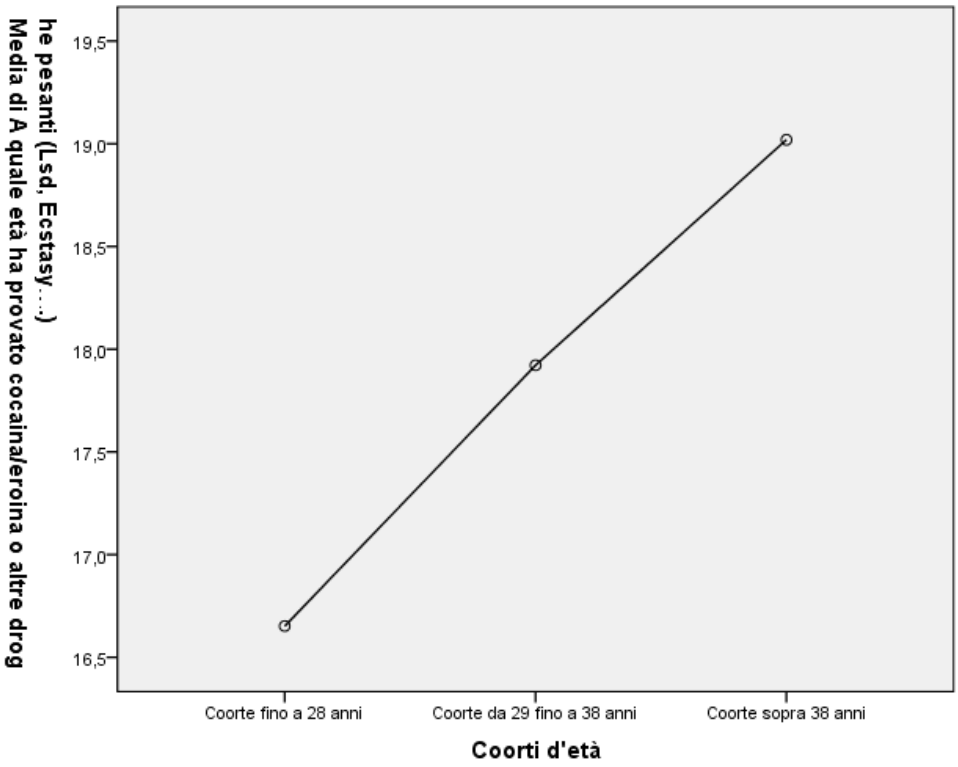
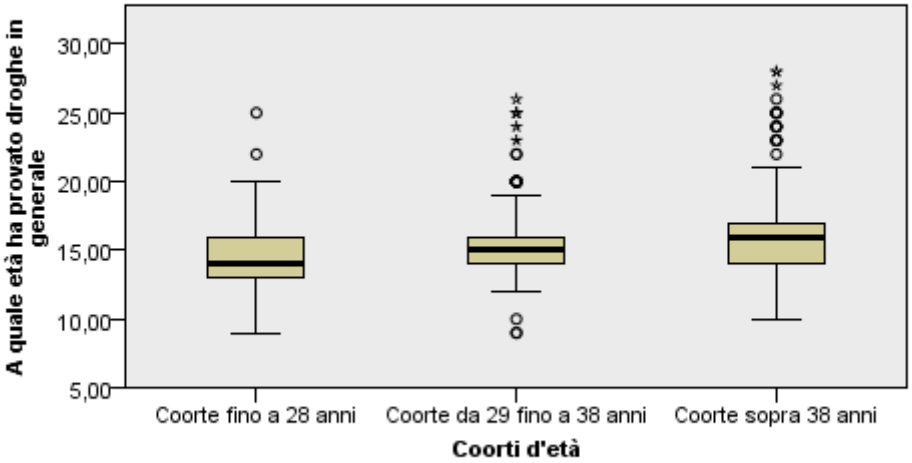


Figura 4: differenza nell'età media nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti tra le varie coorti d'età in ITALIA





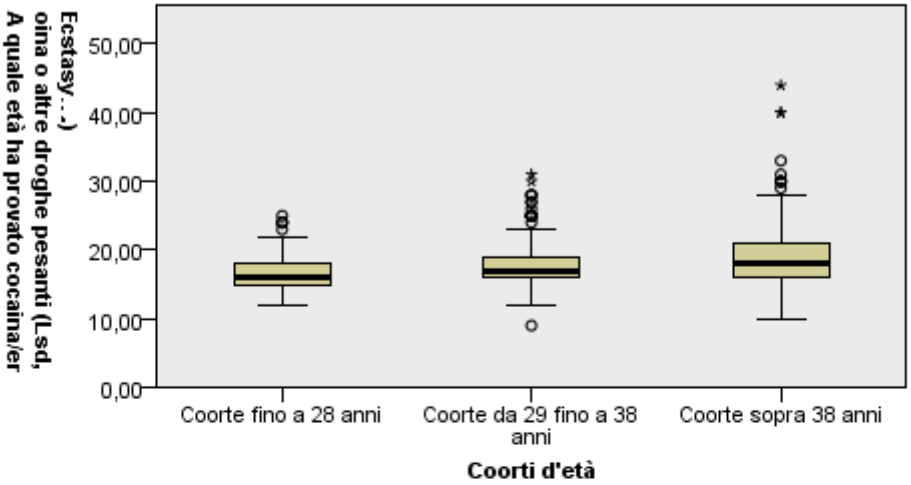
Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	643
Statistica test	26,322
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	569
Statistica test	26,817
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Riepilogo test delle ipotesi

	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	La distribuzione di A quale età ha provato droghe in generale è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.
2	La distribuzione di A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….) è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è 0,000.

