

Convegno

**FATTORI DI RISCHIO E MODELLI DI  
PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE  
STUDENTESCA.**

**QUALI STRATEGIE METTERE IN ATTO?**

*Nell'ambito del progetto “Better communication for a better prevention. Analysis of hidden messages. Guidelines to prevent abuse and drug addiction”*

30 GIUGNO 2015

CAMPIDOGLIO - SALA DELLA PICCOLA PROTOMOTECA  
ROMA - PIAZZA DEL CAMPIDOGLIO

A cura di Francesco Fabi, Luca Di Censi e Carla Rossi

*UniversItalia*

Editing, publishing and diffusion have been financed by the Nando Peretti Foundation



PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Copyright 2015 – UniversItalia – Roma

ISBN 978-88-6507-854-9

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilm, registratori o altro. Le fotocopie per uso personale del lettore possono tuttavia essere effettuate, ma solo nei limiti del 15% del volume e dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art.68, commi 4 e 5 della legge 22 aprile 1941 n. 633. Ogni riproduzione per finalità diverse da quelle per uso personale deve essere autorizzata specificatamente dagli autori o dall'editore.

## INDICE

Indice.....	3
BETTER COMMUNICATION FOR A BETTER PREVENTION. ANALYSIS OF HIDDEN MESSAGES. GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG ADDICTION.....	5
Premessa .....	7
Una panoramica globale sui modelli di prevenzione.....	8
Quale modello scegliere per intervenire sulla popolazione studentesca? E perché?.....	11
Analisi delle indagini sui consumi di droga e alcol nella popolazione studentesca.....	14
Le sostanze d'abuso.....	17
Tra permissività e trasgressione.....	27
Regressione logistica binaria applicata ai dati delle indagini SPS-ITA 2010 e 2011 e costruzione dell'Indice di Propensione all'Uso.....	29
Indice di Propensione all'Uso.....	33
L'effetto delle politiche di prevenzione in Europa e confronto dei paesi con un nuovo indicatore.....	47
Riferimenti bibliografici.....	51
Appendice.....	59
NUOVI STILI DI CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E NUOVI RISCHI AD ESSO ASSOCIATI: IL POLIUSO, I DANNI ALLA SALUTE E IL RUOLO DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE IN EUROPA E IN ITALIA NELL'AMBITO DEL PROGETTO "BETTER COMMUNICATION FOR A BETTER PREVENTION. ANALYSIS OF HIDDEN MESSAGES. GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG ADDICTION" .....	65
FATTORI DI RISCHIO E MODELLI DI PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA. QUALI STRATEGIE METTERE IN ATTO? NELL'AMBITO DEL PROGETTO "BETTER COMMUNICATION FOR A BETTER PREVENTION. ANALYSIS OF HIDDEN MESSAGES. GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG ADDICTION" .....	77

EFFICACIA E SICUREZZA DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA .....	93
ALCUNE IDEE PER UNA PREVENZIONE E RIDUZIONE DEI RISCHI MIRATA ALL'EFFICACIA.....	107

**BETTER COMMUNICATION FOR A BETTER  
PREVENTION. ANALYSIS OF HIDDEN MESSAGES.  
GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG  
ADDICTION**

In questo volume sono riportati sia la relazione scientifica finale del progetto, predisposta da Luca Di Censi e Francesco Fabi in conclusione del loro lavoro di ricerca, sia i contributi legati al Convegno

**FATTORI DI RISCHIO E MODELLI DI  
PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE  
STUDENTESCA.  
QUALI STRATEGIE METTERE IN ATTO?**

Tenutosi il

30 GIUGNO 2015  
CAMPIDOGLIO - SALA DELLA PICCOLA PROTOMOTECA  
ROMA - PIAZZA DEL CAMPIDOGLIO

A conclusione del progetto stesso



## PREMESSA

La diffusione nell'uso di sostanze psicoattive negli ultimi dieci anni, soprattutto tra le fasce più giovani, ha assunto contorni imprecisi e difficili da sondare sia perché sono cambiate le sostanze diffuse, sia perché sono variate le modalità di assunzione, traghettando la sottocultura della droga dal limite tra “normalità-devianza” verso modelli di socializzazione più legati a spazi-tempi aggregativi-ricreativi che a spazi di isolamento ed emarginazione.

Questa caratterizzazione del “consumo” condiziona la scarsa riprovazione sociale, la limitata percezione dei rischi connessi all'uso/abuso, una penetrazione più veloce nel tessuto giovanile, un arruolamento consistente di nuovi assuntori, un sistematizzarsi di vecchie e nuove abitudini assuntive, un'amplificazione della quota di abuso, una regressione dell'età di primo uso di sostanze, un approccio “funzionale” alle molecole chimiche, in particolar modo a quelle con caratteristiche stimolanti ed allucinogene.

Questi mutamenti rendono i consumatori più difficili da individuare e studiare e le strategie di prevenzione messe in essere inadeguate. Inadeguati risultano anche gli strumenti classici dell'epidemiologia richiamando la necessità di ricorrere al supporto di altre discipline (come la sociologia, l'antropologia) e impostando un'epidemiologia etnografica. I comportamenti individuali ed i valori, sui quali generalmente essi fanno leva, sono fortemente condizionati dalla riprovazione sociale e da ciò che viene percepito come “normale” (Botvin, 2000).

Di conseguenza, la disponibilità ed il percepire come basso il rischio di assunzione lavorano da catalizzatore per innescare una reazione a catena verso la diffusione nel consumo. E questo, di per sé, può determinare una sorta di vulnerabilità che richiede interventi strategicamente più finalizzati, come interventi mirati sia per tipo di sostanza che per genere, visto che sempre più si sta livellando il consumo di sostanze tra maschi e femmine.

L'approccio alle sostanze psicoattive sembra sempre meno condizionato da particolari variabili di natura sociale e sempre meno “esclusivo” o “confinato” nei classici gruppi a rischio. Anche i dati delle ricerche sembrano riflettere quanto registrato nella società attuale, in Italia come in Europa.

## Una panoramica globale sui modelli di prevenzione

Prima di passare ad illustrare i diversi modelli di prevenzione ed esempi di applicazione in ambito nazionale ed internazionale è doveroso fare una premessa sociologica che giustifichi perché alcuni programmi anziché altri, e perché alcuni potrebbero essere maggiormente efficaci ed altri negativi.

Per arrivare a capire cosa è deviante da un punto di vista sociologico, bisogna introdurre il concetto di "norma" che è l'insieme delle regole comportamentali e sociali, alle quali la maggior parte degli individui di un determinato gruppo sociale o di un'intera società si attiene. Le norme sono modulate dalle aspettative sociali cioè, tutti quei valori e desideri che riguardano la sfera etica dell'individuo e che si riferiscono, o guidano un aspetto futuro o presente del suo comportamento. Le norme sono generali, soprattutto quelle che sono interiorizzate durante il processo d'educazione e socializzazione nell'infanzia e nell'adolescenza. Esse hanno valore indipendentemente dalla posizione sociale dell'individuo. Le aspettative sono, invece, più particolari. Esse variano con il variare della posizione sociale e sono, in genere, limitate a determinati aspetti comportamentali. Una norma comporta l'esistenza di qualcuno che la formuli e di qualcuno che vi si attenga, ma esistono numerose eccezioni rappresentate dai cosiddetti costumi sociali e dalle mode, che risultano essere norme apparentemente anonime e collettive (BLAN R.H.: *Society and drugs*. Jasey-Bass Ed., San Francisco, 1970). I comportamenti che violano le norme vigenti, in un determinato contesto sociale e storico, rientrano nella definizione sociologica di "devianza". I prototipi della devianza sono il crimine, cioè la devianza dalle norme di comportamento sociale giuridicamente statuite, e la malattia, intesa come devianza dalla normale condizione di salute psicofisica. Definire un comportamento come deviante significa confrontarlo sempre con le norme, esplicite o implicite, del gruppo sociale in cui è espresso. (KAPLAN H.B.: *Social class, self-derogation and deviant response*. *J. Youth and Adolescence*, 7, 253-277, 1978). Quindi riassumendo con le parole di Cohen la devianza è "il comportamento che viola le aspettative istituzionalizzate, cioè, quelle aspettative che sono condivise e riconosciute come legittime all'interno di un sistema sociale" (Cohen A K., *Controllo sociale e comportamento deviante*, Il Mulino Bologna, 1969). Il concetto di devianza è basilare per comprendere come la società ed in particolare alcuni gruppi adottino nuovi modelli comportamentali. Un soggetto deviante, in altre parole, è chi infrange le norme sociali deliberatamente, può facilmente assumere, soprattutto nelle



società autoritarie, la connotazione di soggetto criminale o portatore di disturbi psichici, in ogni caso, da isolare dal contesto sociale generale, perché disturbante. Riflettendo su questi concetti è evidente che la norma ideale esprime i "valori" di una data cultura e può assumere connotazioni etiche variabili nel tempo e nei diversi contesti socio-culturali un esempio di questa relatività potrebbe essere l'alcol. (BLAN R.H.: *Society and drugs*. Jasssey-Bass Ed., San Francisco, 1970). La devianza non deve essere, anche se oggi troppo spesso, confusa con in concetto di diversità.

Capire i gruppi devianti e le motivazioni che li spingono ad infrangere le norme orienta verso più complesse strategie di prevenzione, ritenendo che, per contrastare i comportamenti indesiderati, bisogna occuparsi dell'atteggiamento verso il rischio, quindi sensibilizzare, per programmi di prevenzione per i giovani, su temi diversi, quindi non solo le droghe, ma anche gli incidenti stradali, l'HIV e i comportamenti sessuali a rischio, l'uso di bevande alcoliche, il bullismo e le difficoltà relazionali. In sintesi è importante intervenire sull'insieme dei comportamenti problematici. In quanto i fattori che spingono alla devianza sono molteplici.

L'approccio medico alle droghe che risale all'inizio del XIX secolo trafigge il consumatore di droghe da individuo immorale e vizioso a malato da curare. Questo è stato un passaggio di fondamentale importanza per lo sviluppo di un modello di Public Health e il concetto di Sanità pubblica, ovvero "La scienza e l'arte di promuovere la salute, di prevenire le malattie e di prolungare la vita attraverso sforzi organizzati della società ("Acheson Report", London, 1988).

Promuovere la salute e uno stile di vita avulso da ogni sorta di patologia o disturbo è un'impresa complessa che richiede il coinvolgimento e la partecipazione attiva di diversi attori oltre ad un intenso lavoro sulla dimensione fisica, psicologica, sociale e ambientale.

Ad oggi si individuano tre modelli di prevenzione sanitaria, che prendiamo come punto di partenza per introdurre i corrispettivi modelli di prevenzione per le dipendenze. Bisogna sottolineare che questi concetti costantemente si arricchiscono di significato e di complessità concettuale.

**Prevenzione Primaria:** è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La maggior parte delle attività di promozione della salute verso la popolazione sono, ad esempio, misure di prevenzione primaria, in quanto

mirano a ridurre i fattori di rischio<sup>1</sup> da cui potrebbe derivare un aumento dell'incidenza di quella patologia. Frequentemente la prevenzione primaria si basa su azioni a livello comportamentale o psicosociale (educazione sanitaria, interventi psicologici e psicoeducativi di modifica dei comportamenti, degli atteggiamenti o delle rappresentazioni). Esempi di prevenzione primaria sono rappresentati da tutte quelle campagne nazionali promosse dai governi (tabagismo, gioco d'azzardo, dipendenza da sostanze psicotrope, prevenzione HIV, etc.). Il corrispettivo della prevenzione primaria nell'ambito delle dipendenze viene indicato con il termine di **prevenzione universale**, che si rivolge alla totalità della popolazione e si interessa principalmente degli aspetti dello sviluppo della dipendenza. Appoggia, favorisce e struttura interventi sulla salute e, aiuta a fronteggiare la dipendenza; ad esempio con progetti di pubblica utilità quale la formazione e il lavoro di intervento nei contesti locali.

**Prevenzione Secondaria:** si tratta di una definizione tecnica che si riferisce alla diagnosi precoce di una patologia, permettendo così di intervenire precocemente sulla stessa limitando le conseguenze, ma non evitando o riducendone la comparsa. La precocità di intervento aumenta le opportunità terapeutiche, migliorandone la progressione e riducendo gli effetti negativi. Un esempio di prevenzione secondaria è lo svolgimento di test diagnostici di routine in popolazioni a rischio. Il corrispettivo della prevenzione secondaria nell'ambito delle dipendenze viene indicata con il termine di **prevenzione selettiva**, che si rivolge principalmente ai gruppi a rischio e si colloca là dove sono già emersi dei problemi. Essa sviluppa interventi che, aiutano a superare lo stato di crisi e risolvere i problemi, ad esempio tramite un programma di valutazione preventiva e primo ascolto. Molto utili in questi casi sono modelli di prevenzione basati sulla Peer Education o sull'educativa di strada che cerca di instaurare legami con gruppi a rischio.

**Prevenzione Terziaria:** è un termine tecnico relativo non tanto alla prevenzione della malattia in sé, quanto dei suoi esiti più complessi. La prevenzione in questo caso è quella delle complicanze, delle probabilità di

---

<sup>1</sup> Fattore di rischio (Risk factor): condizioni, comportamenti o ambienti biologici o socioeconomici che sono associati o causano una maggiore suscettibilità ad una determinata malattia, disturbo o trauma. Come per i comportamenti a rischio, una volta identificati, i fattori di rischio possono divenire il punto di partenza o l'elemento centrale delle strategie e delle azioni di promozione della salute.

recidive e della morte (anche se, in tale caso, tutti i trattamenti terapeutici sarebbero in un certo senso, paradossalmente, "prevenzione"). Con prevenzione terziaria si intende anche la gestione dei deficit e delle disabilità funzionali consequenziali ad uno stato patologico o disfunzionale. Il corrispettivo della prevenzione terziaria nell'ambito delle sostanze viene indicata con il termine di **prevenzione indicata**, si rivolge e sviluppa il suo intervento a favore di persone già dipendenti. Essa appoggia interventi di profilassi, di riduzione del danno e prevenzione delle ricadute per persone dipendenti e di aiuto all'integrazione e al reinserimento sociale per gli ex-tossicodipendenti. Segnaliamo che, negli ultimi anni l'Harm Reduction è stato il modello fortemente raccomandato per la riduzione di tutte quelle malattie dovute allo scambio di siringhe (per maggiore panoramica sull'harm reduction si veda: la monografia Harm Reduction: evidence, impacts and challenges EMCDDA, Lisbon, April 2010).

### **Quale modello scegliere per intervenire sulla popolazione studentesca? E perché?**

Per intervenire in ambito scolastico, ma non solo, bisogna partire dalla definizione che da l'OMS di Scuole che promuovono salute (Health Promoting Schools)

“Una scuola che promuove salute può essere rappresentata come una scuola che rafforza continuamente la propria capacità di essere un ambiente sano in cui vivere, imparare e lavorare. (Promoting health through schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series N°870. WHO, Geneva, 1997). In funzione di questo obiettivo, una scuola che promuove salute coinvolge i dirigenti sanitari e quelli scolastici, gli insegnanti, gli studenti, i genitori e i leader della comunità nelle sue azioni di promozione della salute. Essa favorisce la salute e l'apprendimento ricorrendo a tutte le risorse a sua disposizione, si impegna a creare ambienti favorevoli alla salute e a proporre un insieme di programmi e servizi scolastici di educazione e promozione della salute particolarmente rilevanti. Una scuola che promuove salute mette in atto politiche, pratiche e altre misure che rispettano l'autostima dell'individuo, forniscono molteplici opportunità per il successo scolastico e riconoscono lo sforzo, le buone intenzioni e le conquiste personali. Si impegna, inoltre, a migliorare la salute del personale scolastico, delle famiglie, dei membri della comunità così come degli studenti e collabora con i leader della comunità per aiu-

tarli a comprendere in che modo la comunità stessa possa contribuire alla salute e all'istruzione." (WHO's Global School Health Initiative, 1998) .