Figura 5

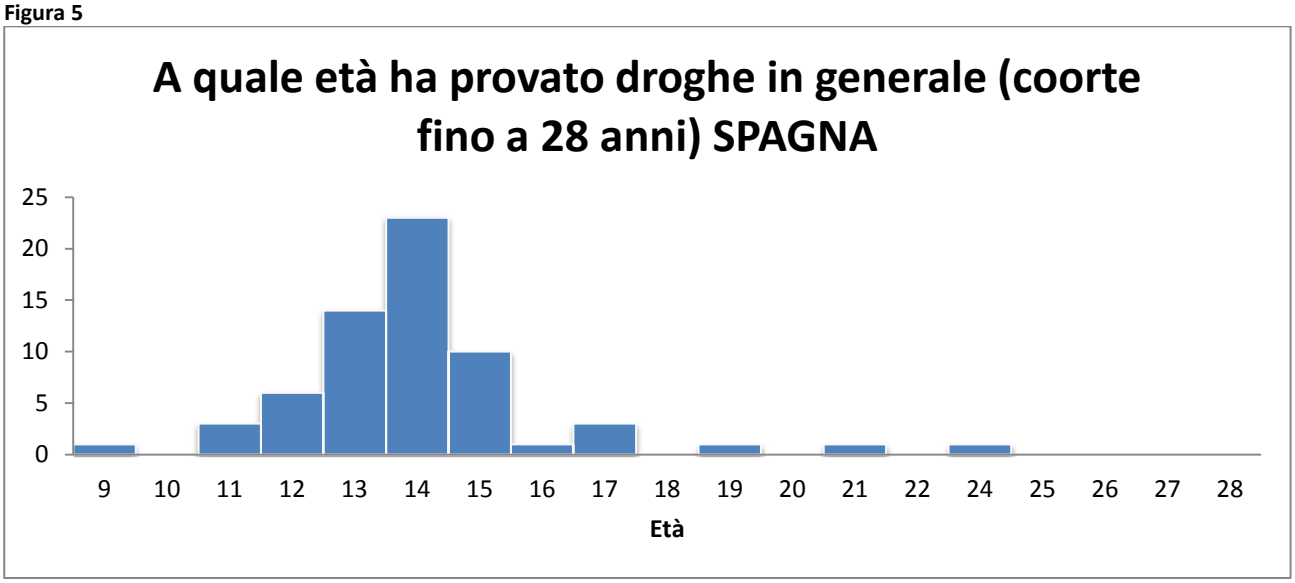


Figura 6

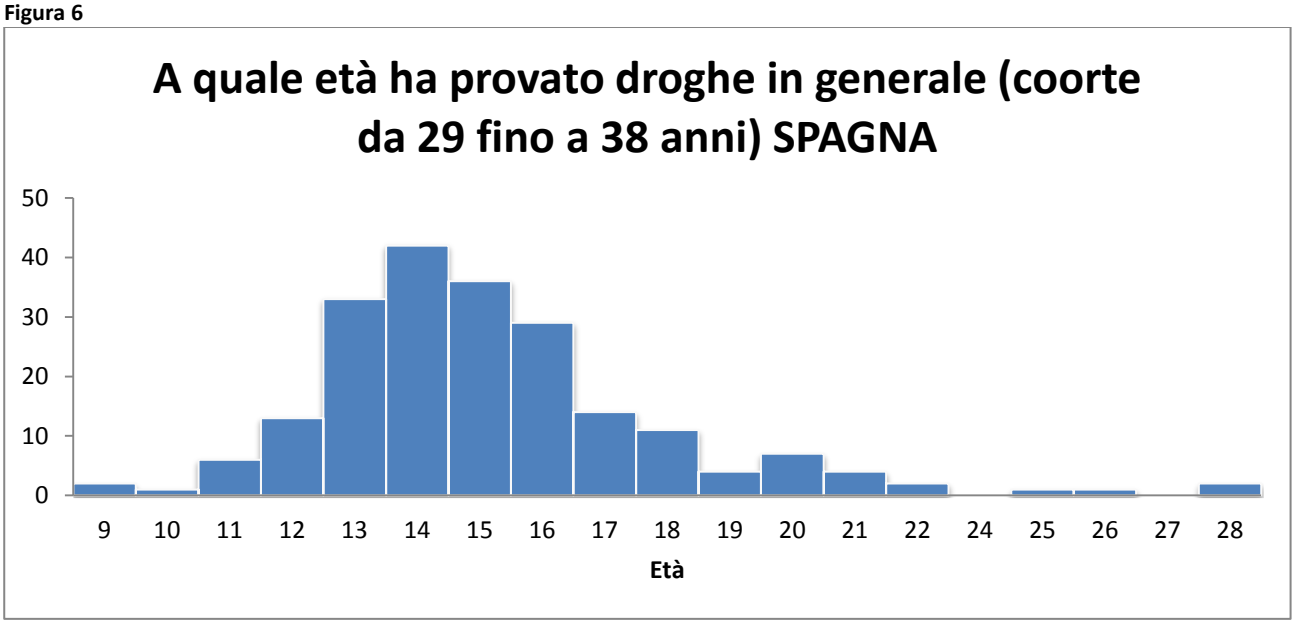


Figura 7

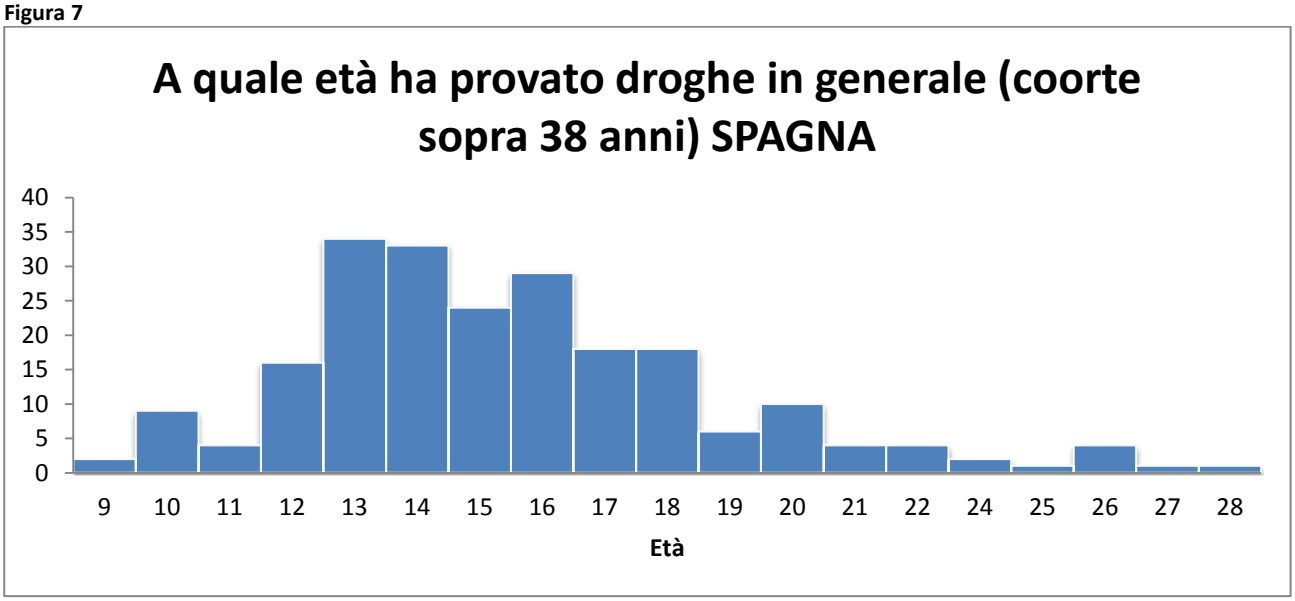
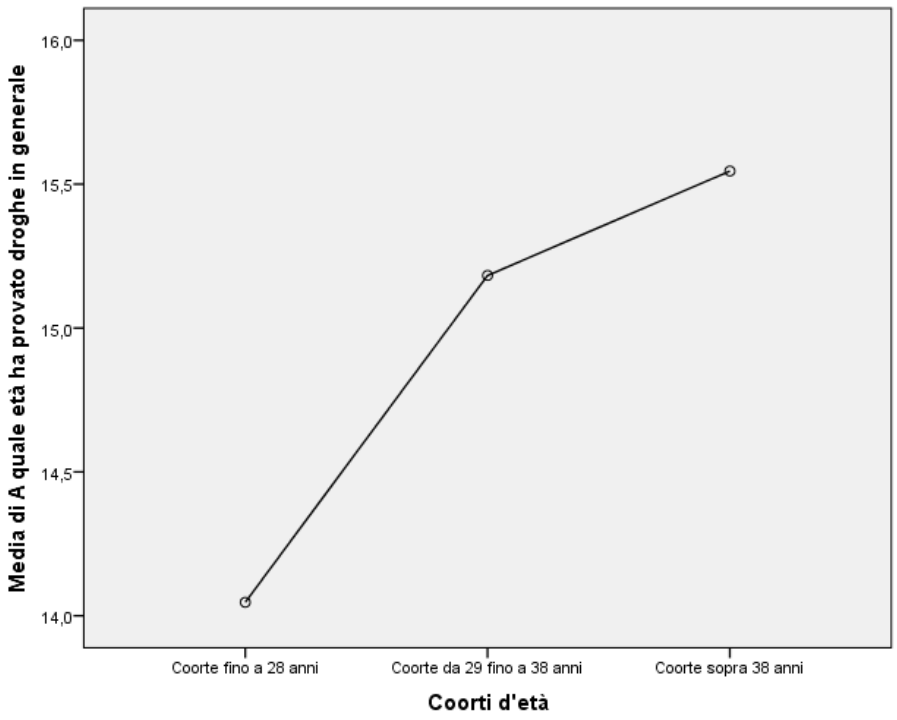
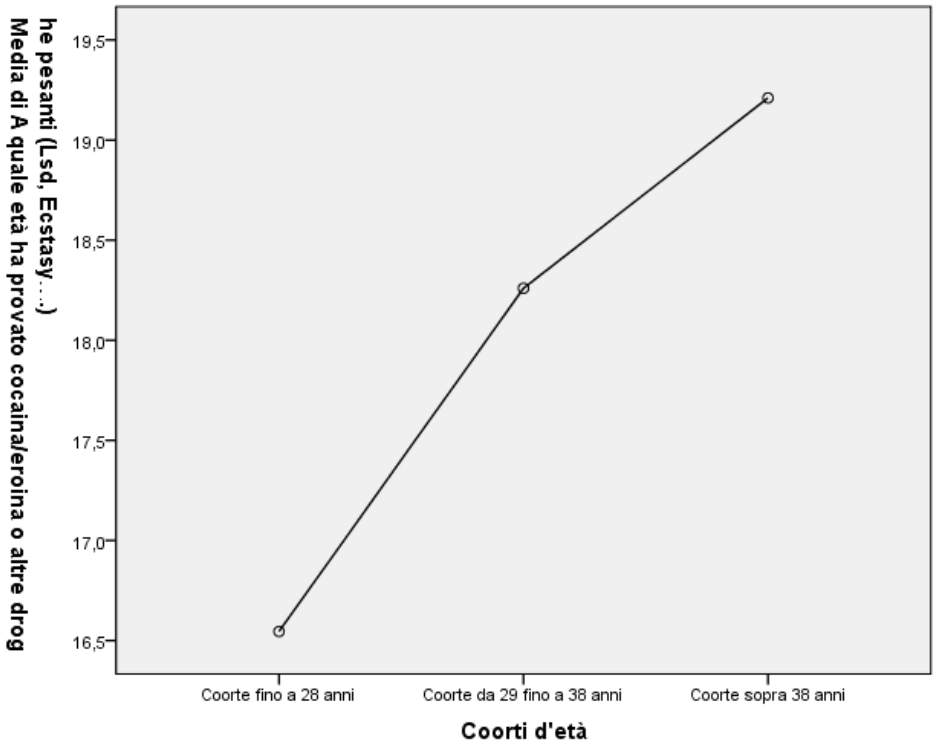
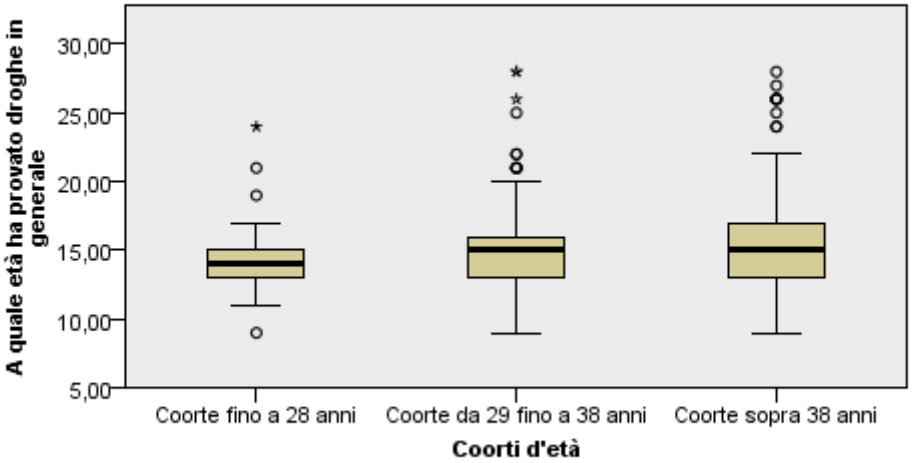


Figura 8: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti SPAGNA





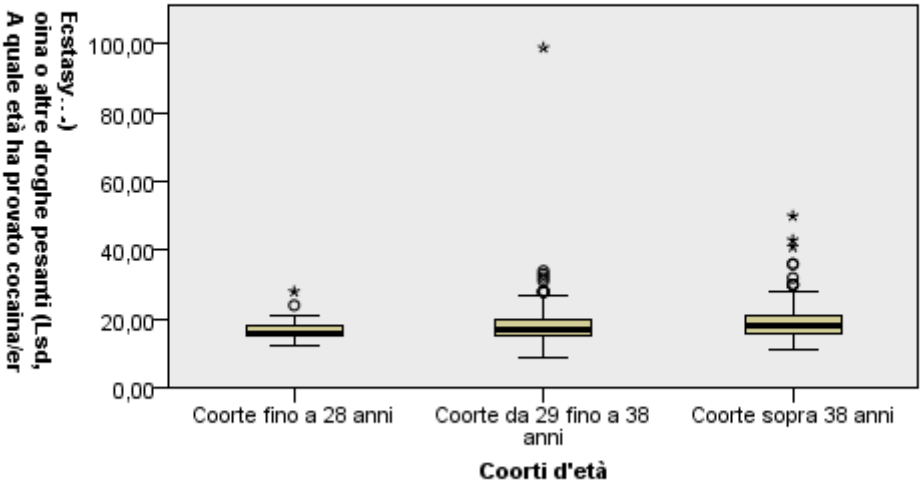
Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	492
Statistica test	14,026
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,001

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	464
Statistica test	17,022
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Riepilogo test delle ipotesi

	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	La distribuzione di A quale età ha provato droghe in generale è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,001	Rifiuta l'ipotesi nulla.
2	La distribuzione di A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….) è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è 0,000.

Figura 9

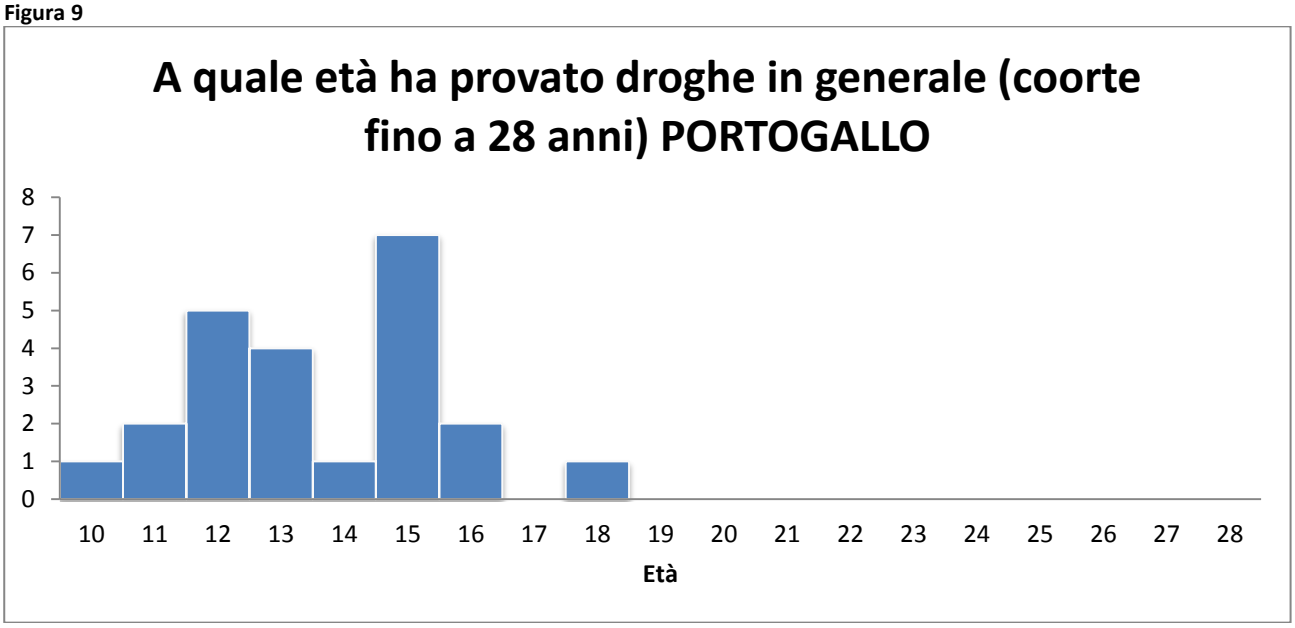


Figura 10

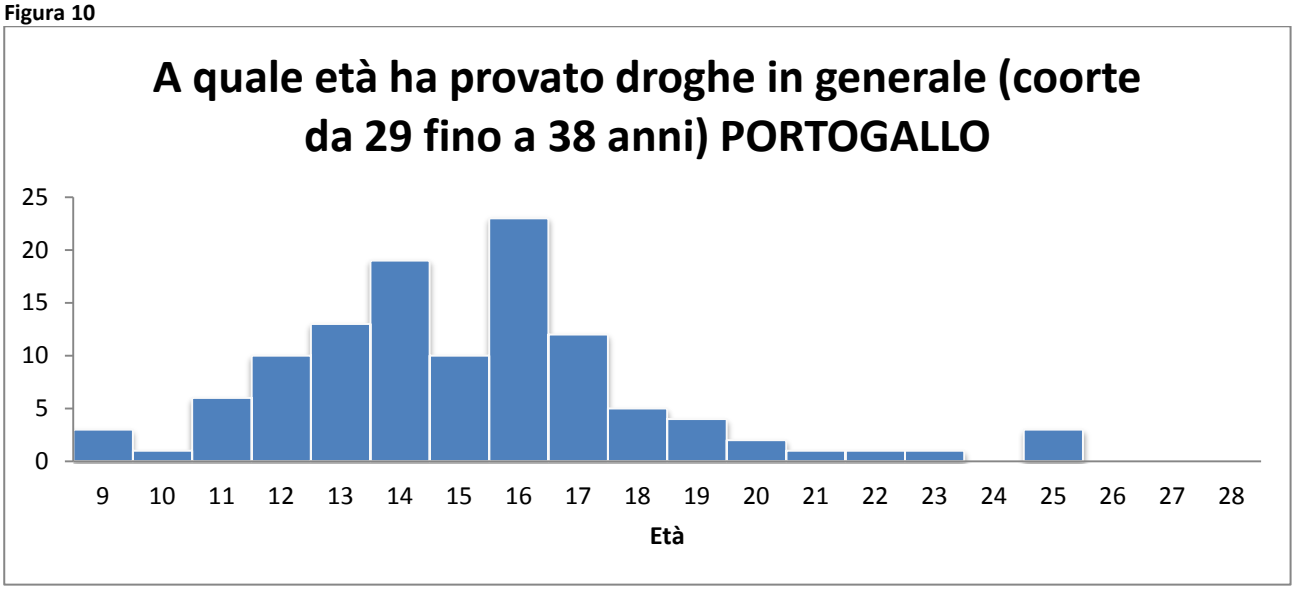


Figura 11

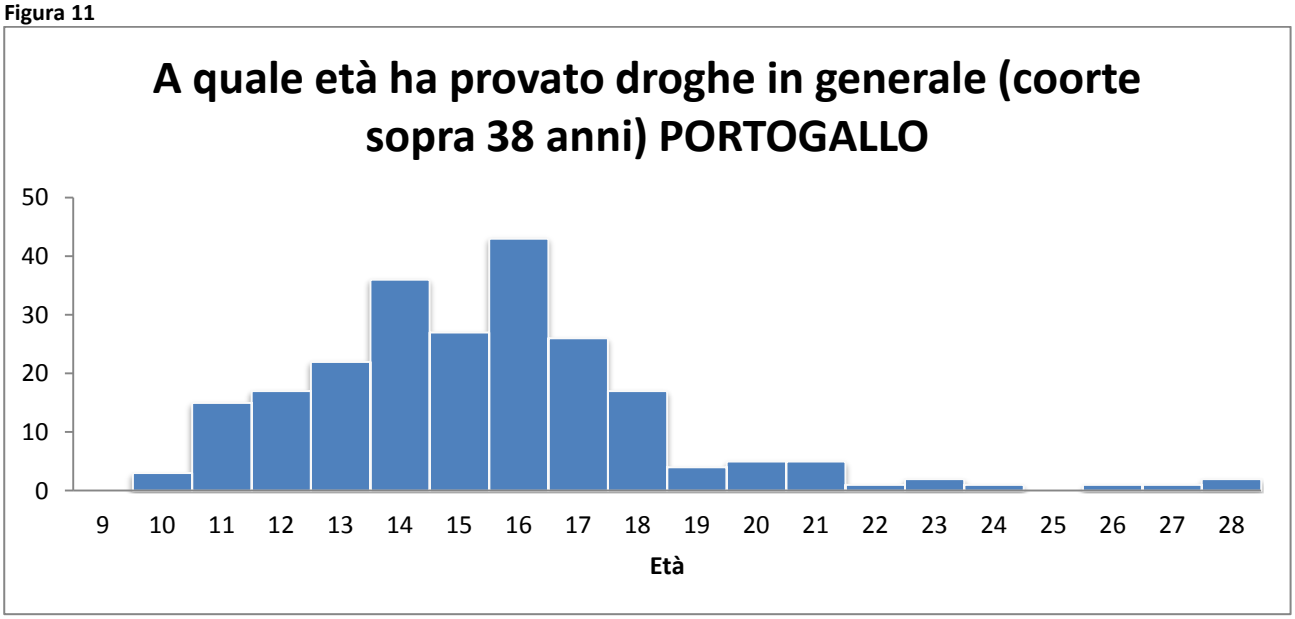
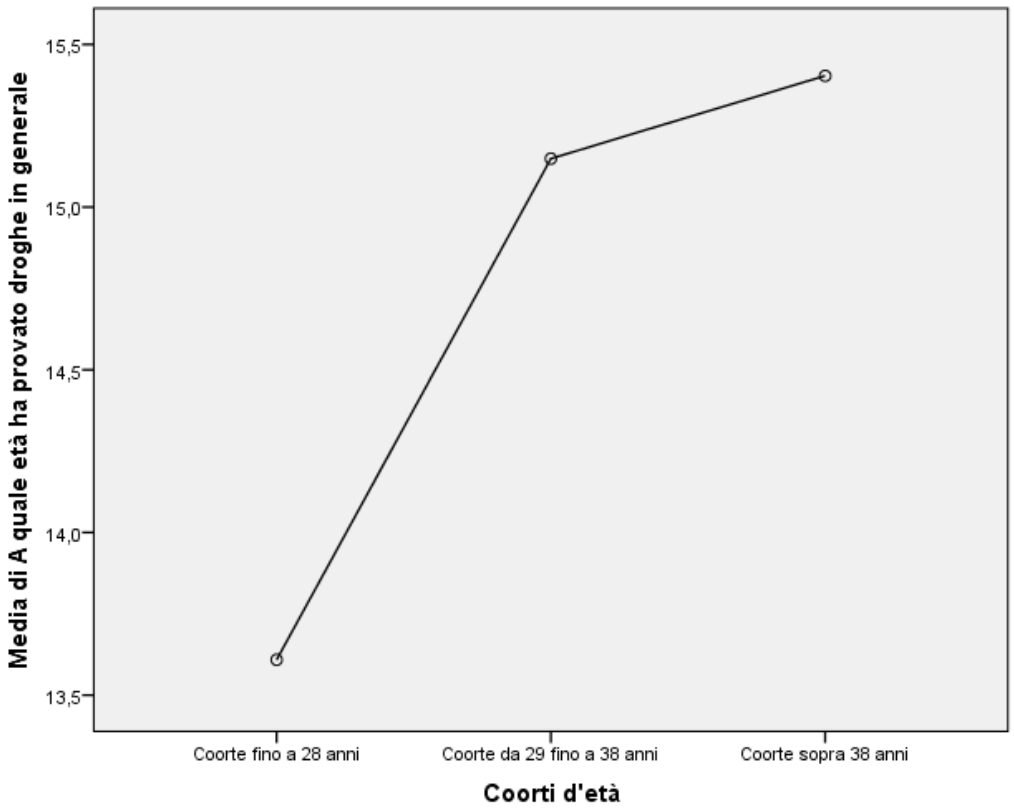
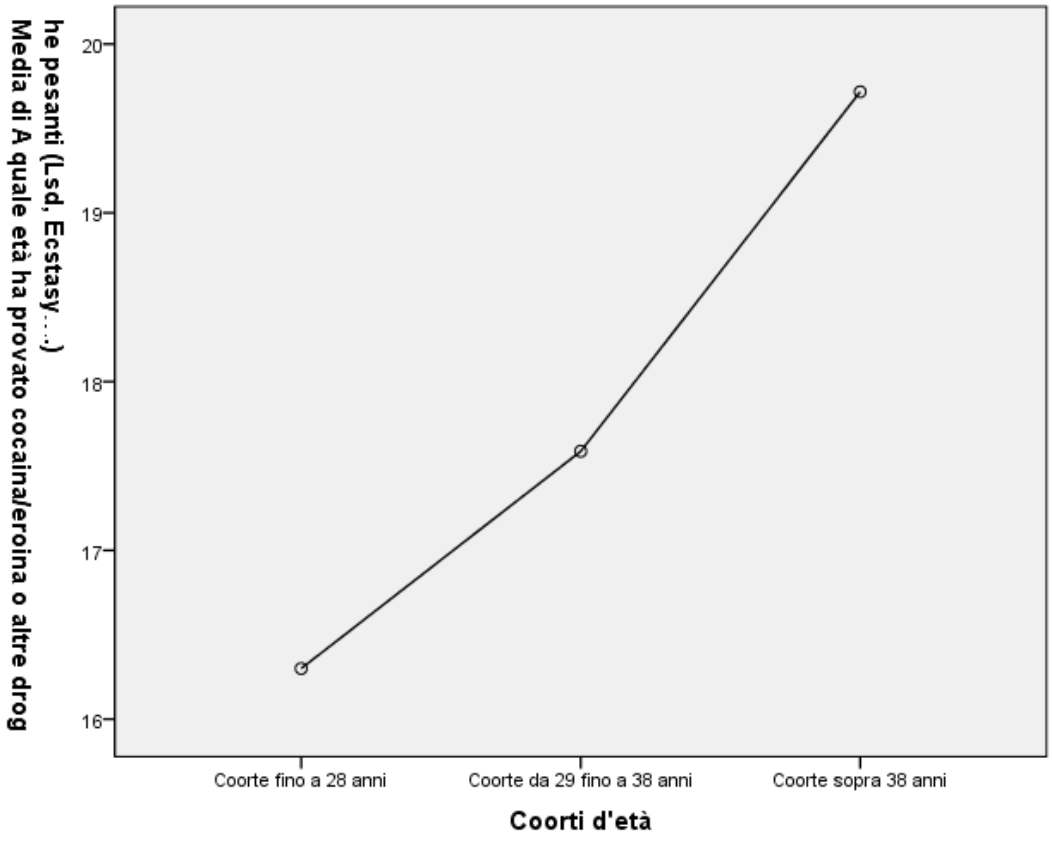
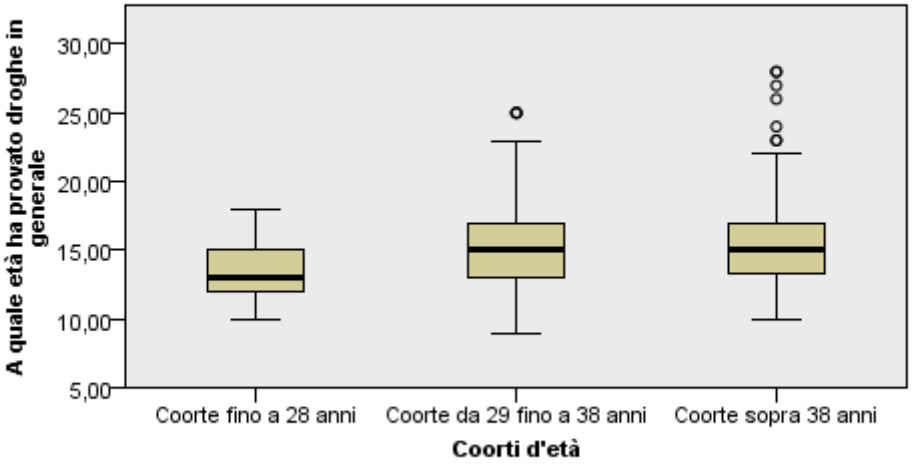