Il ruolo attivo della scuola nei programmi di prevenzione è indispensabile per ogni azione che voglia essere efficace. Altro requisito, non di meno importante, è il lavoro di rete, basato su impegno e fiducia reciproca, che la struttura scolastica, insieme ad altre agenzie del territorio, deve creare per agire su molteplici livelli simultaneamente per promuovere un empowerment per la salute (Empowerment for health), ovvero tutti quei processi attraverso i quali le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute. L'empowerment può essere un processo sociale, culturale, psicologico o politico attraverso il quale gli individui e i gruppi sociali sono in grado di esprimere i propri bisogni e le proprie preoccupazioni, individuare le strategie per essere coinvolti nel processo decisionale e intraprendere azioni di carattere politico, sociale e culturale che consentano loro di soddisfare tali bisogni. Attraverso questo processo gli individui riescono a percepire una più stretta corrispondenza tra i propri obiettivi di vita e il modo in cui raggiungerli, ma anche una correlazione tra gli sforzi compiuti e i risultati ottenuti. La promozione della salute, non comprende solo le azioni volte a rafforzare le life skills e le capacità fondamentali dei singoli individui, ma anche quelle volte ad influenzare le condizioni socio-economiche e gli ambienti fisici che hanno un impatto sulla salute. In questo senso la promozione della salute è finalizzata alla creazione di condizioni che offrano migliori opportunità di stabilire un legame tra gli sforzi compiuti dai singoli e dai gruppi e i conseguenti risultati di salute ottenuti nel modo descritto in precedenza. Viene fatta una distinzione tra empowerment degli individui ed empowerment di comunità. Il primo si riferisce soprattutto alla capacità del singolo individuo di prendere decisioni e di assumere il controllo della propria vita. L'empowerment di comunità, invece, si riferisce agli individui che agiscono a livello collettivo per riuscire a influenzare e controllare maggiormente i determinanti di salute e la qualità della vita nella propria comunità. Si tratta di un obiettivo di grande rilevanza nell'ambito delle azioni della comunità per la salute.

Dalla metà degli anni '80 hanno assunto un rilievo sempre più importante nella prevenzione le abilità psico-sociali (Life Skills). Le life skills sono le capacità di adottare un comportamento positivo e adattivo che permetta agli individui di affrontare in modo efficace le necessità e le sfide quotidiane. (Life skills education in schools. WHO, Geneva, 1993). Le life skills sono abilità personali, interpersonali, cognitive e fisiche che rendono le

persone capaci di controllare e indirizzare la propria esistenza e di sviluppare la capacità di convivere nel proprio ambiente, riuscendo eventualmente a modificarlo. Sono esempi di life skills individuali la capacità di prendere decisioni e di risolvere i problemi, il pensiero creativo e quello critico, la consapevolezza di sé e l'empatia, le abilità comunicative e relazionali, la capacità di gestire le proprie emozioni e lo stress. Le life skills sopra descritte sono componenti elementari fondamentali per lo sviluppo delle abilità personali funzionali alla promozione della salute, che nella Carta di Ottawa<sup>2</sup> sono descritte come una delle aree chiave di azione.

Tutti i concetti sopra elencati sono correlati l'uno all'altro e forniscono le fondamenta per programmi di prevenzione efficaci e duraturi che si traducono in educazione alla salute, peer education, rafforzamento delle life skill ed empowerment individuale e di comunità dove tutti gli attori e le istituzioni comunicano per un ambiente migliore.

Il modello migliore che si può adottare nell'ambiente scolastico è quello dell'educazione tra pari. In letteratura troviamo oramai molte conferme sull'efficacia della peer education come modello raccomandabile per la prevenzione tra gli adolescenti, di seguito citiamo i principali motivi della sua efficacia ed efficienza:

- È più conveniente rispetto agli altri metodi (Jones, 1992; HEA, 1993; Peers et al., 1993).
- I pari sono una fonte credibile di informazione (Perry, 1989; Woodcock et al., 1992; Clements and Buczkiewicz, 1993; Jarvis 1993).
- L'educazione tra pari aumenta l'empowerment delle persone coinvolte (HEA, 1993).
- Utilizza un mezzo già consolidato di condivisione delle informazioni (Finn, 1991; Clements and Buczkiewicz, 1993; Jarvis, 1993).
- I Peer riscuotono più successo in quanto c'è una maggiore identificazione con i propri pari (Clements and Buczkiewicz, 1993; Peers et al., 1993).
- Peer educators fungono da modelli positivi (Perry and Sieving, 1993; Clements and Buczkiewicz, 1993).
- L'educazione tra pari è vantaggiosa per coloro che sono coinvolti nella sua attuazione (Klepp et al., 1986; Ford and Inman, 1992; Hamilton, 1992; HEA, 1993; Phelps et al., 1994).

---

<sup>2</sup> First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>)

- L'istruzione presentata da pari può essere accettabile quando presentata da altri non lo è (HEA, 1993).
- L'istruzione fra pari può essere utilizzata per istruire coloro che sono difficilmente raggiungibili attraverso i metodi tradizionali (King, 1993; Rhodes, 1994).
- I pari possono rafforzare l'apprendimento attraverso il contatto continuo (Jay et al., 1984; Kelly et al., 1991).

### **Analisi delle indagini sui consumi di droga e alcol nella popolazione studentesca**

Le analisi sui consumi di droga e alcol nella popolazione studentesca ci forniscono preziosi elementi informativi sia rispetto alla prevalenza d'uso, sia a quali comportamenti è maggiormente associato il consumo di droghe; questo ci permette di individuare dei sottogruppi dove è utile svolgere programmi di prevenzione selettiva, sia per ridurre i rischi che un approccio sperimentale alle droghe possa diventare problematico, sia per agire prima che si approcci alla sostanza avendo a disposizione alcune informazioni predittive all'uso di droga per tipologie di sottogruppi.

I dati utilizzati per le analisi provengono dall'indagine SPS Italia (Student Population Survey) sulla popolazione studentesca nazionale 15-19 anni (2010<sup>3</sup>, 2011) e, a livello europeo, da ESPAD 2011 ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

Inizieremo a considerare, prima di tutto, le singole variabili che discriminano tra uso e non uso fino ad arrivare alla costruzione di un indicatore ottenuto tramite la tecnica della regressione logistica. Questo individuerà i potenziali consumatori di sostanze psicotrope.

---

<sup>3</sup> Le indagini sono state condotte su tutto il territorio nazionale con la raccolta di 35.802 questionari validi nel 2010 e di 32186 questionari validi nel 2011 per gli scopi dell'indagine (studenti fra 15 e 19 anni) studenti nel primo semestre 2010 e primo semestre del 2011 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con il supporto tecnico-scientifico dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma; nella fase di realizzazione dello studio sono stati coinvolti anche i Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute. Per quanto riguarda la metodologia dell'indagine si rimanda alla Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia 2010 e 2011.

*Scenari*

A livello europeo nel 2014, si stima che 73,6 milioni (21.7%) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cannabis nella loro vita; 18,1 milioni (5,3 %) di adulti (15-64 anni) hanno consumato cannabis nell'ultimo anno; 14,6 milioni (11,2%) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato cannabis nell'ultimo anno (EMCDDA, Relazione europea sulla droga 2014).

Sempre a livello europeo, nella fascia 15-64 anni, la maggioranza dei paesi riferisce stime comprese tra il 10 e il 30%. Circa un terzo degli adulti in Danimarca, Francia e Regno Unito, a meno di uno su dieci in Bulgaria, Grecia, Cipro, Ungheria, Portogallo, Romania e Turchia consumano cannabis.

L'espressione "consumo di droga" comprende molti modelli diversi di consumo, che vanno da quello sperimentale e occasionale a quello abituale, fino alla dipendenza. I vari modelli di consumo sono associati a diversi livelli di rischio e danno. In generale, i rischi ai quali sono esposti i consumatori di sostanze stupefacenti sono influenzati da una serie di fattori, che comprendono il contesto nel quale si assumono le droghe, la dose consumata, il metodo di assunzione, il consumo contemporaneo di diverse sostanze, il numero e la durata degli episodi di consumo e la vulnerabilità individuale.

I dati che emergono dal quadro di riferimento europeo ed italiano dei rapporti ESPAD e EMCDDA, circa la diffusione di sostanze psicoattive, suggeriscono come le droghe siano sempre più presenti nei contesti della quotidianità, soprattutto nelle fasce giovani della popolazione e rientrino quasi nella "normalità" non essendo più considerate un fatto eccezionale. Da ciò si deduce l'ipotesi di una sempre più crescente probabilità che un ragazzo entri in contatto con il mondo della droga, direttamente attraverso il contatto fisico e la sperimentazione/assunzione o indirettamente parlandone o sapendo come e dove trovarla.

Le probabilità di contatto aumentano, inoltre, anche in presenza di altri fattori di rischio, non ultimi quelli psicologici, come l'insoddisfazione nelle proprie relazioni (amici, famiglia, scuola) e l'incapacità di contenere l'istintività e le pulsioni (ad esempio la capacità di resistere all'offerta ed alla pressione dei pari).

Questi sono tutti elementi ripresi ed analizzati nel presente lavoro. In effetti, più che un limite, la fascia d'età degli intervistati rappresenta soggetti che possono, per età e per caratteristiche, essere maggiormente sensibili a

pulsioni ed ideali non ancora ridotte da esperienze che si vivono in età successive.

Gli intervistati degli studi SPS Italia (Student Population Survey), non costituiscono un'eccezione al quadro sopra descritto. Uno su cinque dichiara che riuscirebbe a procurarsi con facilità cocaina. La sostanza che è più facile procurarsi è la cannabis (40,2%, percentuale che è la somma delle modalità 'Facile' e 'Molto facile') a seguire la cocaina (22,3%) e l'ecstasy (16%).

Lo scenario sin qui descritto inquadra l'uso di sostanze psicotrope nella società attuale e, in particolare, nella fascia più giovane della popolazione al di sotto dei 20 anni. Proprio all'interno di questa fascia si collocano i campioni delle indagini prese in esame, composte entrambi da una numerosità di circa 34mila giovani. I risultati ottenuti sono analizzati anche in relazione a quadri di riferimento nella popolazione generale o, dove disponibili, in campioni speciali di popolazione.

In Italia, tuttavia, alcuni indicatori, ad esempio le richieste di trattamento, o i risultati di studi condotti sul territorio in ambiti aggregativi giovanili, suggeriscono che la diffusione reale del consumo di cocaina (e dei problemi connessi) superi la dimensione rilevabile dai dati ufficiali. Dalla Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2012, si rilevano i dati dello studio SPS Italia 2012 sull'uso di sostanze psicoattive nella popolazione scolastica 15-19 anni. La Tabella 1 riporta i confronti percentuali, ESPAD 2007, ESPAD 2011, SPS Italia 2010 e SPS Italia 2012 rilevati circa l'uso sperimentale e recente di cannabis e cocaina.

Tabella 1: uso di sostanze nella popolazione studentesca (15-19 anni).

	<i>Nella vita %</i>				<i>Negli ultimi 30 giorni %</i>			
	ESPAD 2007	ESPAD 2011	SPS- ITA 2010	SPS- ITA 2012	ESPAD 2007	ESPAD 2011	SPS- ITA 2010	SPS- ITA 2012
<b>Cannabis</b>	23,0	21,0	22,3	22,6	13,0	12,0	12,3	12,9
<b>Cocaina</b>	5,8	-	4,1	2,6	1,9	-	1,6	1,1

Fonte: ESPAD 2007 e 2011, Studio SPS-ITA 2010 e 2012 Dipartimento Politiche Antidroga

Anche se si registra un lieve calo dei consumi, questi, restano comunque su una soglia allarmante rispetto all'utilizzo, dal momento che l'assunzione di sostanze coinvolge un quarto dei consumatori (24,2% è la



percentuale di studenti 15-19 anni che ha consumato almeno una sostanza illegale nell'arco della vita – SPS ITA 2012).

### **Le sostanze d'abuso**

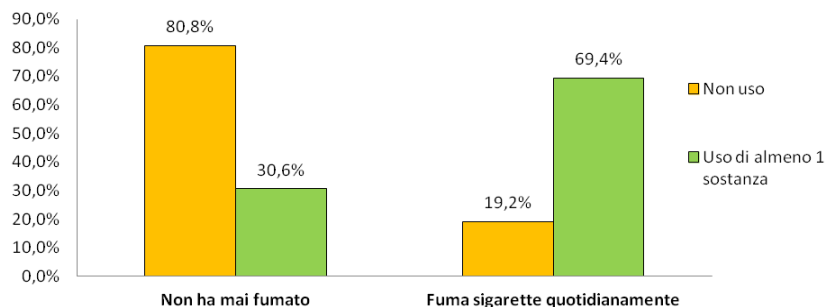
Nel 2010 tra i giovani intervistati 15-19 anni, il 27,3% ha risposto di aver provato una sostanza nell'arco della vita, il 21,9% negli ultimi 12 mesi e un 14,4% negli ultimi 30 giorni. Più della metà (52,9%) di coloro che hanno assunto una sostanza nell'arco della vita ha consumato nei 30 giorni precedenti la rilevazione, passando da un uso sperimentale ad un uso regolare. Inoltre non può essere escluso, data la delicatezza degli argomenti trattati, un possibile fattore di reticenza da parte dei rispondenti che farebbe crescere ulteriormente la stima di coloro che almeno una volta hanno provato una sostanza.

L'età di primo uso è molto precoce (il 33,2% prima dei 15 anni). La prima sostanza utilizzata nell'arco della vita sul totale degli intervistati è la cannabis 22,3% seguita dai tranquillanti 5% e dalla cocaina 4,1 %. Coloro che hanno dichiarato di aver assunto più sostanze in contemporanea sono il 9,6%. Per quanto concerne il genere, la prevalenza degli assuntori è sempre maschile ad eccezione dei tranquillanti senza ricetta medica, dove si registra una netta prevalenza femminile.

Le evidenze che ne emergono suggeriscono di intraprendere delle misure di prevenzione sin dalla scuola media inferiore con programmi rivolti all'educazione della salute e a moduli sull'affettività per accrescere la maggiore consapevolezza dei rischi connessi all'uso di sostanze e a consolidare le risorse emotive.

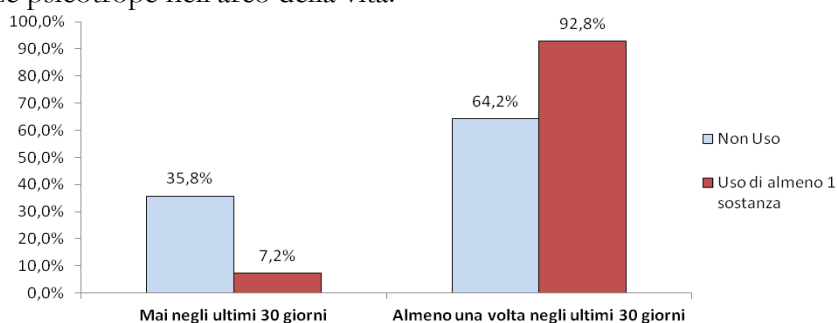
Il dato circa la contiguità del campione esaminato sottolinea come ai soggetti che fumano sigarette quotidianamente (Figura 1) o assumono alcool (Figura 2 e Figura 3) nel corso della vita sia associata una maggiore esposizione, che viene confermata con la dichiarazione di aver assunto almeno una volta nella vita una sostanza, passando dall'occasionalità ad un'esposizione vera e propria che si concretizza nella sperimentazione di una sostanza. L'assunzione di sostanze legali nell'adolescenza si trasforma sette volte su dieci in utilizzo di sostanze illegali.