Figura 12: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti PORTOGALLO





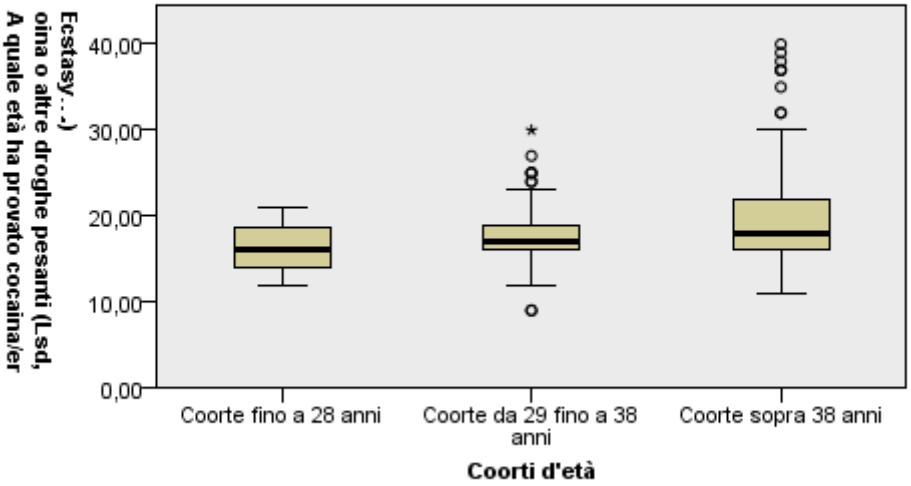
Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	365
Statistica test	8,929
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,012

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	338
Statistica test	15,338
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Riepilogo test delle ipotesi

	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	La distribuzione di A quale età ha provato droghe in generale è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,012	Rifiuta l'ipotesi nulla.
2	La distribuzione di A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….) è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è 0,000.