Figura1: abitudine al fumo connessa all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita.



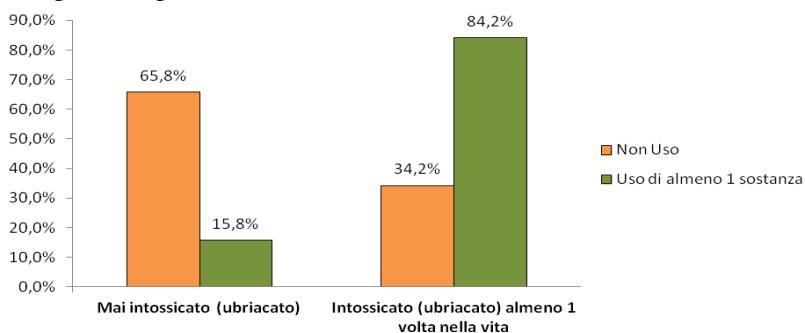
Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 2: assunzione alcool negli ultimi 30 giorni connesso all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita.



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

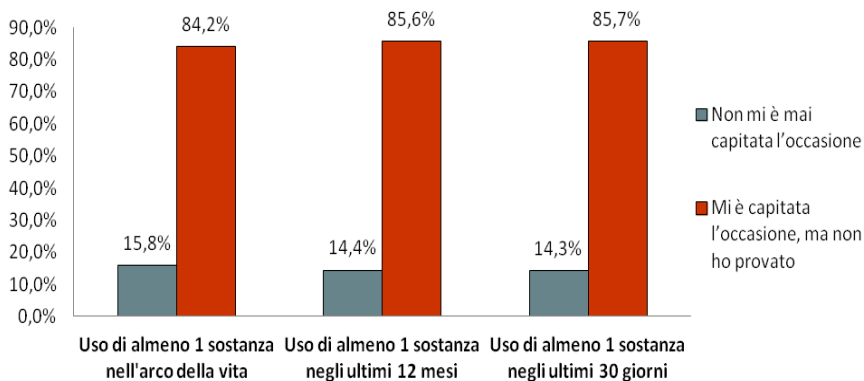
Figura 3: esperienza di intossicazione da alcool nella vita connessa all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita.



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

Di conseguenza, è ragionevole ipotizzare che, la prima esperienza di contatto con la droga, per quanto occasionale e sperimentale possa essere, ha una certa probabilità di evolvere successivamente in una maggiore contiguità che potrebbe rappresentare l'“anticamera del consumo”. Tale affermazione è supportata in parte da coloro che hanno dichiarato di aver avuto la possibilità di provare una sostanza senza farlo, in circa otto casi su dieci, infatti, coloro che hanno dichiarato di consumare almeno una sostanza hanno avuto questa occasione di contatto che sembra pilotare il consumo di droghe (Figura 4).

Figura 4: uso di almeno una sostanza nell’arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni connessa all’occasione di provare una sostanza.



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

Potremmo forse ipotizzare che il contatto visivo e fisico con le sostanze, rappresenti un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l'uso rispetto ad altre variabili di natura socio demografica, come sostenuto da tutta una letteratura scientifica che il più delle volte non supporta tali tesi in modo empirico. Questa considerazione riporta alla mente quanto spesso ipotizzato e, per certi versi sostenuto con evidenze scientifiche, ovvero il legame sempre più stretto tra disponibilità e consumo. Altri elementi per delineare una tipologia di consumo sono i luoghi e le persone con cui si era la prima volta che si è consumata una sostanza. Il luogo primario di consumo, collegato alla prima volta in cui è stata provata una sostanza, viene identificato con tre situazioni molto diverse tra loro: quasi la metà degli intervistati (45,8%) dichiara che il primo con-

sumo è avvenuto in contesti outdoor come strada, piazza, parco o villa. Alta è anche la percentuale di risposte che individua la casa propria (24,7%) o di amici (33,7%) come luogo dove è avvenuto il primo uso, mentre un 25% dichiara di averlo fatto in locali quali discoteca, pub, bar. Al di là del fatto che, in generale, la distribuzione nelle risposte sembra giustificare ancora, inequivocabilmente, la necessità di insistere con strategie di riduzione dei rischi implementate attraverso il lavoro di prevenzione sulla strada ed in locali, diventa più incombente diffondere strategie d'intervento collegate a contesti in-door, come una casa o la scuola stessa, in cui però rimane ancora difficile lavorare in termini di riduzione dei rischi e non solo di prevenzione, nonostante i dati ci dicano che diventi sempre più importante.

Confrontando i dati dell'indagine del 2010 con quelli del 2011 si registra un calo di 2,2% dei consumi alcolici nell'arco della vita, mentre si registra una crescita dell'8,8% sul consumo di alcolici negli ultimi 30 giorni. Per quanto riguarda l'esperienza dell'intossicazione alcolica si ha un decremento del 1,8% per l'arco della vita e del 1,3% per gli ultimi 30 giorni. Oltre questo calo non si registrano andamenti in controtendenza rispetto al 2010.

In merito all'aumento del consumo negli ultimi 30 giorni nel 2011, bisogna ricordare che l'uso dell'alcol nella cultura italiana è un rituale di legame quindi imitato e accettato dagli adolescenti e dalla società.

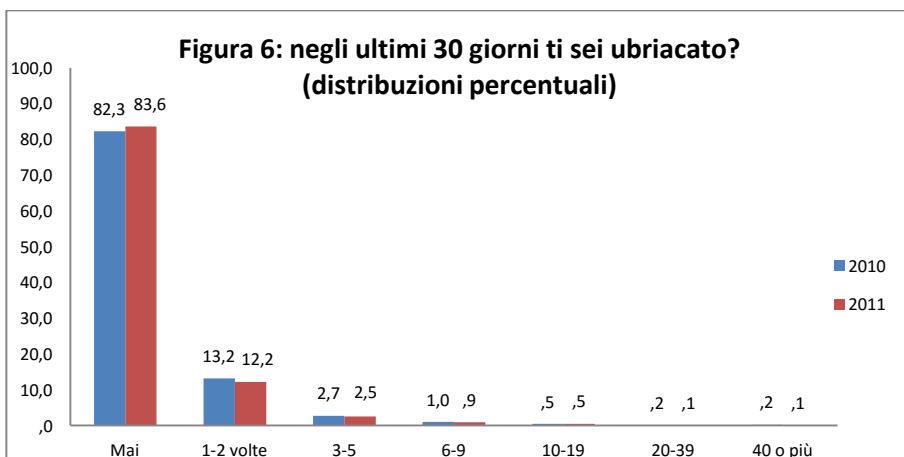
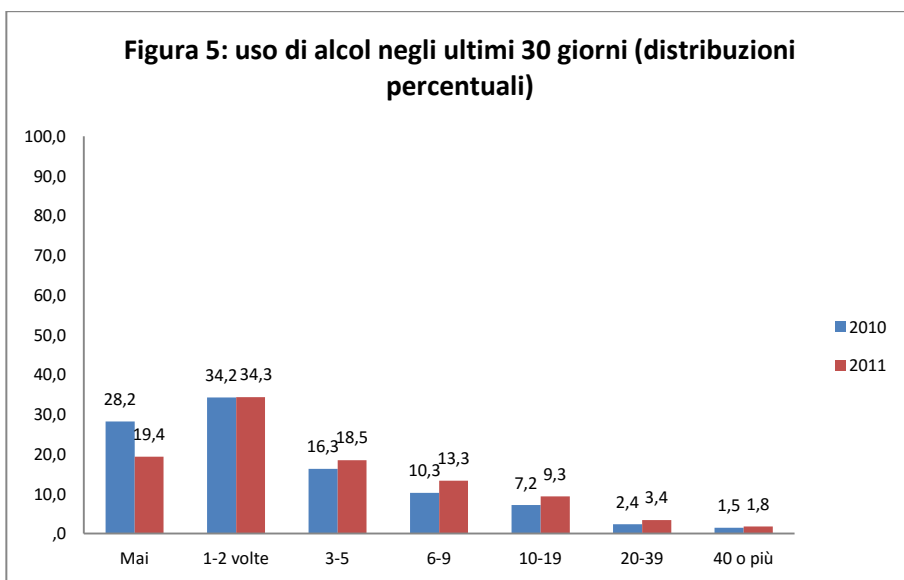
L'approccio all'alcol, per molti di questi studenti, è vissuto come un'esplorazione delle proprie possibilità (più nei maschi che nelle femmine), dei propri limiti, una sperimentazione di sé che può arrivare fino all'ubriacatura (sperimentata più dai ragazzi che dalle ragazze).

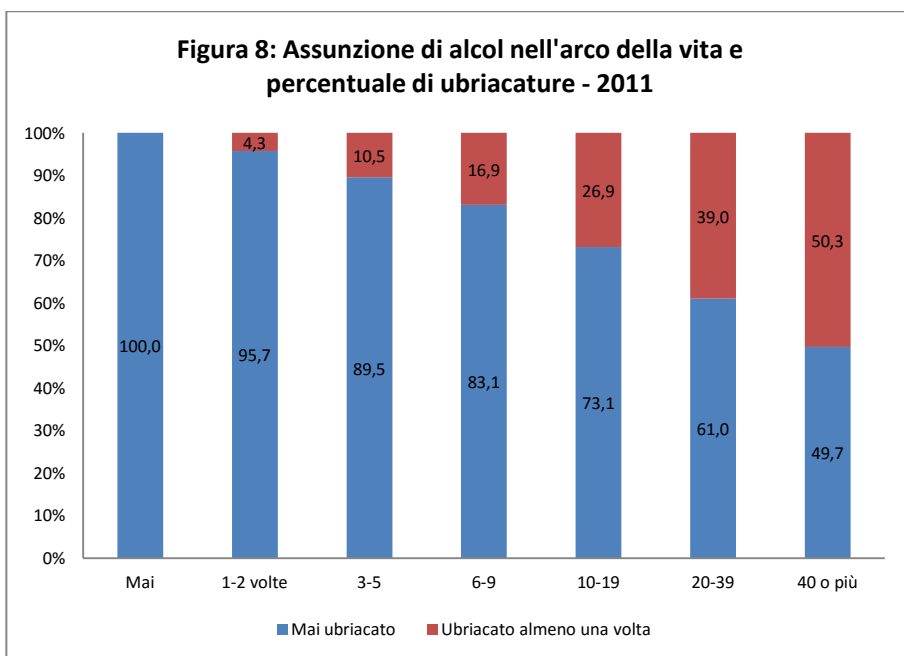
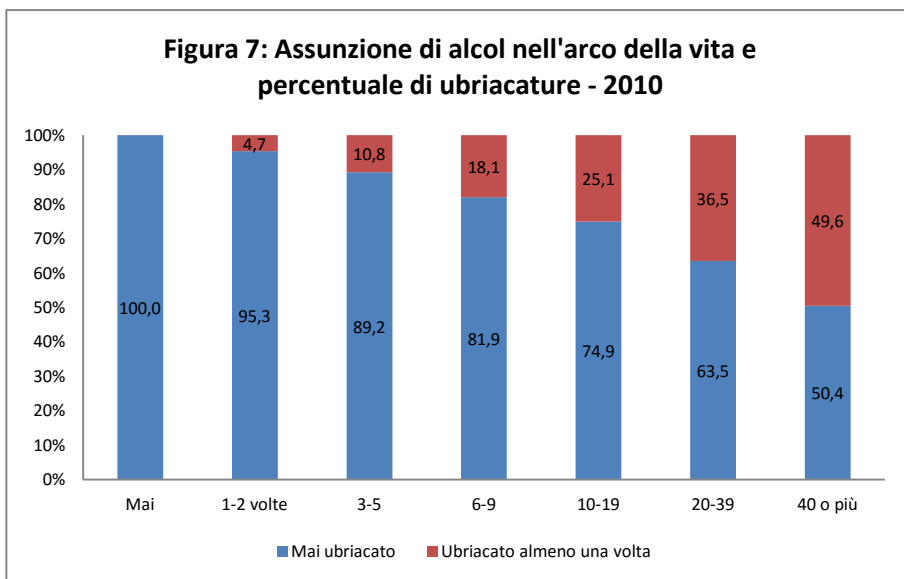
Naturalmente, esistono molti altri modi per sperimentarsi, ma per molti adolescenti il consumo di alcol, anche smodato, rimane uno dei modi più facilmente accessibili e culturalmente accettati per realizzare una qualche forma di esplorazione e sperimentazione, in cui è anche contemplata una certa dose di trasgressione verso il mondo adulto. Gli studenti che hanno dichiarato di avere avuto un'ubriacatura nell'arco della loro vita sono circa la metà e due su dieci negli ultimi 30 giorni.

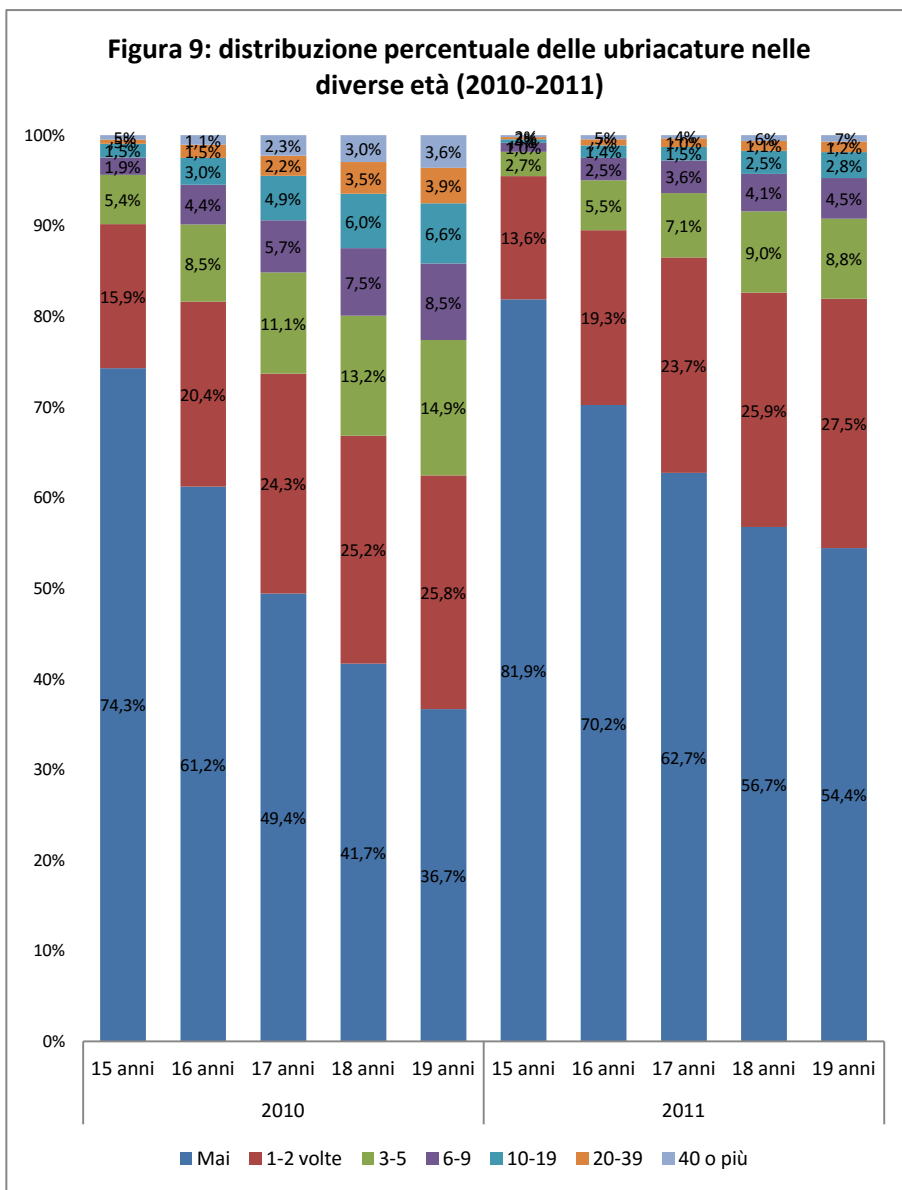
Il gruppo dei forti bevitori, o coloro che dichiarano di assumere alcol quotidianamente o quasi negli ultimi 30 giorni (Figura 5), ricerca l'alterazione non solo con l'alcol, ma anche con altre sostanze psicoattive, circa la metà di questi assume una o più sostanze e nel 2011 sono cresciuti in percentuale i consumatori.