Figura 13

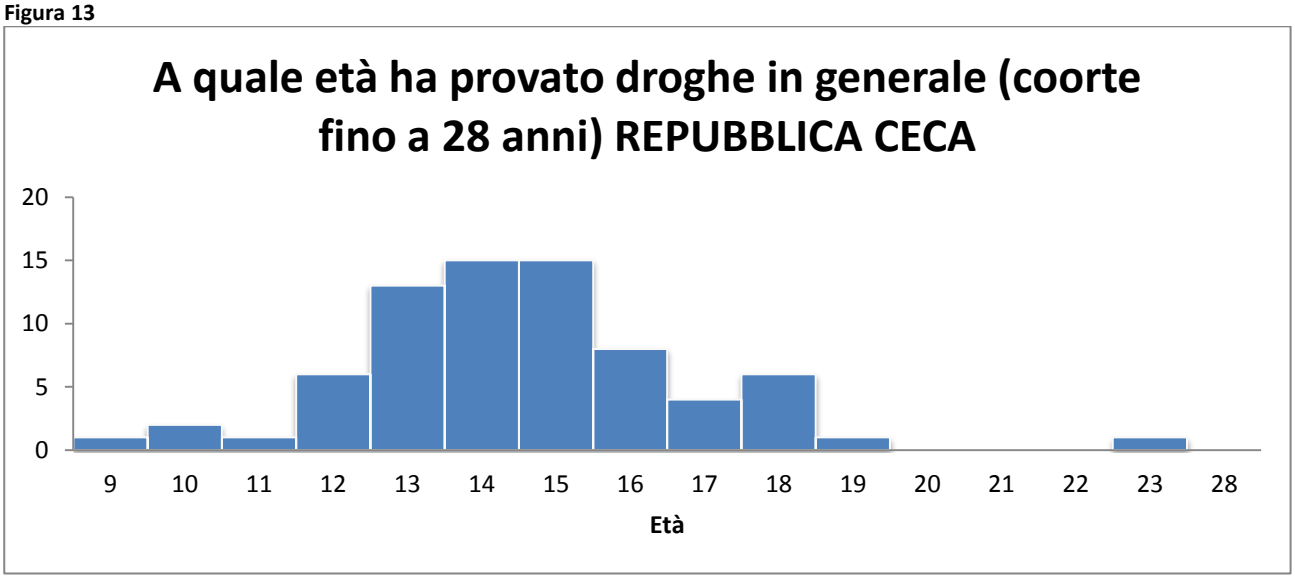


Figura 14

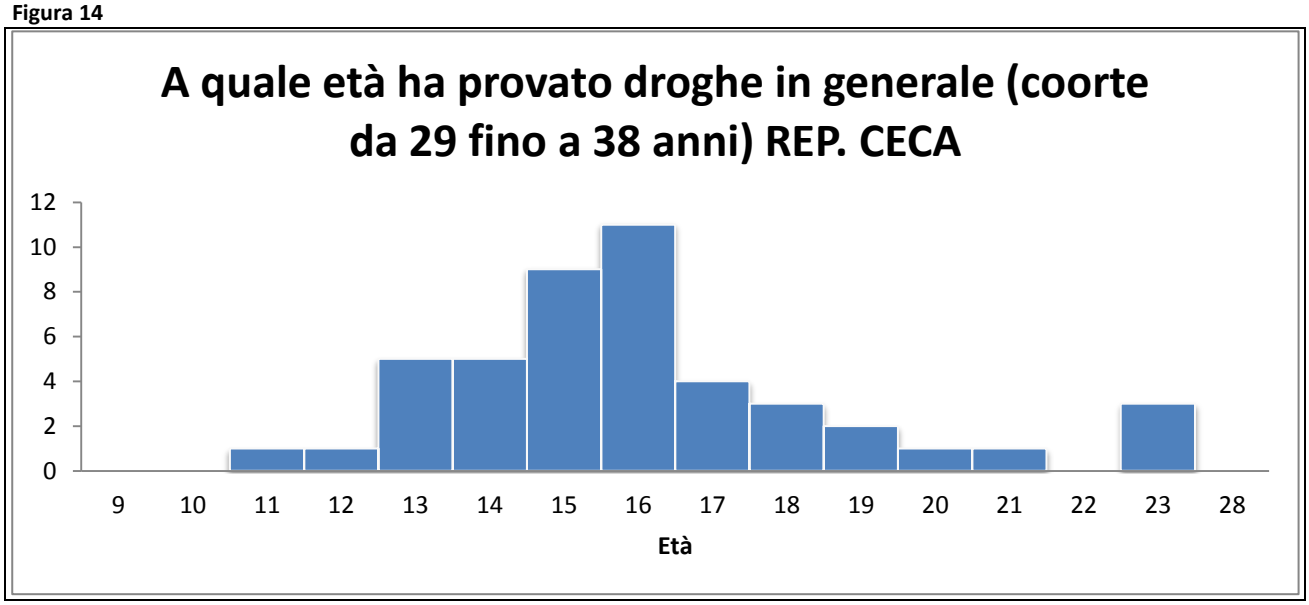


Figura 15

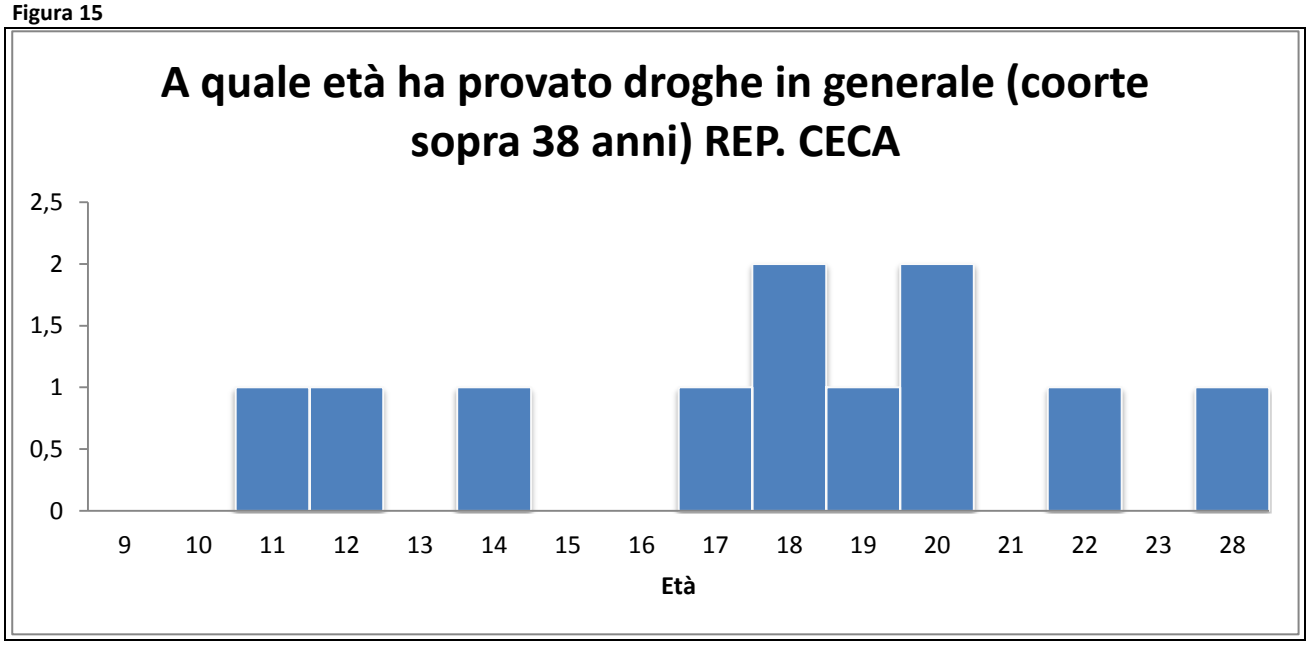
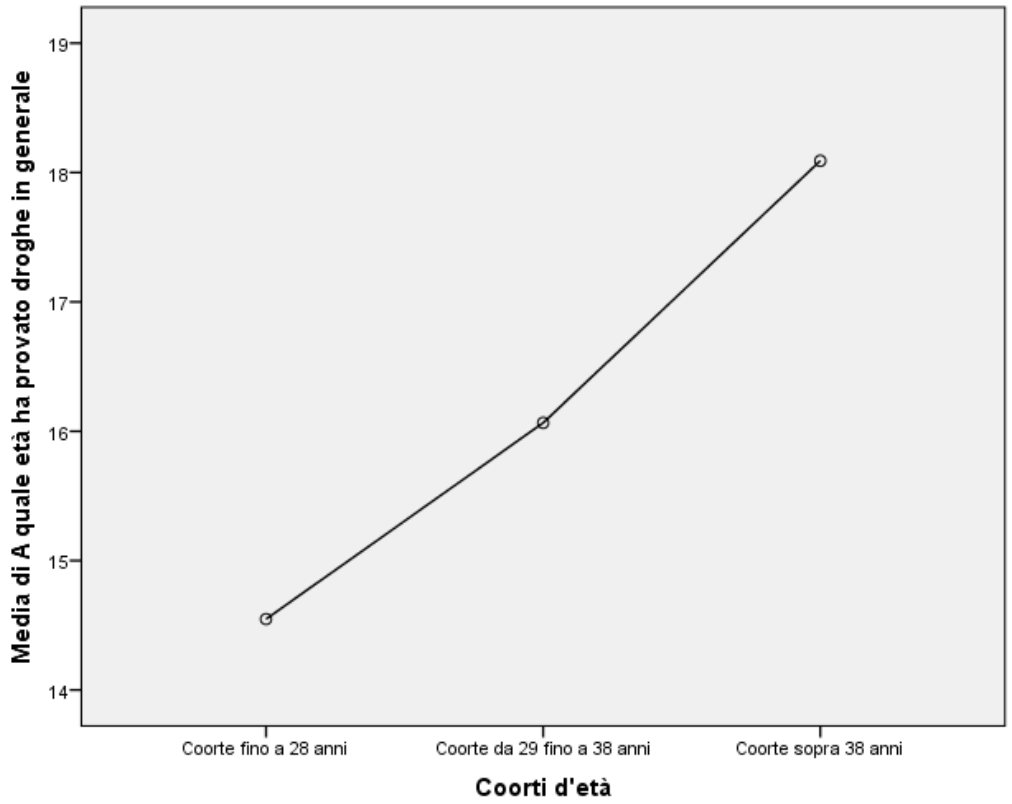
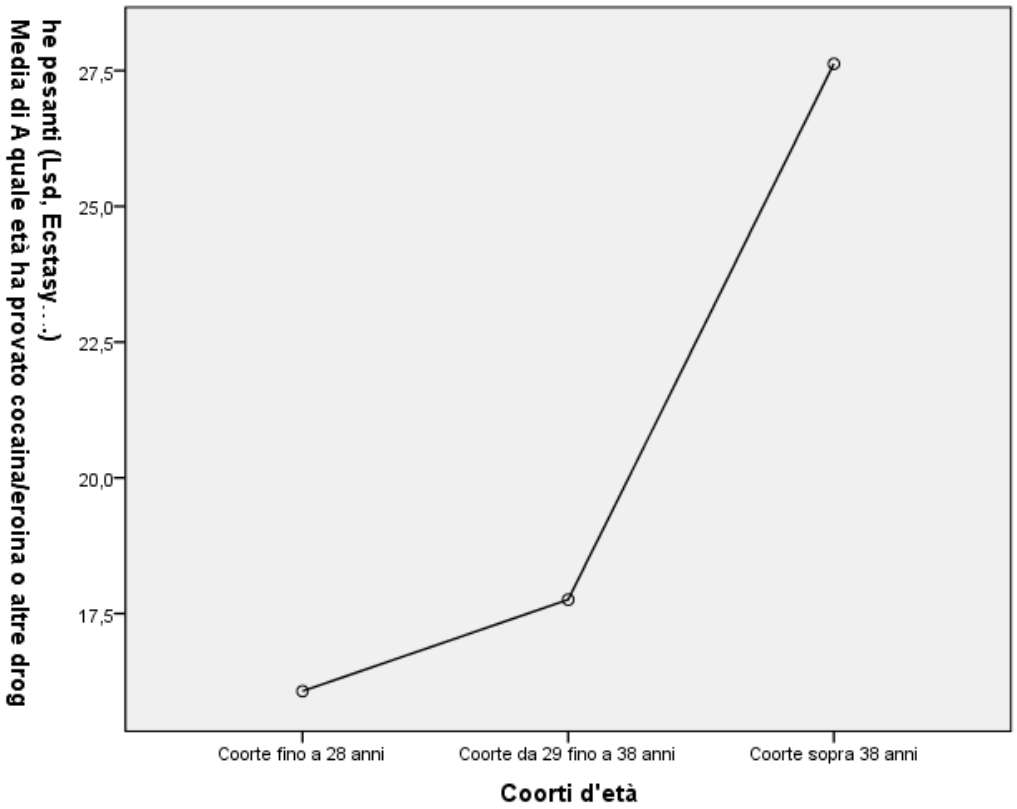
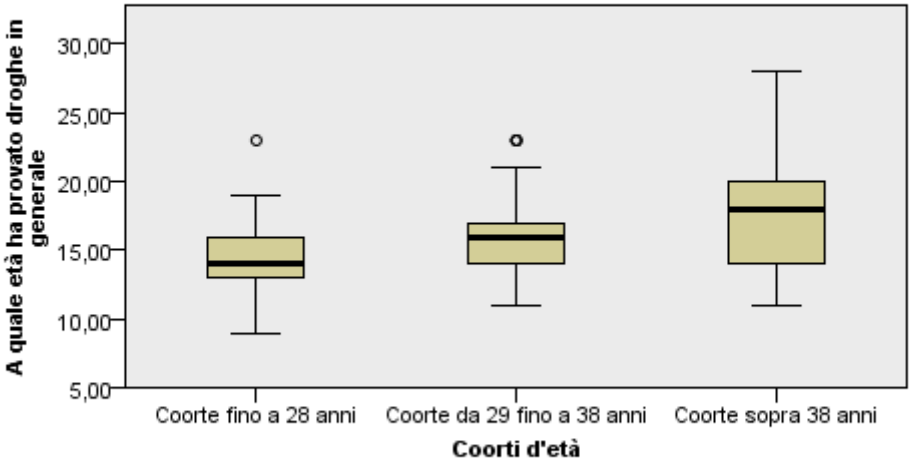


Figura 16: differenza nell'età media tra le varie coorti d'età nel primo uso droghe leggere e nel primo uso droghe pesanti REPUBBLICA CECA





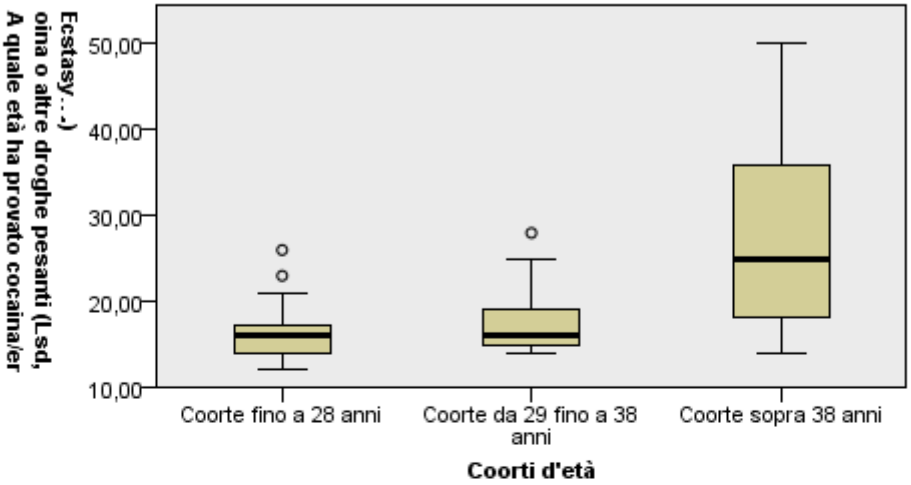
Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	130
Statistica test	14,421
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,001

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti



Numero di casi totale	119
Statistica test	17,362
Gradi di libertà	2
Sign. asintotica (test a 2 vie)	,000

1. La statistica di test viene adeguata per i pari merito.

Riepilogo test delle ipotesi

	Ipotesi nulla	Test	Sign.	Decisione
1	La distribuzione di A quale età ha provato droghe in generale è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,001	Rifiuta l'ipotesi nulla.
2	La distribuzione di A quale età ha provato cocaina/eroina o altre droghe pesanti (Lsd, Ecstasy….) è la stessa tra le categorie di Coorti d'età.	Test di Kruskal-Wallis a campioni indipendenti	,000	Rifiuta l'ipotesi nulla.

Le significatività asintotiche sono visualizzate. Il livello di significatività è 0,000.

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Un processo simile può essere descritto con ancora più intensità per l'approccio alle droghe pesanti. In Repubblica Ceca la differenza nell'età media di primo consumo di droghe pesanti tra i più giovani (28enni) e i più anziani (più che 38enni) si abbassa addirittura di 14 anni, con un'alta variabilità interna alla classe dei più anziani che ha vissuto gli ultimi anni del regime socialista. Anche nell'Europa meridionale vi è però, in modo più attenuato, lo stesso processo. In Italia l'età media al consumo di droghe pesanti si abbassa di 3 anni, in Spagna e in Portogallo di tre anni e mezzo. Visto che l'abbassamento dell'età media al consumo è stato maggiore per le droghe pesanti che per quelle leggere vuol dire che si è anche abbassato frequentemente il periodo di latenza.
Come mai esiste questo trend comune? A quali cambiamenti nel consumo di sostanze corrisponde? Per rispondere a questi interrogativi, è opportuno analizzare come sono cambiate le condizioni ambientali di primo consumo. Si abbassa drasticamente un consumo casalingo e solitario, mentre aumenta significativamente un consumo sociale e urbano. Resta minoritario - pur aumentando significativamente - il primo consumo all'interno di occasioni ricreative pubbliche. Nella Repubblica Ceca il 53% dei quarantenni ha consumato per la prima volta a casa, contro solo l'8% dei ventottenni. Il consumo di strada e/o al parco - al contrario è salito dal 6,7% al 27% (ma già tra coloro tra i 28 e i 38 era al 23%). Differente la dimensione del processo in Italia. Anche qui crolla il consumo a casa dal 14% dei 38enni al 5% dei 28enni, ma non ha favore del consumo di strada che era già e resta alto (intorno al 40%). Aumenta piuttosto il consumo a scuola dal 5 al 10%. Cifre identiche per la Spagna, lievemente differenti per il Portogallo dove il primo consumo in strada era e si mantiene più alto (attorno al 50%), e aumenta in misura maggiore quello a scuola (al 16%).

Ovviamente il luogo corrisponde anche ad una ambientazione in qualche maniera sociale/collettiva. Come prima in Repubblica Ceca questo processo è più spiccato e raddoppia o quasi l'incidenza delle persone che hanno consumato con amici (dal 33% dei quarantenni al 62% dei ventottenni) mentre prima si consumava da soli. In Italia il consumo collettivo con amici era già diffuso e aumenta solo di 4 punti percentuali fino ad arrivare al 70%, ma aumenta significativamente il consumo con i compagni di scuola fino ad arrivare al 12%. In Spagna identico processo con un aumento lievemente maggiore del consumo con i compagni di scuola.

Con le nuove generazioni è aumentato quindi un consumo sociale e collettivo. Evidentemente questa situazione tende naturalmente ad incentivare la trasversalità del contatto con le sostanze visto che strade e parchi e tanto più scuole sono luoghi obbligatoriamente frequentati da persone con retroterra anche molto diversi fra loro. Proviamo a scorgere l'ampiezza di queste differenze esaminando la condizione sociale al primo consumo.

Condizione sociale al consumo per coorti d'età

Sullo stato civile all'atto dell'inizio del consumo influisce ovviamente l'età media, ma anche lo stile di vita più "normale" presente nei vari paesi. La coorte più anziana presenta tassi di nuzialità in linea o relativamente più alti rispetto alle rispettive medie nazionali, tenuto conto che l'età media del consumo anche dove è più alta è comunque intorno ai venti anni.

Al di fuori della norma sembrano verificarsi una più alta percentuale di separazioni e divorzi significativamente precoci. Nella Repubblica Ceca erano single al primo consumo di droga poco più dei due terzi sul totale, i rimanenti erano prevalentemente già divorziati.

Nella coorte di mezzo (tra i 28 e i 38 anni) il 91% è single, nel rimanente 9% prevalgono i coniugati.

Nella coorte più giovane sono tutti single. In Spagna e in Italia vi è la stessa situazione ma con una più lieve attitudine al matrimonio o al divorzio precoce nelle coorti più anziane. In Italia, tra i quarantenni e oltre all'inizio del consumo i single sono l'85%, in Spagna l'83%; i divorziati in Italia sono il 5,7%, in Spagna il 4,3%. Nella coorte più giovane invece in Italia sono tutti single e in Spagna vi è un numero minimo di sposati (4,3%). Il Portogallo si distingue per dei rapporti invertiti tra le coorti. I più vecchi hanno un basso tasso di nuzialità precoce e nullo di divorzio precoce. I più giovani invece sono sposati per ben l'11%.

La situazione della genitorialità è simile ma la genitorialità precoce tende ad annullarsi solo con l'ultima generazione. In Italia tra i 28 e i 38enni ben il 12% hanno avuto un figlio con l'inizio dell'utilizzo delle droghe (in età quindi molto giovane), e la stessa percentuale si riduce solo con l'ultima coorte.

Analizziamo ora la situazione abitativa. La condizione abitativa cambia drasticamente tra la coorte più vecchia e le due generazioni più giovani. In Repubblica Ceca ben un terzo dei rispondenti quarantenni viveva già da solo e il 20% viveva ancora con i genitori. Chi vive ancora nel nido genitoriale rappresenta invece una percentuale ben più significativa (più del 60%) per le coorti più giovani. In Italia tra chi ha più di 28 anni il 7/8% dei rispondenti viveva in comunità oppure ospite, ma nessuno ha fatto la stessa esperienza tra chi ha meno di 28 anni. In Spagna sale molto tra i giovani la percentuale di chi vive in casa con i propri genitori all'inizio dell'esperienza di consumo anche perché è pari a zero quella di chi vive con partner/coniuge o per conto proprio. In controtendenza il Portogallo dove invece la proporzione di chi inizia in una situazione di autonomia abitativa sale.

La situazione occupazionale mostra un ulteriore tassello. Nella Repubblica Ceca tra la coorte più anziana la metà era occupato con un contratto regolare a tempo pieno mentre un quarto era disoccupato. Tra i più giovani i disoccupati salgono al 36% mentre i lavoratori precari raddoppiano.

Anche in Italia gli occupati stabili calano drasticamente nelle generazioni più giovani. Erano il 29% tra i quarantenni mentre diventano il 17% tra i ventottenni. Aumentano sia i precari sia i disoccupati, questi indicatori tuttavia non segnalano direttamente un aumento del consumo marginale tra le generazioni più giovani quanto un cambiamento del mercato del lavoro che sfavorisce tutte le generazioni più giovani.

La situazione dei consumatori a 25 anni

Vediamo ora come prosegue il percorso biografico di chi continua a drogarsi quando compie i 25 anni. Nella Repubblica Ceca c'è un aumento di persone sposate di circa il 20% rispetto all'inizio del percorso di dipendenza. Questo aumento della percentuale degli sposati è omogeneo tra tutte le generazioni. In Italia c'è un aumento molto più ridotto (9%) nella coorte più giovane, consistente quanto quello della Repubblica Ceca nella più anziana, e nella coorte di mezzo. Sia la Spagna sia il Portogallo presentano percentuali di divorzi trascurabili.
Il paese in cui vi è un aumento minore della formazione autonoma di una famiglia è quindi sicuramente l'Italia, vediamo che conseguenze ha questo dato sulla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca praticamente tutti lasciano il nido genitoriale, anche se questo corrisponde ad un aumento significativo di coloro che vanno a vivere con la nuova famiglia creata, nella coorte più giovane si registra anche un 12,5% che finisce a vivere in ostello, mentre la stessa quota nella generazione più vecchia era del 7%.

In Italia la percentuale di chi vive in comunità, o ospite di amici aumenta fino al 15% per cento soprattutto nella coorte giovanile, mentre era un po' più bassa nelle coorti più anziani che essendo passate in maniera più consistente al matrimonio vivono nella propria casa.

Infine la condizione occupazionale. È significativo che in Spagna, dove nella coorte più giovane il 70% studiava quando ha iniziato a consumare, solo il 4,8% rimanga studente dieci anni dopo con il crollo percentuale più consistente rispetto alle stesse coorti degli atri paesi.

Per di più solo una minima parte va ad ingrossare le fila del lavoro full time a tempo indeterminato con uno stacco netto rispetto alle generazioni precedenti che invece per la metà erano impiegate a tempo indeterminato (e per un altro 20% in modo precario o part-time). Anche in Italia non aumenta (e addirittura diminuisce di due punti fino a toccare il 15%) la percentuale di persone impiegate a tempo indeterminato, ma si ingrossano le cifre delle altre forme di lavoro precario, e soprattutto di lavoro autonomo che è quello che relativamente cresce di più. Le due coorti più anziane (fino a 38 anni e oltre i 38 anni) avevano tassi di disoccupazione della metà e soprattutto in diminuzione rispetto all'inizio della loro esperienza di tossicodipendenza. L'impatto negativo sull'inserimento lavorativo è quindi differenziato per coorti ed è amplificato dai cambiamenti del mercato del lavoro.

In Portogallo vi è un inserimento dei più giovani nel lavoro a tempo indeterminato per quanto limitato al 18%, mentre il lavoro part-time aumenta di alcuni punti percentuali, e del ben 10% tra coloro che hanno avuto qualche forma di lavoro occasionale e l'hanno persa.

La situazione dei consumatori a 35 anni

Al compimento dei 35 anni possiamo prendere in considerazione solo due coorti.
Riguardo allo stato civile, nella Repubblica Ceca quelli con più di 38 anni hanno divorziato nel 30% dei casi e quelli con meno di 38 anni nel 23% (il che può far pensare che si arrivi al medesimo tasso di divorzio) e sono rimasti single rispettivamente nel 30% e nel 41% dei casi. Il che vuol dire che poco meno della metà dei matrimoni sono stati interrotti.

In Italia sono rimasti single sotto i 38 ben l'80% dei casi mentre sopra i 38 anni sono solo il 54%. Tra coloro che si sono sposati sotto i 38 anni ha divorziato un terzo, sopra i 38 anni poco meno di un terzo. Praticamente per la coorte italiana tra i 28 e i 38 anni non ci sono stati matrimoni negli ultimi quindici anni di vita, mentre solo un dieci per cento in più della coorte anziana si è sposato.

Il fallimento nei paesi del Mediterraneo sembra essere collegato più al mancato matrimonio che al divorzio. In Spagna vi è una situazione intermedia, circa la metà è ancora single sotto i 38 anni, il 37% sopra i 38 anni ma più di un terzo ha già divorziato. In Portogallo rispettivamente il 60% e il 53% delle nostre due coorti non si è ancora sposato a 35 anni e i tassi di divorzio sono ininfluenti.

Passando alla situazione abitativa. Nella Repubblica Ceca nella generazione più anziana la maggior parte delle persone passa dalla vita da soli o con gli amici a vivere con il/la partner, ma coloro che vivevano in Ostello e altre situazioni simili raddoppiano fino ad arrivare al 15%. In Italia a 35 anni il 20% della generazione più anziana vive in comunità o ospite e la situazione sembra essersi addirittura aggravata con la nuova generazione dove si registra un 30%. In Spagna un 80% della generazione più vecchia vive in casa con la famiglia d'origine (20%), da soli (20%), o con il/la partner (40%). Un altro 20% si divide però tra varie situazioni precarie, dove spicca un 8% di carcerazione. Anche in Portogallo la situazione della generazione sotto i 38 è peggiore perché risiede in comunità per il 3,6% contro l'1% della generazione precedente.

La situazione lavorativa esprime forse più di altre il suo deterioramento. In Italia la situazione è più differenziata perché per quanto la generazione oltre i 38 anni abbia perso nei dieci anni che la separano un

altro 5% di occupazione stabile resta pur sempre un terzo di occupazione a tempo indeterminato contro un sedici per cento di disoccupati puri e un 25% di lavoro occasionale. La generazione successiva che ha invece già incontrato la regolazione flessibile del mercato del lavoro ha solo un 23% di occupazione stabile e un 36% di disoccupati. Cifre simili di occupati permanenti si trovano in Spagna, mentre in Portogallo la situazione sembra essere molto più polarizzata tra addirittura un 42% di quarantenni che hanno un lavoro stabile (che comunque è in discesa di fronte ad un ragguardevole 57%) e un 31% di disoccupazione, senza la camera di compensazione del lavoro precario e occasionale.

Nella Repubblica Ceca, non vi è invece nessuna differenza generazionale tra i trentenni e i quarantenni ed entrambi sperimentano tassi di disoccupazione intorno al quaranta per cento, addirittura tripli rispetto a quelli di dieci anni prima.