Per coloro che si sono ubriacati negli ultimi 30 giorni (Figura 6) l'uso di sostanze assume un forte rilievo (circa la metà assume sostanze psicotrope) fino ad un certo numero di ubriacature oltre le quali il consumo decresce a favore di uno sballo alcolico e un probabile problema di alcolismo.

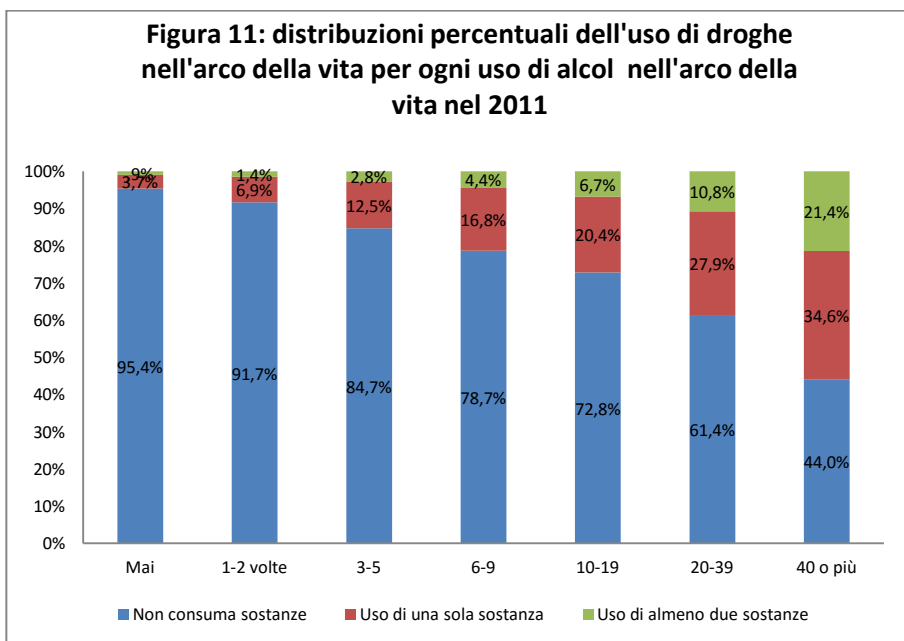
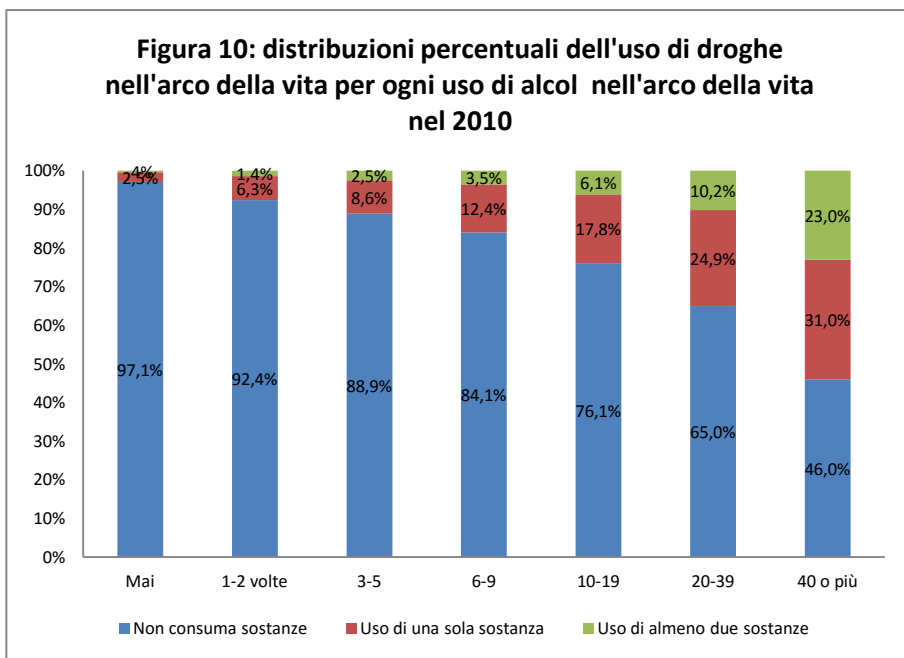
Si registra che il consumo di sostanze aumenta in relazione alla frequenza di assunzione di alcol e di intossicazione alcolica (Figura 7 e Figura 8). Nella Figura 9 si può osservare l'andamento dell'intossicazione alcolica nelle diverse età.





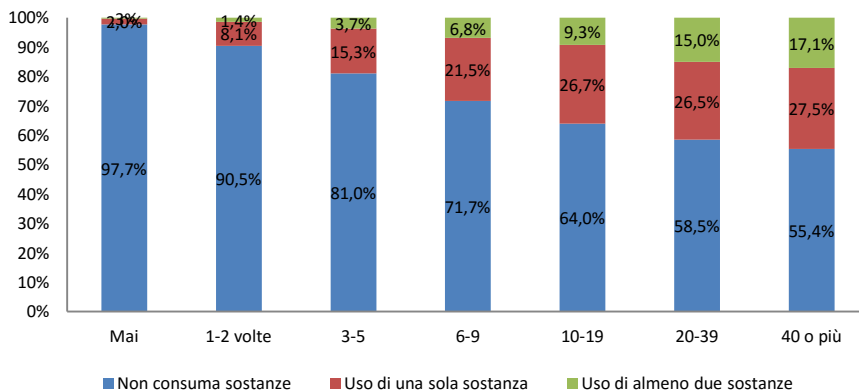


Nelle Figure 10-15 (Fonte: Studio SPS-ITA 2010, 2011 Dipartimento Politiche Antidroga), si legge bene la correlazione tra alcol e sostanze psicoattive illegali e soprattutto l'emergere del poliuso, la cui conseguenze sulla salute si possono misurare con un indicatore come sarà riportato nel seguito (Fabi et al, 2014 e Mammone et al 2015).

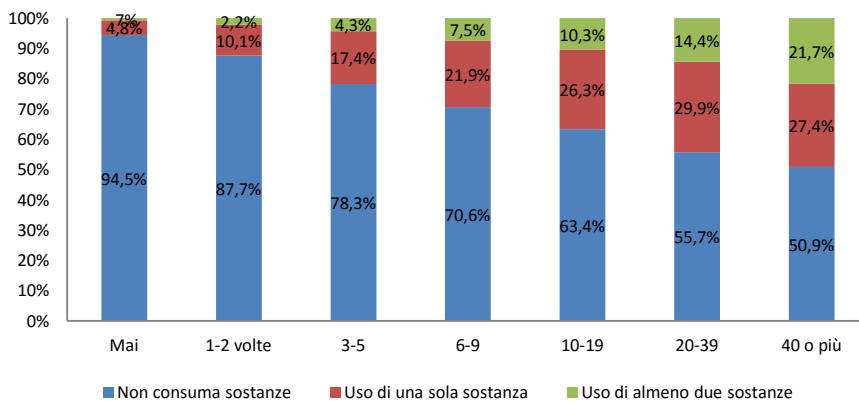




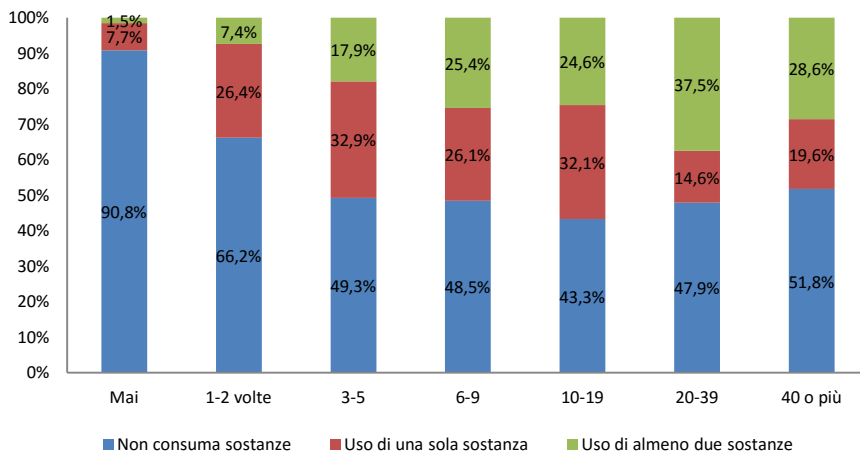
**Figura 12: distribuzioni percentuali dell'uso di droghe negli ultimi 30 giorni, per ogni uso di alcol negli ultimi 30 giorni nel 2010**



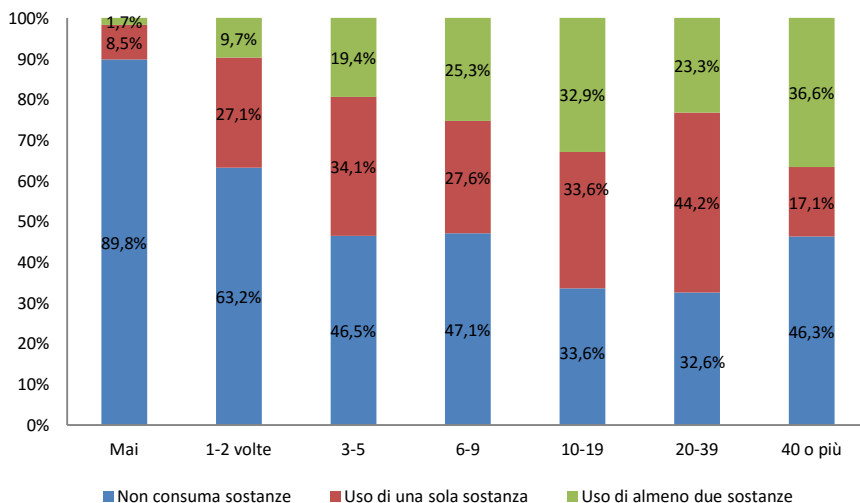
**Figura 13: distribuzioni percentuali dell'uso di droghe negli ultimi 30 giorni, per ogni uso di alcol negli ultimi 30 giorni nel 2011**



**Figura 14: distribuzioni percentuali dell'uso di droghe negli ultimi 30 giorni, per numero di ubriacature ultimi 30 giorni nel 2010**



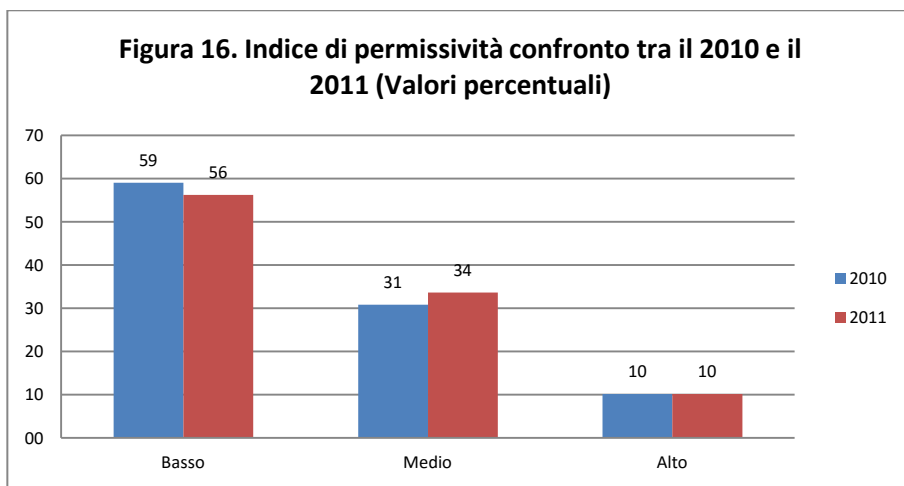
**Figura 15: distribuzioni percentuali dell'uso di droghe negli ultimi 30 giorni, per numero di ubriacature ultimi 30 giorni nel 2011**



## Tra permissività e trasgressione

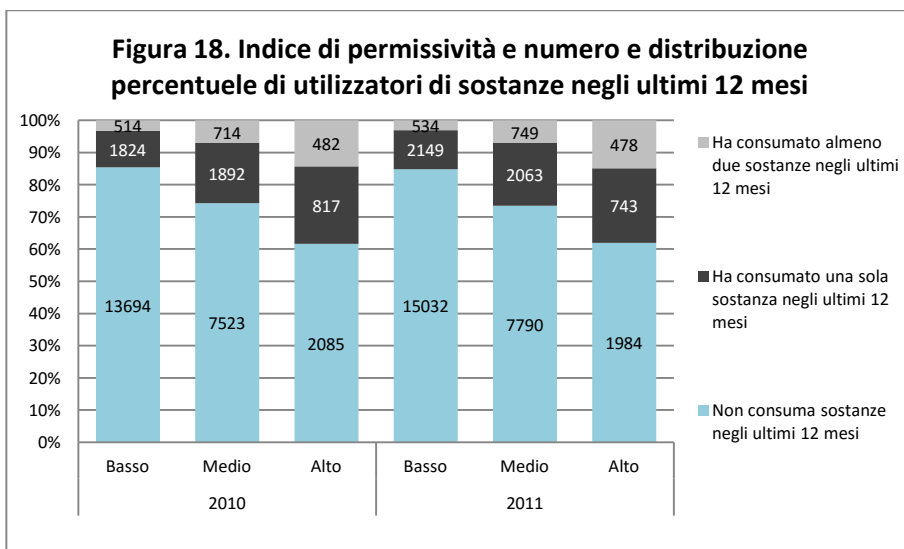
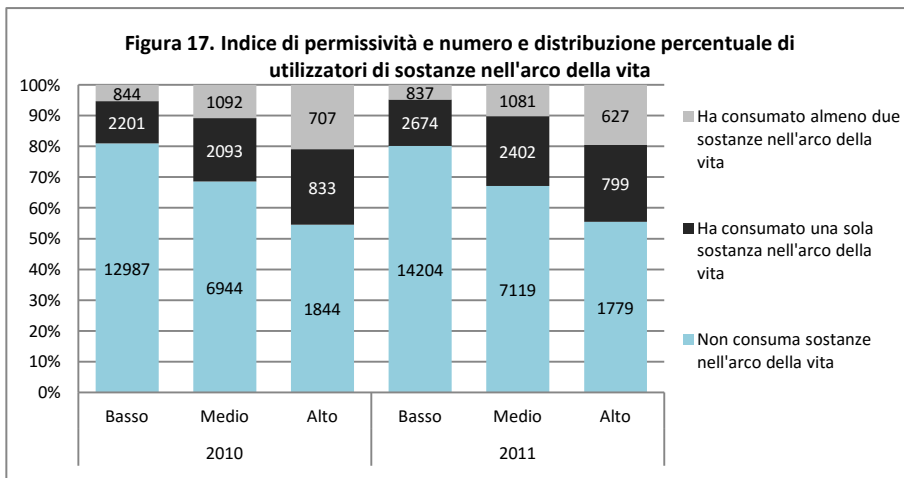
Intendiamo per “permissività” un insieme di atteggiamenti che caratterizzano una parte della popolazione esaminata, come ad esempio avere o non avere regole precise di condotta dentro e fuori casa e comunicare ai propri genitori con chi si trascorre il proprio tempo e quali luoghi si frequenta. Possiamo così costruire un “indice di permissività”<sup>4</sup> che raggruppa in tre classi (alta, media, bassa) i comportamenti considerati (Rey et al., 2011). Sintetizzando, in base all’indice costruito, solo il 10% sia per il 2010 sia per il 2011 denota una permissività alta. Il 59% per il 2010 e il 56% per il 2011 registrano una bassa permissività (Figura 16).