Situazione dei consumatori allo stato attuale o prima dell'ingresso in comunità terapeutica

Dai risultati delle indagini è evidente che la scena del consumo di sostanze è molto cambiata dagli anni '90: sono cambiati gli stili di consumo, la percezione dei rischi da parte dei consumatori, i luoghi di spaccio e consumo, è aumentata l'offerta delle sostanze (per varietà, entità e qualità), sono diminuiti i prezzi. Da un consumo basato su una sostanza "d'elezione", si è passati ad un mix di sostanze più adatto a garantire l'effetto che si vuole raggiungere. Il tratto dominante della scena attuale è il "policonsumo", cioè l'assunzione contemporanea o sequenziale di più sostanze: farmaci, sostanze legali (in particolare, alcol) e sostanze illegali (in particolare, cocaina ed altri psicostimolanti) e la ricerca del piacere e del divertimento (in luoghi particolari e con ritualità specifiche) come finalità legata all'uso di sostanze.

Non esiste più la droga nella sua accezione di monouso legato ad un contesto di sballo mirato, ma ci si trova davanti ad assuntori diversificati, che cercano emozioni e demandano alla sostanza l'esigenza di provarle, affidando a più sostanze la loro serata chimica[12].

Dopo aver analizzato i percorsi biografici proviamo a dare una fotografia della situazione sociale del nostro campione. Il primo dato generale che salta agli occhi è il basso livello educativo raggiunto in tutti i Paesi. In Spagna solo il 19% ha un titolo di studio secondario superiore (con un'incidenza di appena il 9% rispetto al padre) in Portogallo è il 25% (con un avanzamento più consistente intorno al 15% rispetto al titolo di studio riscontrato nel padre), in Repubblica Ceca solo il 15% (addirittura con un peggioramento rispetto al titolo di studio detenuto dal padre), in Italia il 33% raggiunge il titolo secondario superiore (con un miglioramento del 14% rispetto alla generazione del padre).
Come si vede oltre ad esserci un capitale umano al di sotto della media vi è un miglioramento rispetto alla generazione precedente solo in Portogallo ed in Italia.
Date le competenze acquisite è abbastanza ovvio che la situazione occupazionale presa nel suo complesso sia disastrosa: in Spagna solo il 16% è occupato con un contratto precario o a tempo indeterminato mentre il 55% è disoccupato. Cifre identiche per l'Italia e addirittura peggiori per il Portogallo dove non c'è una quota consistente di impiego nel lavoro autonomo e la disoccupazione schizza al 74%.

[12] A. Caringi, Giovani e droga: un analisi sul fenomeno delle dipendenza da sostanze psicotrope in http://www.agoramagazine.it

Tabella 1.1: Progressione nel percorso di integrazione abitativa*

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	**(-11,9)**		
	Dai 29 ai 38	**(-6,7)**	**(-20,8%)**	
	Oltre i 38	**(-8,6)**	**(-7,2%)**	**(-23%)**
Portogallo	Fino a 28	**=**		
	Dai 29 ai 38	**(-8,5%)**	**(-11,6%)**	
	Oltre i 38	**(-2,3%)**	**(-3,4%)**	**(-9,6%)**
Spagna	Fino a 28	**(-49,2)**		
	Dai 29 ai 38	**(-9,8)**	**(-40,7)**	
	Oltre i 38	**(-13,7)**	**=**	**(-12,7)**
Repubblica Ceca	Fino a 28	**(-44,3)**		
	Dai 29 ai 38	**(-4,4)**	**(-8,3)**	
	Oltre i 38	**(-22,9)**	**(12,1)**	**(-30,7)**

*Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che vivevano nella propria casa come tipologia abitativa adeguata. La cifra (-11,9) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'80% degli intervistati che all'inizio del consumo viveva nella propria casa e il 68,1% che ci viveva a 25 anni.

Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Tabella 1.2: Progressione nel percorso di integrazione lavorativa

		Inizio/25	25/35	35/Current
Italia	Fino a 28	**(-14%)**		
	Dai 29 ai 38	**(-74%)**	**(-13%)**	
	Oltre i 38	**(+8,2%)**	**(-5,2%)**	**(-12,68%)**
Portogallo	Fino a 28	**(+18,2%)**		
	Dai 29 ai 38	**(+2,9%)**	**(-17,7%)**	
	Oltre i 38	**(+15,2%)**	**(-15,3%)**	**(-25,4%)**
Spagna	Fino a 28	**(+3,2%)**		
	Dai 29 ai 38	**(+23,8%)**	**(-38,2%)**	
	Oltre i 38	**(+20%)**	**(-12,3%)**	**ND**
Repubblica Ceca	Fino a 28	**(+5,2)**		
	Dai 29 ai 38	**(+2,4%)**	**(-17,1%)**	
	Oltre i 38	**=**	**(-23,1)**	**(-5,1%)**

*Le cifre fra parentesi si riferiscono alla variazione dell'incidenza tra i rispondenti di coloro che dichiarano di avere un lavoro stabile. La cifra (-14%) è ottenuta dalla differenza ad esempio fra l'30% degli intervista che all'inizio del consumo aveva un lavoro stabile e il 16% che lo aveva a 25 anni.
Fonte: Nostre elaborazioni su R. Ricci, C. Rossi, (editors), Lifestyles and history of use of drug abusers in four EU countries. An exploratory analysis of survey data, UNIVERSITALIA, Roma 2013.

Ugualmente la situazione familiare vede solo una piccola quota (prevalentemente presente in Portogallo) di persone inserite in un nucleo familiare proprio. In tutti i paesi tra il 70 e l'80% è single in seguito a separazioni o divorzi. L'assenza del doppio asse di integrazione familiare e lavorativo porta evidentemente a quella che i sociologi definiscono *disaffiliazione,* un processo di sostegno reciproco tra l'assenza di un reddito e l'impossibilità di mantenere la famiglia, che viene quindi meno come possibile fonte di ruolo sociale. Questo porta come unica soluzione per il recupero all'ingresso nei circuiti di comunità come approdo consistente soprattutto lì dove sono istituzionalmente diffusi.

Rapporto con le sostanze

I fattori che favoriscono la stabilizzazione del consumo differiscono solo in parte da quelli riscontrabili nell'iniziazione o in una prima fase di consumo. In questa fase ciò che conta è soprattutto il tipo di rapporto che si crea tra il soggetto e la sostanza: dopo le prime esperienze egli può valutare concretamente la qualità e la funzione degli effetti sperimentati ed elaborare quindi credenze che non si fondano più sull'esperienza riportata da altri ma su quella personale. Si continua a far uso di droga quanto più si percepiscono gli effetti rinforzanti della sostanza, sia positivi, sia negativi; quanto più si ottengono gli effetti cognitivi, affettivi e farmacologici che si attendono: quanto più ci si convince che attraverso la droga si può esercitare maggior controllo sugli eventi della vita quotidiana. Il continuare, quindi il passaggio da un uso occasionale ad un uso frequente, è dunque da porre in relazione soprattutto con i bisogni a cui la droga si dimostra in grado di rispondere. Anche il non aver ottenuto gli effetti desiderati può spingere il soggetto a riprovare, così come la sottovalutazione dei rischi e un'estrema fiducia nelle proprie capacità di controllo, possono favorire

l'innescarsi della dipendenza[13].
La letteratura indica che il rischio di diventare tossicodipendente è tanto maggiore tanto più precocemente il soggetto ha strutturato stili di consumo regolari. Questa strutturazione della dipendenza problematica si concretizza nella fase successiva all'iniziazione di droghe pesanti, e nei successivi cinque anni si associano comportamenti devianti e un consistente coinvolgimento nell'ambiente del consumo.
In questa fase da un lato si apprendono norme di autoregolazione, dall'altro emergono situazioni di disagio per lo più durature e difficilmente risolvibili disponendo di un repertorio limitato o inadeguato di competenze sociali per affrontare diversamente i problemi.
A questo declino si associano e palesano disturbi della personalità strutturati (depressione, ansia, disforia, ecc.), che si cerca di superare tramite l'uso della droga reputato il mezzo più efficace per diminuire il disagio, sottovalutando i rischi connessi al consumo, e sopravvalutando le proprie capacità di controllo.
È in questa rapida sequenza di fase che l'assunzione delle sostanze acquisisce un maggior peso nella vita dei consumatori, avendo una forte probabilità di ricadute negli ambiti lavorativi e/o di studio e relazionali, dovuto alla difficoltà di concentrazione conseguente a un forte consumo di sostanze che assumono una centralità rilevante nella vita del tossicodipendente.
I nuovi fenomeni di consumo (poli-consumo) pongono l'esigenza di ridisegnare il sistema dei servizi al fine di creare una rete collaborativa e sinergica, in grado di intercettare la complessa articolazione dei bisogni e dei problemi legati al poli-consumo ed agli stili di vita connessi. Tale rete deve consentire di conoscere i comportamenti legati al consumo di sostanze tra i giovani e non, in particolare nei luoghi di divertimento, di condividere e diffondere, attraverso il confronto attivo tra operatori, buone pratiche di prevenzione dei rischi connessi ai fenomeni di consumo/abuso e metodologie di rete che supportino la collaborazione tra servizi e progetti.
A fronte di un fenomeno che va di pari passo con i mutamenti culturali e sociali che coinvolgono tutti, giovani e vecchi consumatori, all'operatore sociale e sanitario sono chiesti l'elasticità mentale, la competenza necessaria e il coraggio di riconoscere l'inefficacia di alcune categorie interpretative del passato, rinunciando alla lettura ideologica della tossicodipendenza legata, solo e sempre, al disagio individuale.
Non sono nuove le sostanze ma sono nuovi:

- i contesti, non solitari ma ricreazionali;
- le modalità del consumo;
- l'abbassamento dell'età dei consumatori;
- la trasversalità dei consumi per cui diventa impossibile tracciarne un identikit;
- la trasversalità maschile e femminile per cui non esiste differenza di genere;
- la trasversalità dei tempi e degli spazi del consumo: si usa il giorno e si usa la notte, si usa a scuola e si usa in discoteca, si usa dentro i locali e anche fuori;
- la facile reperibilità delle sostanze;
- la facilità della loro produzione - nel caso specifico delle sostanze chimiche – e la conseguente mancanza di identificazione.

Risulta da quest'indagine e da altre condotte a livello europeo sulla popolazione studentesca (ESPAD) che il primo uso di sostanze avviene in età adolescenziale (sotto i 16 anni) con una tendenza, negli ultimi anni, ad anticipare sempre più la prima esperienza.

Al fine di prevenire il primo uso è opportuno, pertanto, attivare programmi di *educazione alla salute* nelle fasce d'età preadolescenziali attuabili nelle scuole primarie.

Si riscontra, inoltre, dai risultati dei tempi di gateway, che in media il periodo tra primo uso di droghe leggere e primo uso di sostanze maggiormente pericolose è di 2,9 anni (l'intervallo più lungo è registrato in

[13] Marcella Ravenna, *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna, 1997.

Portogallo, e quello più breve in Repubblica Ceca), che corrisponde al periodo che va dai 16 ai 19 anni, dove, molto spesso, si registra un alto tasso di abbandono scolastico. Inoltre il passaggio all'uso di droghe pesanti corrisponde mediamente anche con l'attività di spaccio, probabilmente per far fronte ai costi del consumo di sostanze pesanti. In questa fase temporale dai 16 ai 19 anni è strategico improntare interventi di *peer education* per prevenire un inconsapevole e sperimentale approccio alle sostanze indotto prevalentemente da un approccio ludico-ricreativo e dalla curiosità, e per attivare azioni di sostegno al supporto tra pari, alla progettazione e messa in opera di strumenti atti ad accompagnare il potenziamento di conoscenze per via orizzontale tra coetanei.