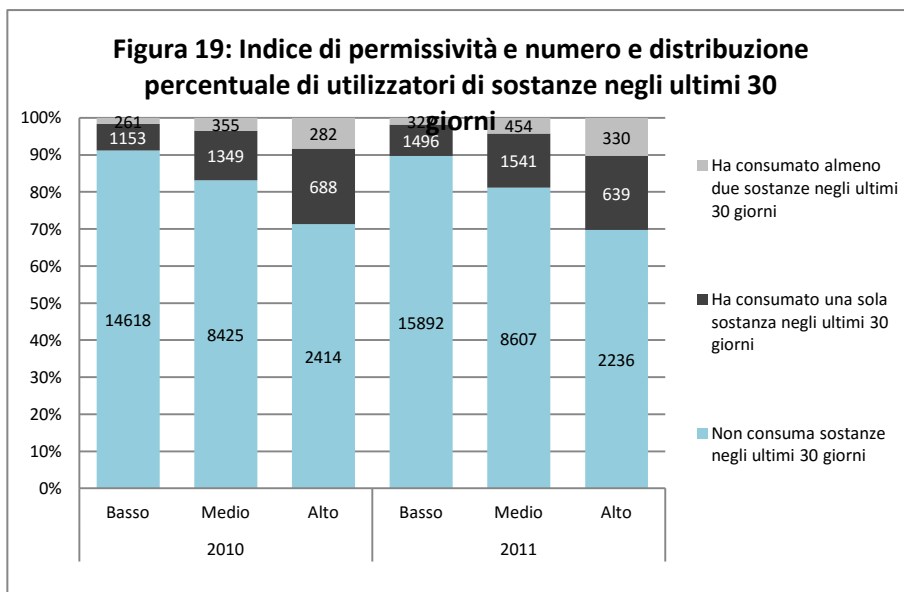
Considerando una possibile relazione tra permissività e prossimità alle droghe, osserviamo che nei tre gruppi (ad alta, media e bassa permissività) la proporzione di coloro che hanno assunto una o più sostanze, rispetto a coloro che non ne hanno fatto uso, è superiore nella fascia di alta permissività (Figure 17-19). Quindi, l’alta permissività risulta un fattore significativamente predisponente all’uso di droghe, ovviamente insieme ad altri fattori latenti.



<sup>4</sup>L’indice di permissività è stato costruito, considerando la somma dei quattro item proposti agli intervistati:

- a) 38.1 Mio padre/madre stabiliscono regole precise sul mio comportamento a casa
- b) 38.3 Mio padre/madre stabiliscono regole precise sul mio comportamento fuori casa
- c) 38.5 Mio padre/madre sanno dove e con chi sono la sera
- d) 39 I tuoi genitori sanno dove trascorri il sabato sera?





L'analisi dei dati effettuata permette già di identificare alcuni "fattori di rischio" per l'uso di droghe, che si possono ulteriormente approfondire ed essere usati per la programmazione e poi valutazione di interventi di prevenzione.

### **Regressione logistica binaria applicata ai dati delle indagini SPS-ITA 2010 e 2011 e costruzione dell'Indice di Propensione all'Uso.**

I dati a nostra disposizione hanno permesso di effettuare una regressione logistica binaria sui fattori predittivi all'utilizzo di sostanze psicotrope e di costruire un indice per la propensione all'uso. Per la regressione logistica binaria sono stati presi in considerazione fattori di rischio che riguardano un'articolata interazione tra fattori individuali e ambientali, quali il comportamento, la sfera delle relazioni e le regole imposte fuori e dentro casa dai genitori degli intervistati, la contiguità alle sostanze (Rey et al., 2011). Questi fattori di rischio, che nell'analisi logistica binaria sono le covariate del modello, riguardano:

- il grado di libertà nel contesto familiare (indice di permissività<sup>5</sup>)
- il grado di soddisfazione nel rapporto con padre e madre<sup>2</sup>
- i giorni persi a scuola per mancanza di voglia<sup>3</sup>
- la frequenza dei giorni in cui esce<sup>4</sup>
- la numerosità di amici che fanno uso di sostanze<sup>5</sup>
- la quantità di denaro speso senza controllo dei genitori<sup>6</sup>.

Si è provveduto a rendere queste covariate binarie nelle modalità riportate dalla tabella che segue:

Tabella 2: Elenco delle covariate inserite nel modello di regressione logistica binaria

Covariate	Modalità	Codifica
Rapporto_padre	Rapporto soddisfacente	0
	Rapporto insoddisfacente	1
Rapporto_madre	Rapporto soddisfacente	0
	Rapporto insoddisfacente	1
Indice_permissività	Basso	0
	Alto	1
Giorni_persi_scuola_non_aveva_voglia	Nessuna o 1 giorno assenza	0
	Più di 1 giorno di assenza	1
Amici_usano_droghe	Nessun amico che usa droghe	0
	Almeno un amico che usa droghe	1
Esce_sera	Esce poco	0
	Esce molto	1
Spende_senza_controllo_genitori	< 30 €	0
	> 30 €	1

Per i dati di SPS-ITA 2010 il modello logistico, la cui predizione dipende dalle covariate disponibili, classifica correttamente il 79,0% dei soggetti intervistati mentre per l'indagine SPS ITA 2011 ben il 99,1 %. Al fine di rendere più solide le dimensioni scelte come covariate del modello si è

<sup>1</sup> aggregando le dom. 38.1 38.3 38.5 e 39

<sup>2</sup> ricodificando le dom. 37a e 37b

<sup>3</sup> ricodificando la dom. 4.2

<sup>4</sup> ricodificando la dom. 3.2

<sup>5</sup> ricodificando la dom. 31

<sup>6</sup> ricodificando la dom. A5

proceduto ad applicare gli odds ratio ( $\exp(\beta_k)$ ) da cui si deduce l'apporto delle covariate alla risposta uso di sostanze) ottenuti dall'indagine SPS-ITA 2010 sui dati acquisiti con l'indagine SPS-ITA 2011 e viceversa.

La regressione logistica binaria si utilizza quando si desidera prevedere la presenza/assenza di una caratteristica o di un risultato in base ai valori assunti da un insieme di variabili indipendenti dette *covariate*. È simile al modello di regressione lineare ma si adatta meglio a quei casi in cui la variabile dipendente da predire è categorica e, più in particolare, quand'è dicotomica (binaria).

In questo contesto il modello logistico viene utilizzato per mettere in relazione la variabile binaria dipendente  $Y$ , che assume valore 1 se l'intervistato indica di aver fatto USO di sostanze illegali e il valore 0 se indica di NON aver fatto uso, con una serie di  $K$  variabili indipendenti anch'esse rese dicotomiche.

La funzione del modello viene descritta dall'equazione:

$$\text{logit } pr(y=1 | x) = \alpha + \sum_{k=1}^K \beta_k X_k$$

dove le  $X_k$  rappresentano le covariate e i  $\beta_k$  le stime dei parametri della logistica.

La costante  $\alpha$  rappresenta, per un soggetto, l'“odds” della probabilità di “aver fatto uso” quando tutte le  $K$  variabili indipendenti sono uguali a zero (Bishop, Fienberg, Holland, 1975) ovvero il caso in cui il modello classifica tutti i soggetti senza tener conto delle covariate disponibili.

La formulazione del modello prevede, inoltre, una stima dell'*odds ratio* (mediante  $\exp(\beta_k)$ ) come misura di associazione che approssima il rischio relativo, ossia la probabilità di “aver fatto uso” dato che si è esposti ad un fattore di rischio (ovvero la presenza di una covariata) rapportata alla probabilità di “aver fatto uso” dato che non si è esposti. In questo modo è possibile evidenziare, in base all'intensità di tali stime, se le covariate siano o meno predittori significativi e indipendenti dell'uso di sostanze, infatti, tanto più il valore della stima dell'*odds ratio* è maggiore di 1, tanto più la covariata ad essa corrispondente è da considerarsi predittiva dell'uso.

Il metodo utilizzato per selezionare le variabili da inserire ricorsivamente nel modello è lo *stepwise forward condizionale* o “*inserimento in avanti*”.

La tabella 3 mostra l'output della regressione logistica applicata ai dati SPS-ITA 2010.

	B	E.S.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI per EXP(B)	
							Inferiore	Superiore
Rapporto_madre	,259	,044	35,148	1	,000	1,296	1,190	1,412
Rapporto_padre	,331	,040	69,063	1	,000	1,392	1,287	1,505
Indice_permissività	,519	,039	180,562	1	,000	1,680	1,557	1,812
Giorni_persi_scuola_non aveva voglia	,728	,036	400,429	1	,000	2,071	1,929	2,224
Esce_sera	,890	,042	438,935	1	,000	2,435	2,241	2,647
Amici_usano_droghe	2,368	,050	2228,602	1	,000	10,673	9,674	11,776
Spende_senza_controllo	,677	,045	224,134	1	,000	1,968	1,801	2,150
Costante	-	,060	4609,935	1	,000	,017		
	4,059							

La tabella 4 mostra l'output della regressione logistica applicata ai dati SPS-ITA 2011.

	B	E.S.	Wald	d f	p- value	Exp( B)	95% CI per EXP(B)	
							Infe- riore	Superio- re
Rapporto_madre	,263	,040	43,783	1	,000	1,301	1,203	1,406
Rapporto_padre	,221	,036	37,899	1	,000	1,247	1,162	1,337
Indice_permissività	,493	,035	197,342	1	,000	1,637	1,529	1,754
Gior- ni_persi_scuola_non aveva_voglia	,611	,032	353,842	1	,000	1,842	1,728	1,963
Esce_sera	,824	,036	515,715	1	,000	2,280	2,123	2,448
Amici_usano_droghe	2,129	,041	2640,03	1	,000	8,403	7,748	9,114
Spen- de_senza_controllo	,573	,038	225,933	1	,000	1,774	1,646	1,912
Costante	-3,672	,049	5536,53	1	,000	,025		
				6				



Nelle tabelle dalla prima colonna a sinistra sono presenti le covariate nel modello, le stime dei coefficienti  $\beta$  della logistica, il loro errore standard, la statistica di Wald, il p-value che valuta la significatività del parametro e la stima degli odds ratio ( $\exp(\beta)$ ) dalla cui intensità si deduce l'apporto della relativa covariata sulla risposta uso di sostanze.

Si nota che, per entrambe le indagini, il contributo maggiore viene apportato dalla covariata “Amici che fanno uso di droghe” mentre importanti risultano “Esce molto la sera”, “Spende soldi senza il controllo genitoriale” e “l'indice di permissività”, un po' meno influisce il “rapporto insoddisfacente con i genitori”.

**Tabella 5: Riepilogo dell'elaborazione dei casi nell'analisi di regressione logistica sui dati dell'indagine Student Population Survey Italia 2010**

		N	%
Casi selezionati	Intervistati inclusi nell'analisi	26377	79,0
	Intervistati esclusi dall'analisi	6999	21,0
	Totale	33376	100,0
Casi non selezionati		0	0,0
Totale		33376	100,0

**Tabella 6: Riepilogo dell'elaborazione dei casi nell'analisi di regressione logistica sui dati dell'indagine Student Population Survey Italia 2011**

		N	%
Casi selezionati	Intervistati inclusi nell'analisi	31890	99,1
	Intervistati esclusi dall'analisi	296	0,9
	Totale	32186	100,0
Casi non selezionati		0	0,0
Totale		32186	100,0

### Indice di Propensione all'Uso

Con i risultati forniti dall'analisi logistica si è proceduto alla costruzione di un *indice di propensione all'uso* di sostanze psicotrope ottenuto attribuendo a ciascuna risposta, significativamente correlata con quelle dell'uso delle sostanze, il peso individuato dalla stima dell'odd-ratio ( $\exp(\beta)$ ) in entrambe le indagini.

Dette  $V_1 V_2 \dots V_n$  le covariate binarie prese in esame nella regressione logistica, definiamo **Indice di Propensione all'Uso (IPU)** la combinazione lineare:

$$\text{IPU} = \alpha + W_1 V_1 + W_2 V_2 + \dots + W_n V_n$$

dove  $W_1 W_2 \dots W_n$  sono i valori delle stime degli odd-ratios ed  $\alpha$  la costante che provengono dal modello.

L'indice di propensione all'uso di sostanze psicotrope può essere utilizzato per valutare gli intervistati che non hanno risposto alle domande sui consumi ma, soprattutto, per individuare le caratteristiche della parte di popolazione a rischio di utilizzo di sostanze.

Si è proceduto, mediante valori soglia, a ripartire l'Indice sia in quattro modalità (Bassa, Medio bassa, Medio alta, Alta) sia in due (Bassa-medio bassa e Medio alta-alta).

Lo si è, quindi, incrociato con le domande inerenti l'uso e poliuso di sostanze psicotrope nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni nelle due indagini SPS 2010 e SPS 2011; i grafici (Figure 20- che seguono descrivono la distribuzione di tali soggetti all'interno delle modalità dell'IPU.

Infine si è incrociato l'IPU con l'intossicazione alcolica (ubriacatura) e l'assunzione di alcol.

Fissando l'attenzione su coloro che dichiarano di aver fatto uso di almeno una sostanza, in entrambe le indagini si evince un IPU Medio alto-Alto per oltre il 40% degli intervistati nell'arco della vita; superiori al 30% per gli ultimi 12 mesi e al 20% per i consumatori più abituali (ultimi 30 giorni).

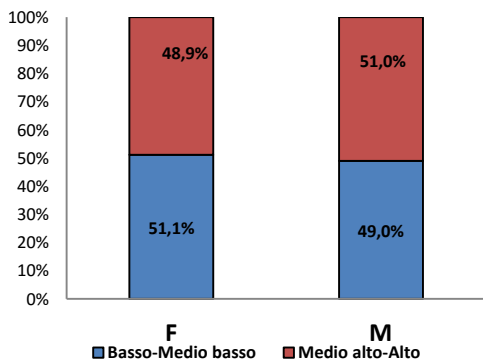
Tra coloro che dichiarano di non aver fatto uso, invece, l'IPU risulta essere prevalentemente Basso - Medio Basso. Questo implica che l'IPU individua e discrimina gli intervistati in base all'utilizzo di sostanze, confermando che i predittori presi in esame sono veri e propri *sintomi* correlati all'uso di sostanze.

Coloro che riferiscono di aver avuto una esperienza di intossicazione alcolica, che tra tutte le variabili ha la maggiore correlazione all'uso di sostanze nell'arco della vita, sono associati alla modalità Medio alta – Alta.

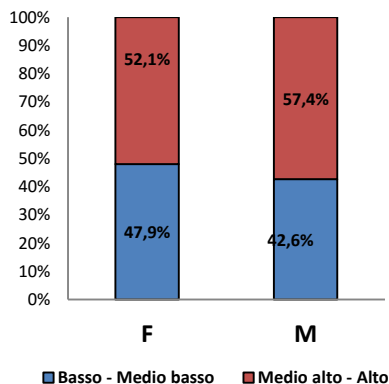
Quel che risulta evidente, da tutti i grafici che seguono, e che caratterizza l'IPU, è la maggiore intensità della modalità Alta sulla Bassa negli intervistati che dichiarano di aver fatto uso di sostanze (anche poliuso) e di alcol, mentre avviene esattamente il contrario per coloro che hanno dichiarato di non averne mai fatto uso.

L'indice rappresentato per genere evidenzia un andamento del tutto sovrapponibile nei due anni presi in considerazione.

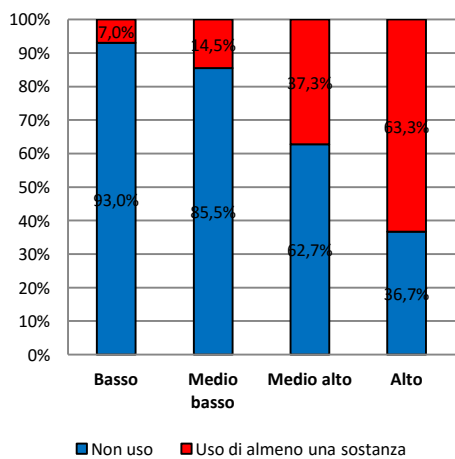
**Figura 20: IPU in relazione al genere (2010)**



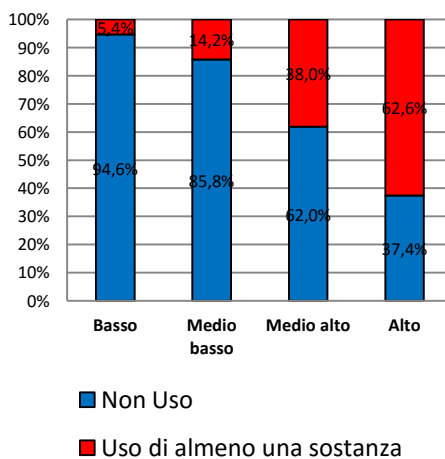
**Figura 21: IPU in relazione al genere (2011)**



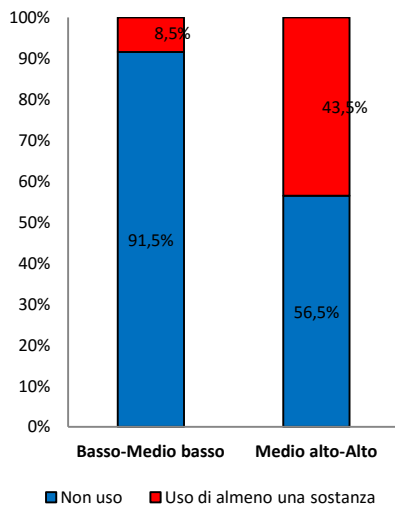
**Figura 22: Uso vita al variare dell'IPU (2010)**



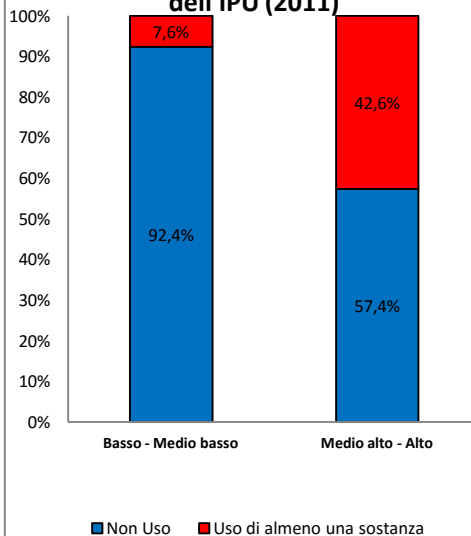
**Figura 23: Uso nella vita al variare dell'IPU (2011)**



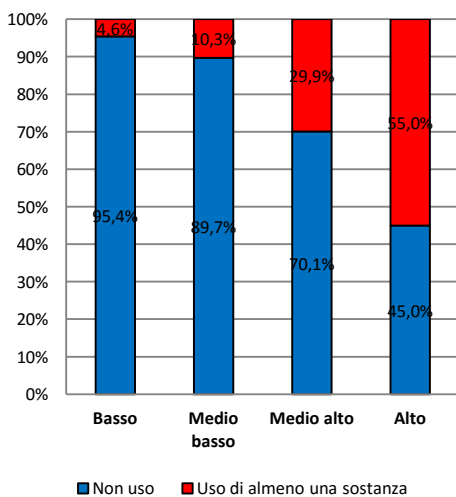
**Figura 24: Uso vita al variare dell'IPU (2010)**



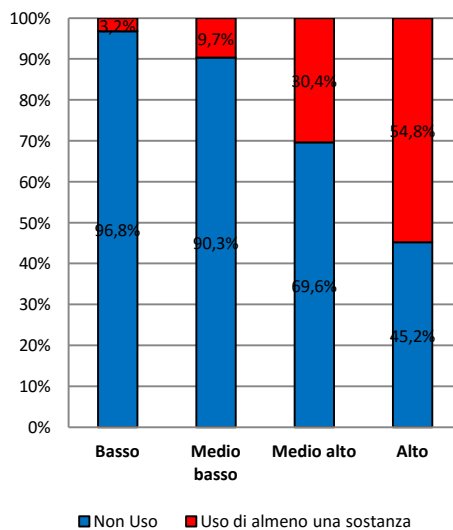
**Figura 25: Uso vita al variare dell'IPU (2011)**



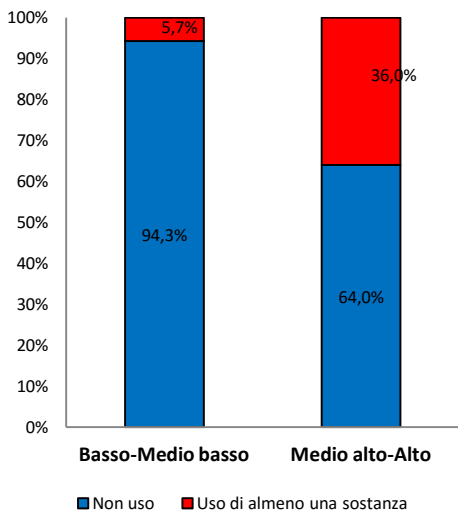
**Figura 26: Uso 12 mesi IPU (2010)**



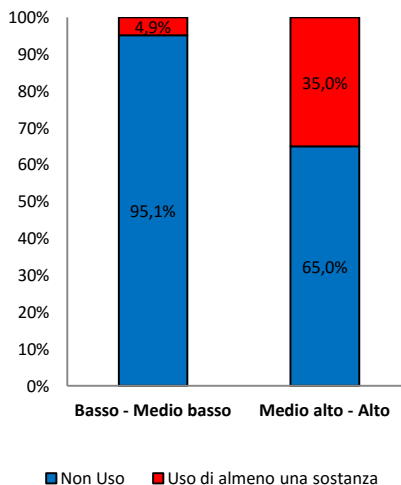
**Figura 27: Uso 12 mesi IPU(2011)**



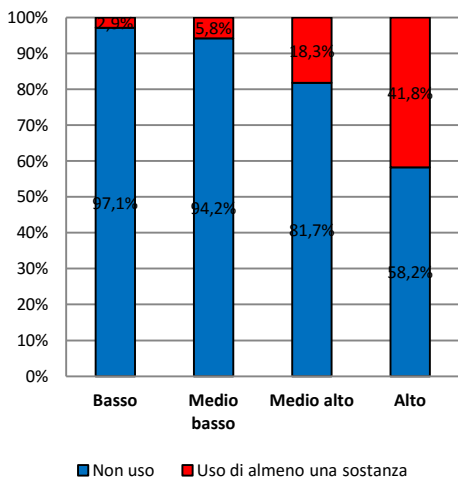
**Figura 28: Uso 12 mesi IPU(2010)**



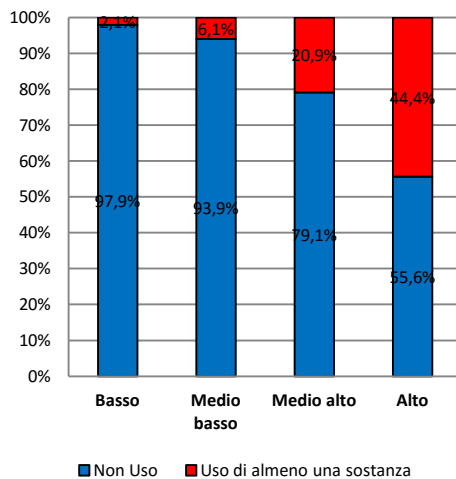
**Figura 29: Uso 12 mesi IPU (2011)**

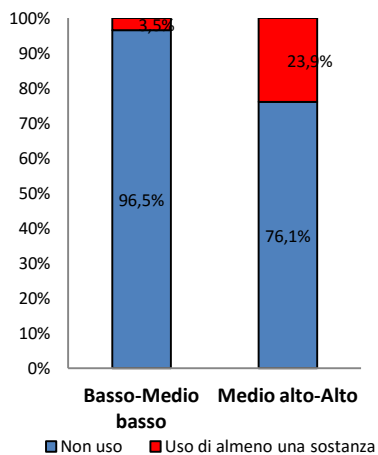
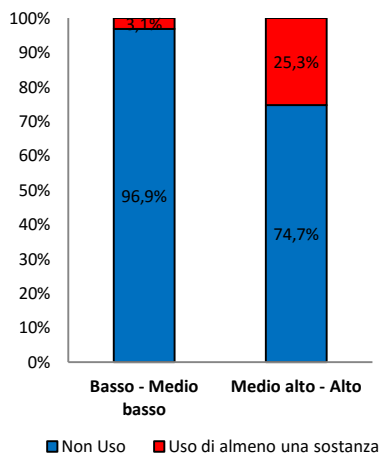
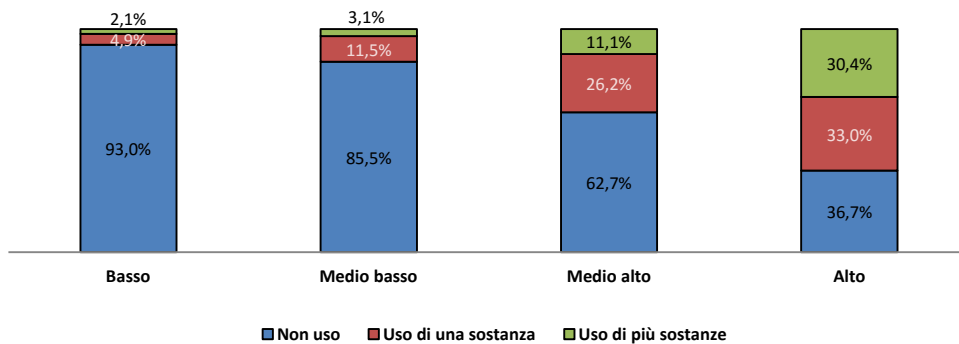


**Figura 30: Uso 30 gg IPU (2010)**

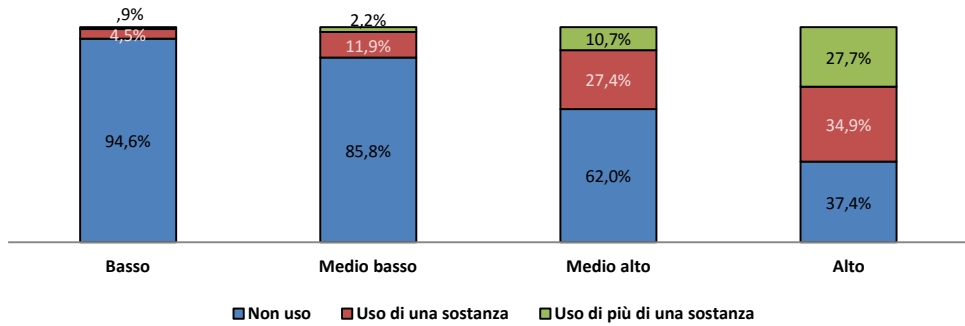


**Figura 31: Uso 30 gg IPU (2011)**

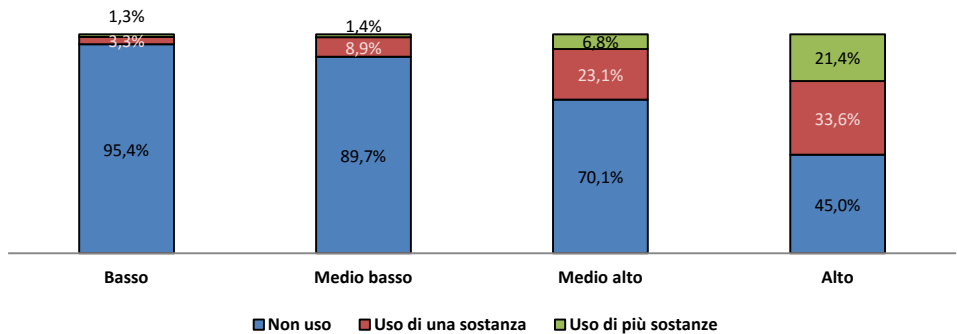


**Figura 32: Uso 30 gg IPU (2010)****Figura 33: Uso 30 gg IPU (2011)****Figura 34: Uso e poliuso vita IPU (2010)**

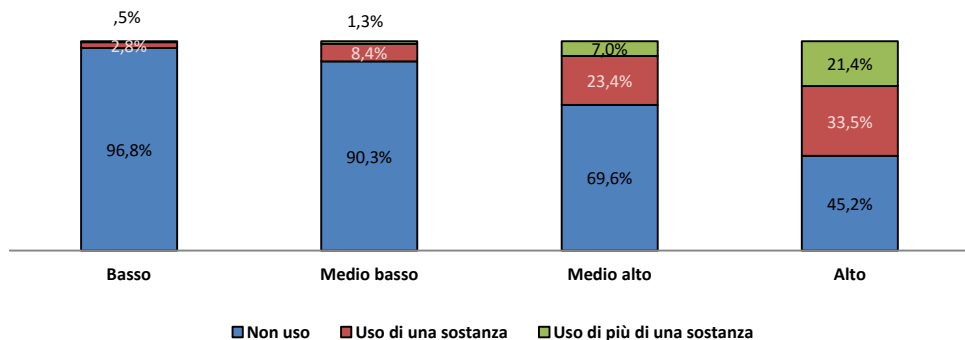
**Figura 35: Uso e poliuso vita IPU (2011)**