I residenti delle comunità terapeutiche e della bassa soglia hanno livelli di scolarizzazione inferiori alla media della popolazione, se consideriamo i gruppi con istruzione secondaria superiore e diploma universitario. Invece, la loro scolarizzazione, è superiore al livello medio della popolazione se consideriamo i gruppi fermi alla scuola primaria. Questo essere in mezzo suggerisce che, pur appartenendo a gruppi sociali orientati ad un uno stile di vita e di istruzione superiore, hanno perso terreno rispetto al resto della popolazione a partire dalla scuola secondaria superiore. Questo fenomeno deve essere contrastato dando loro una seconda possibilità, appunto di reinserimento e di riqualificazione professionale.

Appendice

Tabella 2

		GENERE			MEDIA ETÀ
		M	F		
Indagine pilota	Comunità	85,1	14,9	101	36,6
Indagine DPA	Comunità	84,0	16,0	1137	34,2
	Bassa soglia	82,0	18,0	291	36,5
Indagine progetto EU	Comunità	85,4	14,6	528	35,5
	Bassa soglia	84,7	15,3	189	37,5

Tabella 3

Titolo indagine		Occupato stabile	Occupato precario	Lavoro autonomo	Lavoro occasionale	Disoccupato	Inoccupato/ Non ha mai lavorato	
Indagine pilota	Comunità	18,0	25,0	21,0	16,0	13,0	7,0	100
Indagine DPA	Comunità	29,2	16,0	15,2	19,1	15,0	5,5	1131
	Bassa soglia	25,2	17,2	14,8	17,9	19,0	5,9	290
Indagine progetto EU	Comunità	28,5	21,8	19,1	26,0	-	4,6	519
	Bassa soglia	17,6	20,9	14,8	41,8	-	4,9	182

Tabella 4

Titolo indagine		Nessun titolo di studio	Scuola elementare	Scuola media inf	Scuola media sup	Laurea e oltre	Altro	
Indagine pilota	Comunità		6,0	61,0	28,0	1,0	4,0	100
Indagine DPA	Comunità	1,7	7,5	49,6	31,4	3,3	6,6	1128
	Bassa soglia	0,3	8,2	44,7	38,1	5,2	3,4	291
Indagine progetto EU	Comunità	0,6	5,8	47,8	33,7	3,2	8,9	531
	Bassa soglia	0,5	5,8	53,4	31,7	3,2	5,3	189

Tabella 5

Titolo indagine		Età media prima sostanza	Età media sostanza pesante	Tempo medio tra primo uso e droghe pesanti
Indagine pilota	Comunità	14,9	17,0	2,1
Indagine DPA	Comunità	15,7	18,4	2,7
	Bassa soglia	16,0	19,3	3,3
Indagine progetto EU	Comunità	15,4	18,3	2,9
	Bassa soglia	15,9	18,3	2,4

Tabella 6

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Tranquillanti sedativi				1,4	1,7
Amfetamine	1,0	2,0	1,1	0,4	
Ecstasy	1,0	1,7	0,8	1,4	
Cannabis Marijuana	85,4	71,2	70,7	75,6	66,5
Crack	2,1	0,1	0,4	0,4	
Cocaina	5,2	9,1	12,9	10,7	14,0
Eroina	4,2	7,9	9,5	5,1	13,4
Funghi allucinogeni	1,0	0,4		0,2	
Steroidi anabolizzanti		0,3	0,4		
Inalanti		0,8	1,1		
Ketamina		0,3			0,6
Assenzio		0,6			
Salvia Divinorum		0,1	0,4		
Smart Drugs		0,1			
LSA semi hawaiani		0,1			
LSD		0,8	1,5	0,2	1,1
Kobret		0,2		0,2	
Altre droghe		4,5	1,1	4,5	2,8
Totale rispondenti	96	1030	263	513	179

Tabella 7

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Curiosità	65,3	58,6	66,2	34,7	42,9
Divertimento	37,6	37,6	34,2	59,3	53,4
Voglia di trasgredire	24,8	35,0	26,1	39,4	37,0
Autolesionismo	4,0	2,5	4,2	4,1	5,3
Lo facevano alcuni miei amici/conoscenti	37,6	36,5	34,2	37,3	36,0
Lo faceva il mio/a compagno/a	3,0	5,2	4,2	6,2	7,4
Era molto diffusa a scuola	4,0	2,6	3,2	3,8	1,1
Era molto diffusa nel posto di lavoro	1,0	1,2	2,1	,6	1,6
Volevo migliorare le mie prestazioni	4,0	3,4	1,4	4,3	5,8
Volevo rilassarmi/calmarmi	6,9	5,8	3,9	13,9	11,1
Volevo fare nuove amicizie	7,9	6,4	1,8	6,0	2,6
Volevo isolarmi dai disagi della mia vita	19,8	13,8	12,7	19,2	18,0
Altro	9,9	5,3	6,0	5,6	7,9
Totale dei rispondenti	101	1124	284	531	189

Tabella 8

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Da sola/o	5,0	6,6	8,6	8,7	13,3
Amici/che	78,0	70,7	74,6	67,5	70,7
Compagni di scuola	3,0	6,4	3,6	8,6	5,9
Partner	-	3,0	2,9	3,2	2,1
Conoscenti	9,0	9,6	7,5	7,6	4,8
Parenti	5,0	3,1	2,9	3,6	2,1
Altro	-	,5	-	,8	1,1
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1100	280	526	188

Tabella 9

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Feste private	9,1	14,8	11,1	6,1	9,6
Un giorno qualunque	79,8	66,5	78,9	78,7	78,7
Durante le vacanze	3,0	3,4	3,2	6,3	3,2
Manifestazioni (Concerti, feste di piazza, etc.)	4,0	5,8	6,8	5,3	5,3
Altro	4,0	2,7	-	3,6	3,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	99	1089	279	526	188

Tabella 10

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Casa	9,0	14,8	14,8	8,8	17,1
Piazza/strada	40,0	38,1	45,1	43,3	44,9
Centri Sociali	-	1,0	-	,6	,5
Carcere	-	-	-	,4	-
Discoteca	4,0	4,3	4,2	7,9	6,4
Rave	1,0	1,8	1,1	,2	,5
Bar/ pub	3,0	4,9	1,1	-	-
Scuola	7,0	6,8	5,6	8,6	3,7
Lavoro	1,0	,9	1,4	1,5	3,2
Casa di amici	3,0	10,5	12,3	13,8	11,2
Palestra	-	,4	-	,2	-
Parco/Villa	19,0	9,6	8,5	6,7	6,4
Parrocchia	3,0	,7		,4	-
Stadio	2,0	1,0	1,4	,8	,5
Cinema/Teatro	-	,1	-	-	-
Altro	8,0	5,2	4,6	6,9	5,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	100	1081	284	522	189

Tabella 11

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
	Comunità	Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
Policonsumo	77,4	67,0	63,2	65,9	68,6
Solo eroina	8,6	9,1	16,2	8,2	12,6
Solo cocaina	7,5	12,7	11,7	14,9	10,9
Una sola sostanza	6,5	11,3	8,9	10,9	8,0
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale V.A.	93	915	247	475	175

Tabella 12a – Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine pilota 2009

	Soldi che ricevevo dalla famiglia	**Lavoro**	**Debiti**	**Debiti con lo spacciatore**	**Prostituzione**	**Spaccio**	**Rapine/Furti**	**Altre attività illegali**
Prevalentemente	9,9	54,5	6,9	5,9	3,0	14,9	12,9	13,9
Qualche volta	43,6	14,9	18,8	16,8	1,0	21,8	20,8	16,8
Mai	46,5	30,7	74,3	77,2	96,0	63,4	66,3	69,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale rispondenti	101	101	101	101	101	101	101	101

Tabella 12b – Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine DPA 2010

Bassa soglia								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	12,3	55,7	37,1	5,9	27,2	10,4	7,4	9,7
Spesso	9,7	14,2	8,4	,7	7,1	9,0	11,8	11,0
Abbastanza	12,3	9,4	6,7	3,7	8,3	9,7	8,8	11,6
Qualche volta	28,6	9,9	12,9	8,8	20,7	22,2	25,0	28,4
Mai	37,0	10,8	34,8	80,9	36,7	48,6	47,1	39,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	154	212	178	136	169	144	136	155
Comunità								
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	16,6	55,3	30,8	5,2	19,5	13,8	9,0	9,1
Spesso	11,5	16,0	14,2	4,6	13,3	11,1	9,0	10,4
Abbastanza	12,9	9,1	10,5	2,1	12,5	11,6	8,8	8,8
Qualche volta	38,1	12,0	18,7	6,0	21,9	26,0	35,1	37,7
Mai	20,9	7,6	25,8	82,2	32,8	37,4	38,2	34,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	688	826	697	522	647	585	580	604

Tabella 12c – Fonti di finanziamento per il consumo - Indagine EU

Bassa soglia									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	8,0	44,6	23,1	,8	23,4	17,3	,8	,8	2,3
Spesso	3,6	14,0	11,9		9,1	6,0		,8	3,1
Abbastanza	11,7	5,1	6,3	,8	6,5	7,5	,8	6,3	6,2
Qualche volta	26,3	14,0	11,2	,8	19,5	12,8	1,6	22,7	23,8
Mai	50,4	22,3	47,6	97,6	41,6	56,4	96,8	69,5	64,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	137	157	143	127	154	133	126	128	130
Comunità									
	Soldi che ricevevo dalla famiglia	Lavoro	Spaccio	Prostituzione	Rapine/Furti	Altre attività illegali	Contributi assistenza sociale	Debiti	Debiti con lo spacciatore
Sempre	14,1	46,5	30,1	3,5	20,3	15,1	3,8	7,4	5,8
Spesso	11,9	18,3	12,7	1,6	12,1	10,0	1,3	5,1	8,2
Abbastanza	15,7	11,5	10,1	1,0	8,7	9,1		8,3	7,6
Qualche volta	28,6	10,5	14,5	3,8	18,5	17,4	2,9	26,2	30,7
Mai	29,7	13,2	32,5	90,1	40,4	48,3	92,0	53,0	47,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	370	409	385	313	379	350	314	336	342

Tabella 13 esperienza detentiva

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità*	Bassa soglia*	Comunità*	Bassa soglia*
No	39,4	48,0	56,0	41,6	41,3
Si per altri reati	43,4	33,9	42,9	39,9	47,1
Si per spaccio	17,2	23,3	28,0	26,9	25,9
Totale	100,0				
Totale dei rispondenti	99	1132	287	531	189
* percentuale per ogni singola risposta					

Tabella 14

	Indagine pilota	Indagine DPA		Indagine progetto EU	
		Comunità	Bassa soglia	Comunità	Bassa soglia
No	43,3	36,0	40,6	45,0	38,3
Si, qualche volta	32,0	37,8	35,5	31,7	32,2
Si, spesso	24,7	26,2	23,8	23,3	29,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	101	924	256	498	183