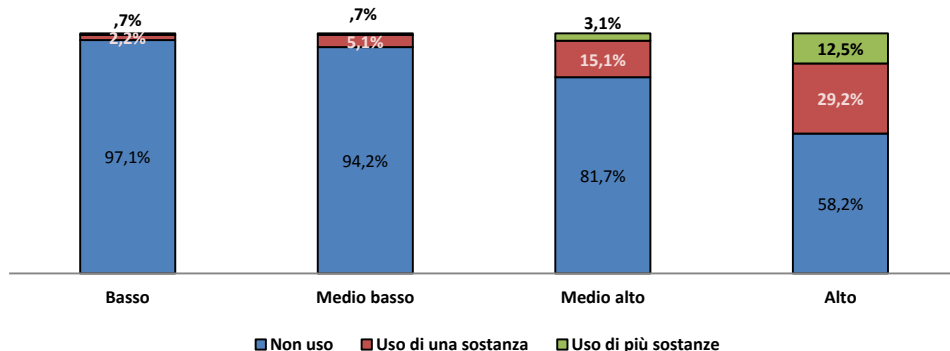
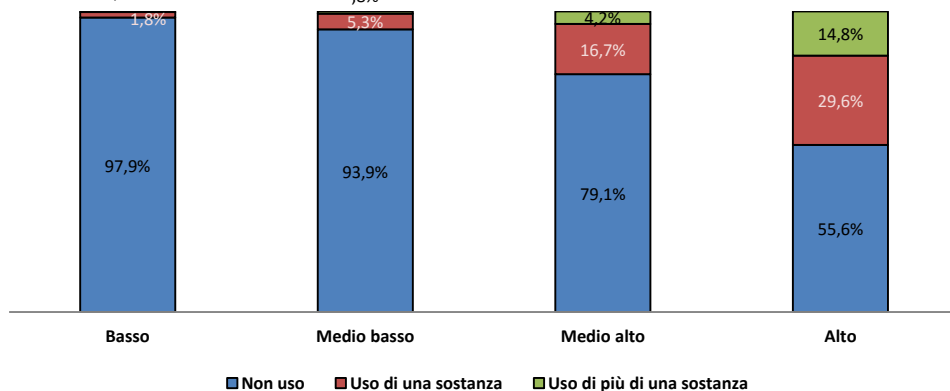


**Figura 36: Uso e poliuso 12 mesi IPU (2010)**



**Figura 37: Uso e poliuso 12 mesi IPU (2011)**

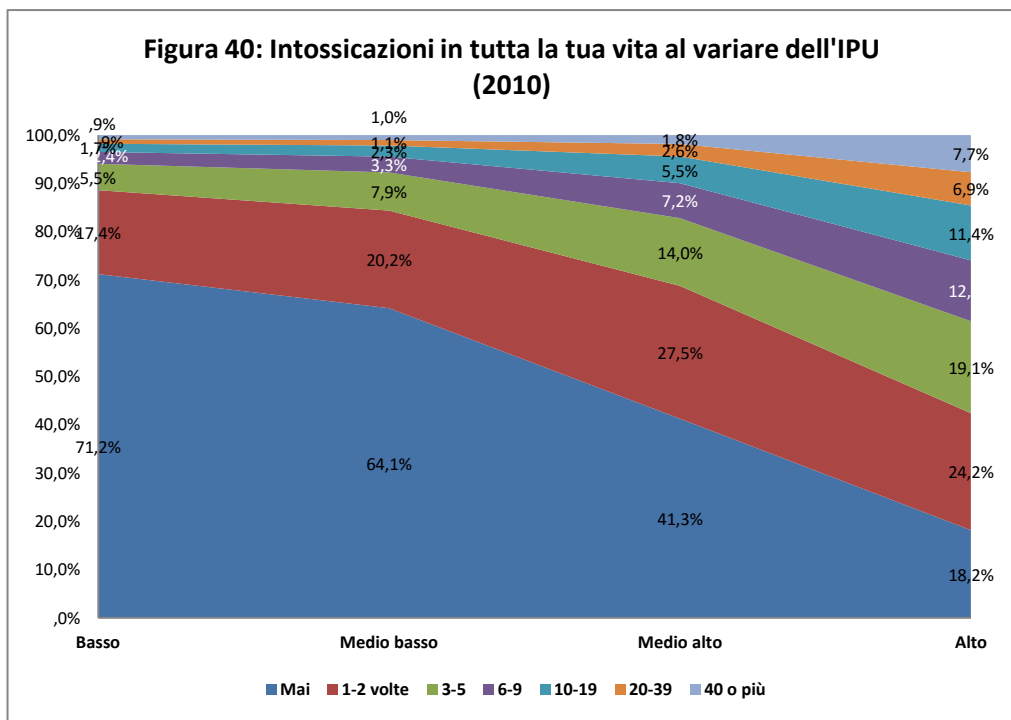


**Figura 38: Uso e poliuso 30 giorni IPU (2010)****Figura 39: Uso e poliuso 30 giorni IPU (2011)**

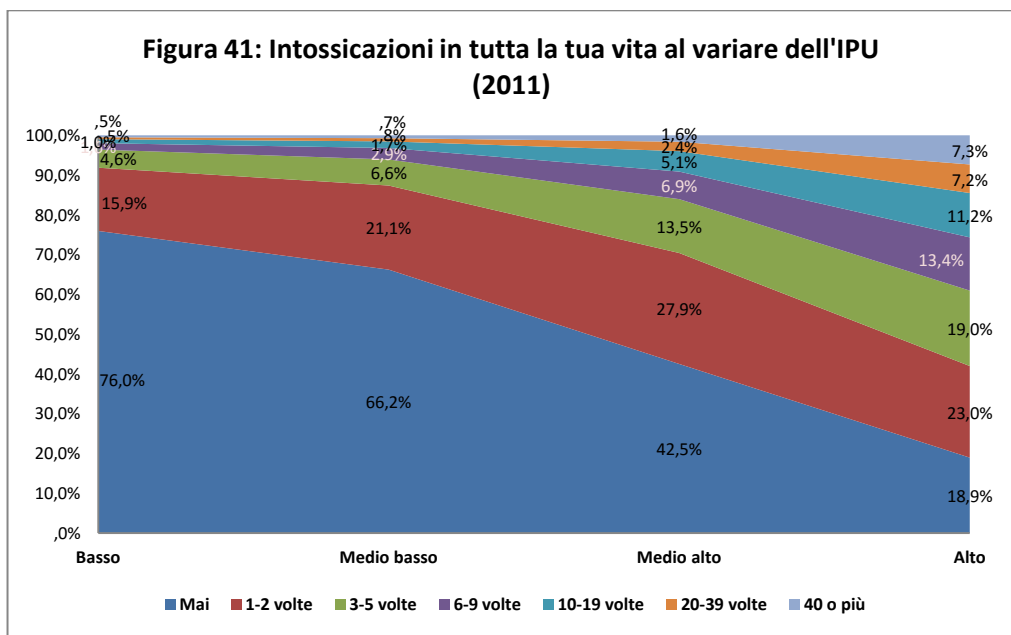
Anche incrociando l'IPU con comportamenti a rischio quali l'assunzione di Alcol ed essersi ubriacato si evidenzia la capacità dell'indice di discriminare i bevitori più assidui da quelli occasionali, infatti è evidente il suo andamento crescente: più aumenta il numero di ubriacature e di consumo di alcolici e più l'IPU Alto è predominante rispetto alla modalità Basso, mentre quando l'intervistato dichiara di non aver mai assunto comportamenti a rischio la modalità prevalente dell'indice è Bassa (71,2%).



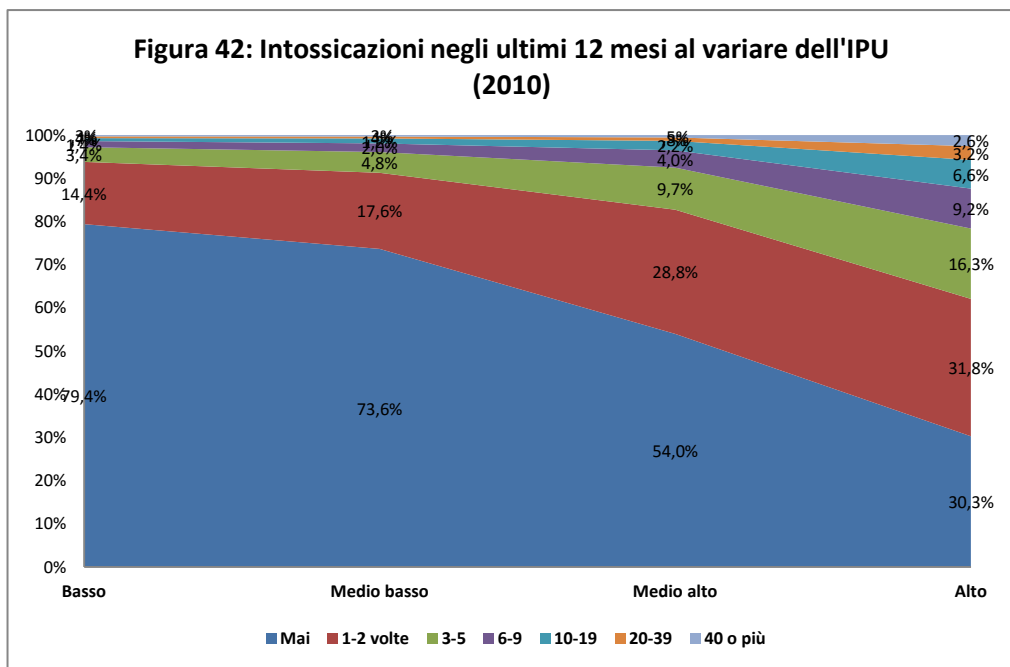
**Figura 40: Intossicazioni in tutta la tua vita al variare dell'IPU (2010)**



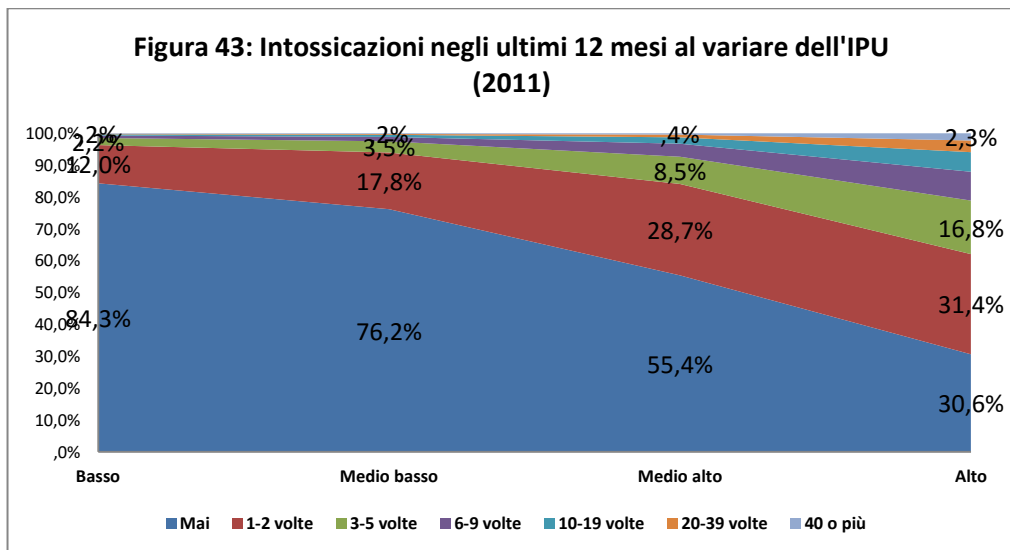
**Figura 41: Intossicazioni in tutta la tua vita al variare dell'IPU (2011)**



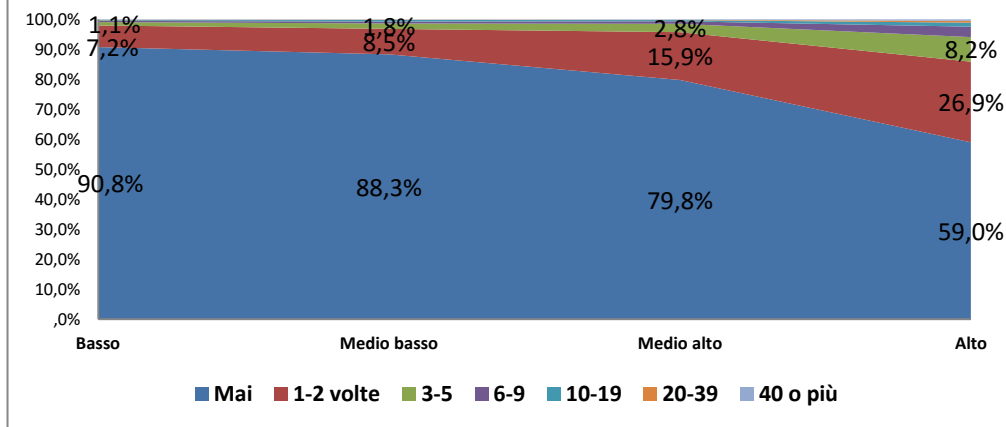
**Figura 42: Intossicazioni negli ultimi 12 mesi al variare dell'IPU (2010)**



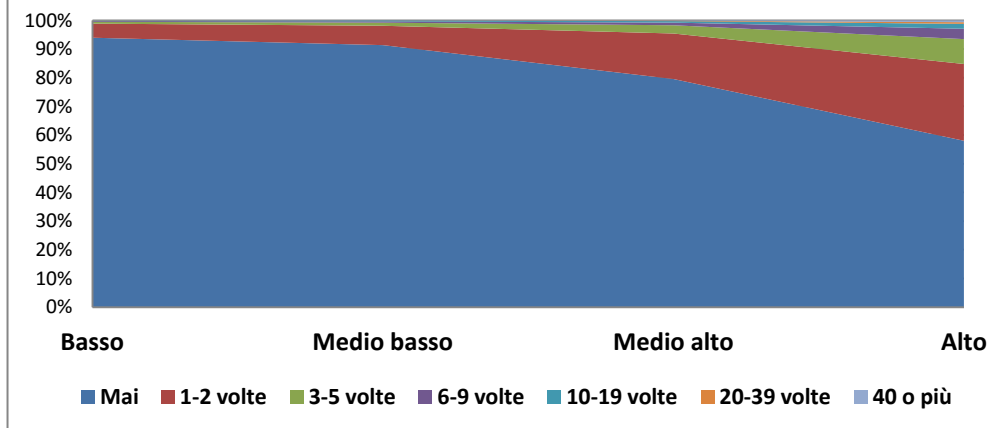
**Figura 43: Intossicazioni negli ultimi 12 mesi al variare dell'IPU (2011)**

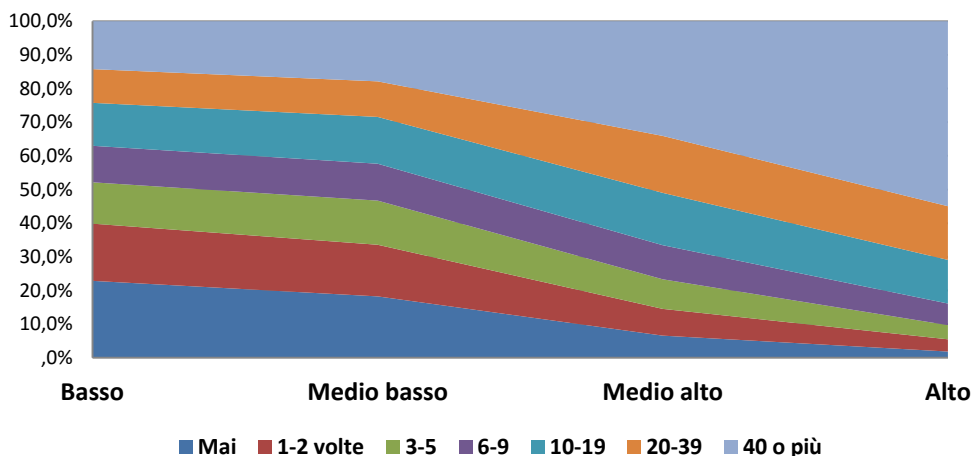
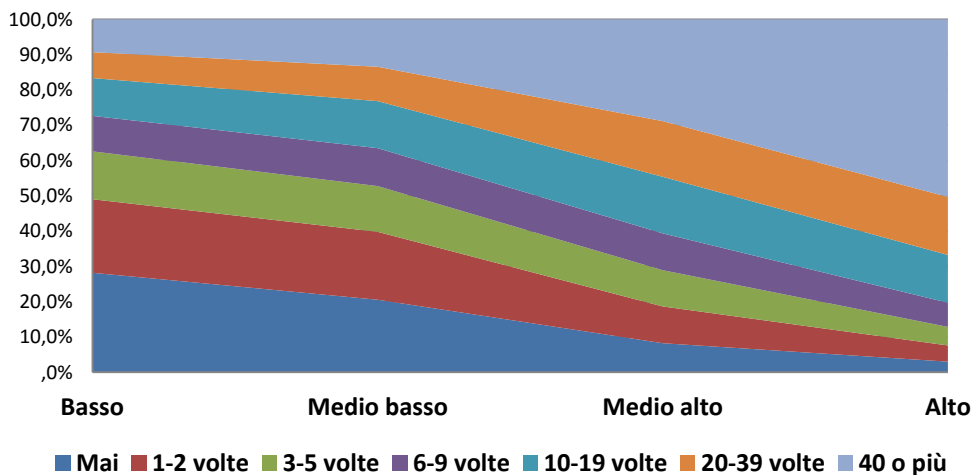


**Figura 44: Intossicazioni negli ultimi 30 giorni al variare dell'IPU (2010)**

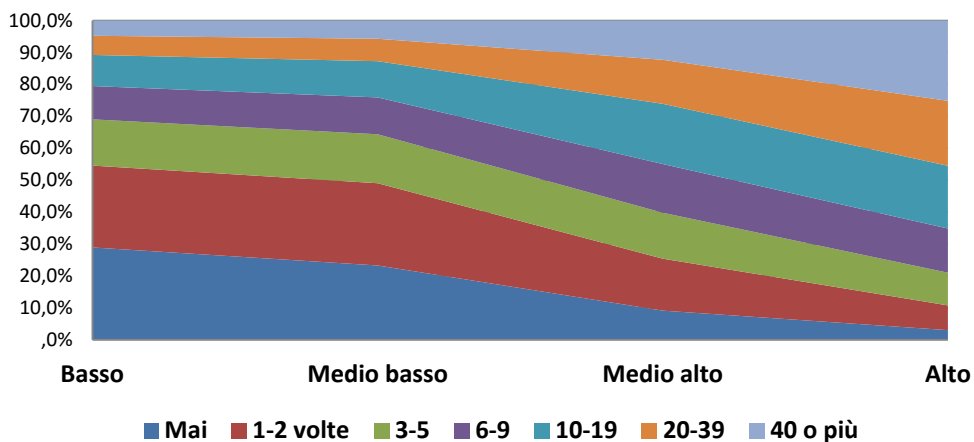


**Figura 45: Negli ultimi 30 giorni ti sei intossicato IPU (2011)**

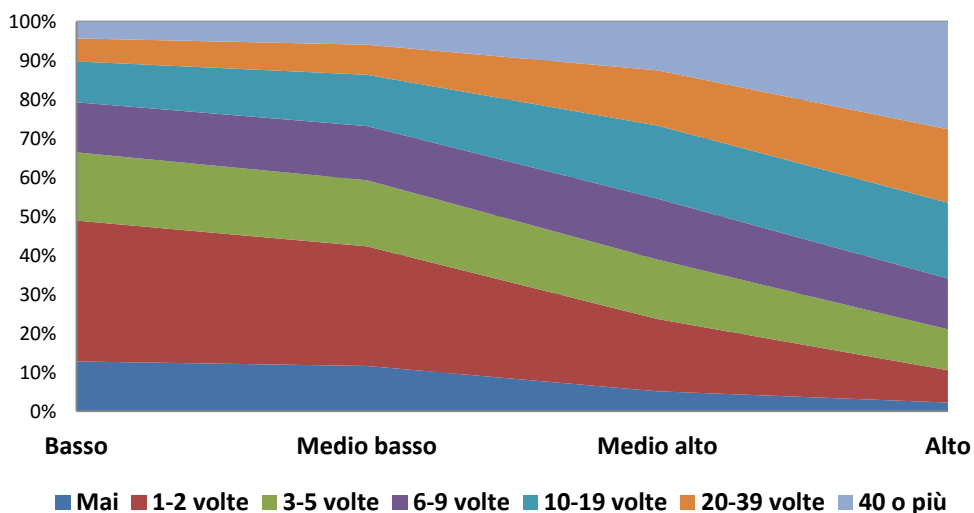


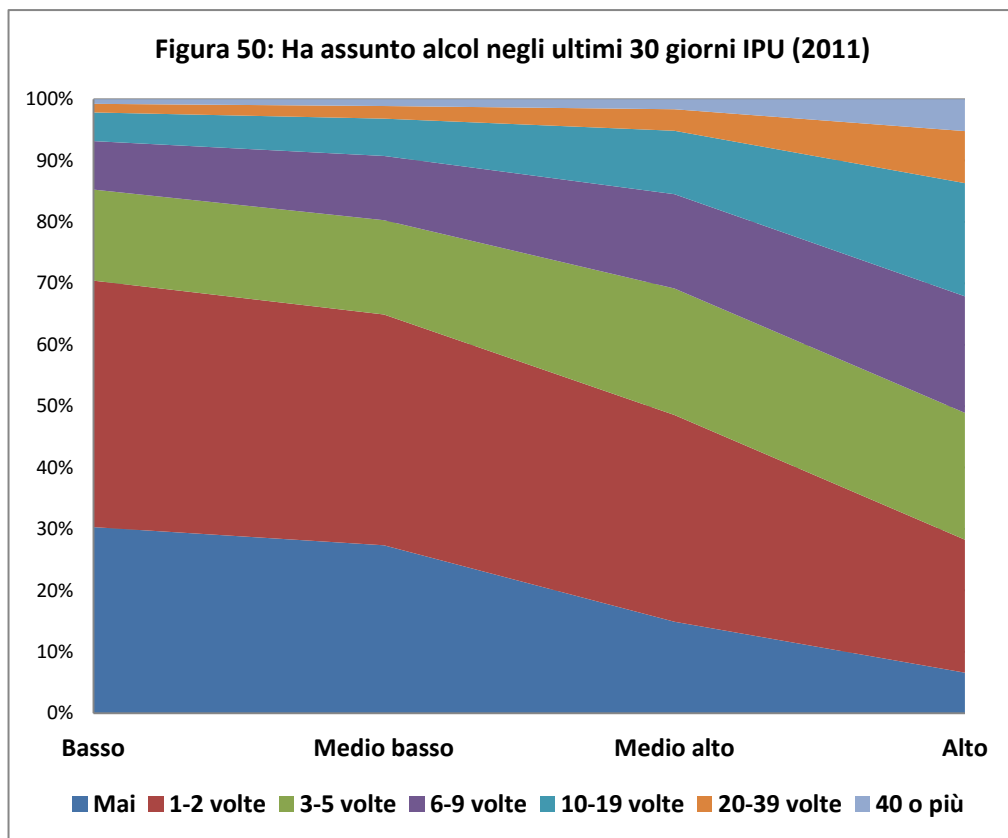
**Figura 46: Ha assunto alcol nell'arco della vita IPU (2010)****Figura 47: Ha assunto alcol nell'arco della vita IPU (2011)**

**Figura 48: Ha assunto alcol negli ultimi 12 mesi IPU (2010)**



**Figura 49: Ha assunto alcol negli ultimi 12 mesi IPU (2011)**





In sintesi possiamo concludere che l'indice, costruito utilizzando variabili relazionali-comportamentali, ha gli stessi andamenti per entrambe le indagini risultando un solido indicatore discriminante.

L'IPU va a intercettare coloro che, più facilmente di altri, possono diventare consumatori assidui, proprio perché il loro consumo è associato a caratteristiche soggettive, quali il forte conflitto genitoriale, le difficili relazioni interpersonali o a situazioni in cui c'è una forte presenza di consumo tra la rete sociale primaria e non a situazioni occasionali quali consumo in feste o in contesti ricreativi.

A tal proposito i fattori di rischio individuati vanno a sostegno di modelli di prevenzione che completano le strategie universali fornendo interventi selettivi mirati a coloro che più di altri corrono il rischio di diventare consumatori abituali.

I risultati dell'IPU hanno evidenziato la necessità di accrescere le conoscenze e la comprensione dei comportamenti a rischio,

concentrandosi sugli aspetti psico-sociali degli intervistati per meglio identificare e migliorare modelli e pratiche di prevenzione, in particolare per sviluppare percorsi di educazione alla salute da inserire nella attività della scuola dell'obbligo.

Qualche esempio di azione che dovrebbe essere implementata, visti i risultati dell'IPU, sarebbe quella di rafforzare il sostegno ai genitori offrendo chiavi di lettura e strumenti per la relazione di aiuto al minore, una formazione che aiuti a stabilire delle regole, una disciplina moderata e coerente che rafforzi regole familiari ben definite. Implementare l'informazione e l'educazione sulle droghe per rafforzare ciò che i figli stanno apprendendo, aprendo così alla famiglia l'opportunità di discutere sull'abuso di sostanze legali ed illegali.

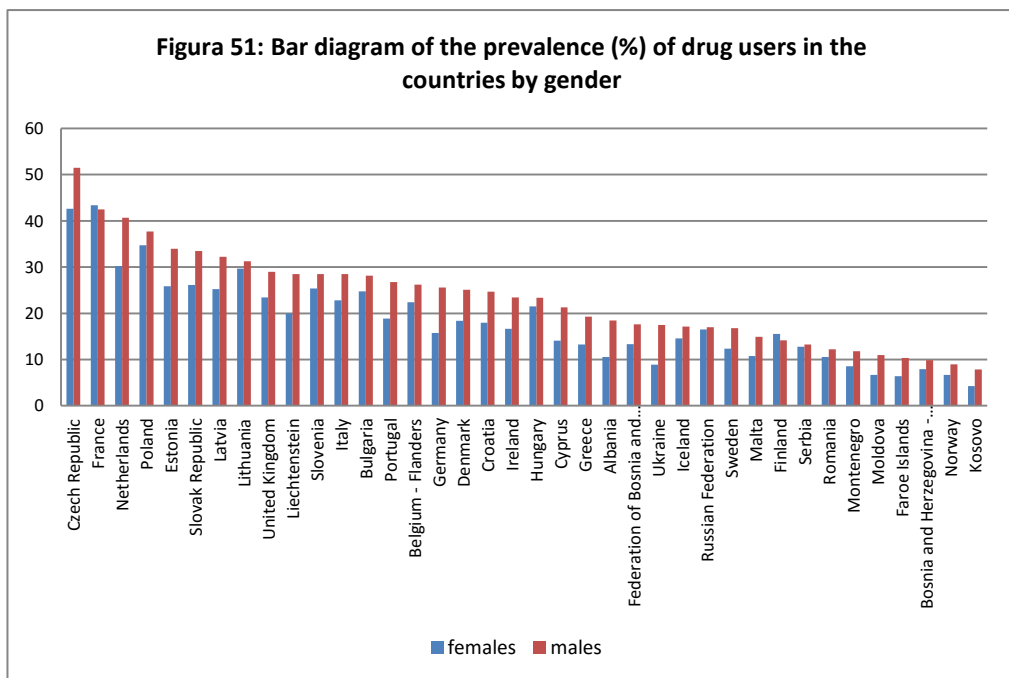
### **L'effetto delle politiche di prevenzione in Europa e confronto dei paesi con un nuovo indicatore.**

Per una valutazione degli effetti delle politiche e, in particolare, della prevenzione, si utilizza in conclusione l'indicatore Poly-Drug Score (PDS), calcolato per ogni soggetto che compare nella rilevazione ESPAD del 2011. L'indicatore rappresenta una misura del danno che l'assunzione di sostanze stupefacenti provoca alla salute (Fabi F. et al. 2014). L'applicazione ai dati ESPAD permette un confronto tra i paesi e la valutazione del consumo, anche del poliuso, in relazione alle politiche e leggi del Paese (Ventura et al., 2015).

Questi risultati dovrebbero suggerire, in particolare, all'Italia di comprendere gli approcci dei diversi paesi per ridurre il consumo di giovani 16enni.

Viene utilizzato un punteggio di danno associato a ciascuna sostanza stabilito attraverso un approccio "Delphi" nel 2010 (van Amsterdam et al., 2010) e un'analisi statistica multivariata (Fabi et al., 2014) che ha prodotto valori del danno per sostanza riportati in Tabella 6. Per ogni individuo, il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi che caratterizzano il danno (Mammone A. et al., 2014).

La Figura 51 mostra come risulta la prevalenza di consumo di qualunque sostanza nei 38 paesi che hanno rilevato i dati ESPAD nel 2011.



Come si vede da questo grafico sembra che la Repubblica Ceca sia il paese con i giovani che utilizzano le droghe più numerosi che in tutti gli altri paesi, ma se si considera l'indicatore PDS si ottiene un risultato che dimostra che l'ordinamento dei paesi per danno alla salute dei consumatori 16enni è completamente diverso e la Repubblica Ceca si posiziona al 26esimo posto, mentre l'Italia risulta con il PDS mediano più alto di tutti i paesi (Tabella 8).



Tabella 7: Punteggi di danno alla salute derivati dal lavoro (van Amsterdam et al. 2010).

Substance	Overall physical harm score (W)
Crack Cocaine	2,67
Heroin	2,51
Alcohol	2,18
Methamphetamine	2,18
Methadone	2,12
Cocaine	2,07
Amphetamine	1,88
GHB	1,47
Benzodiazepines	1,31
Buprenorphine	1,30
Cannabis	1,18
Ketamine	1,05
Ecstasy	1,03
Methylphenidate	0,87
Anabolic steroids	0,81
Khat	0,73
LSD	0,61
Magic mushrooms	0,28

Tabella 8. Mediana e media dell'indicatore PDS dei campioni dei 16enni intervistati nei diversi paesi

Country	Median	Mean	St Dev	Min	Max
Italy	0,27	0,44	0,48	0	5,5
Bosnia and Herzegovina (Federation)	0,19	0,44	0,46	0,01	3,95
Albania	0,12	0,46	0,39	0	5,66
France	0,08	0,24	0,37	0	5,62
United Kingdom	0,08	0,23	0,47	0	4,73
Netherlands	0,08	0,23	0,38	0,01	4,64
Moldova	0,08	0,12	0,29	0	3,72
Cyprus	0,07	0,34	0,64	0	5,12
Belgium (Flanders)	0,07	0,21	0,33	0	3,27
Montenegro	0,05	0,3	0,72	0,01	5,58
Iceland	0,05	0,26	0,54	0	5,02
Malta	0,05	0,24	0,58	0	6,2
Bulgaria	0,05	0,21	0,44	0	4,62
Slovenia	0,05	0,2	0,42	0	4,98
Germany	0,05	0,19	0,31	0	2,36
Portugal	0,05	0,18	0,27	0	2,25
Liechtenstein	0,04	0,27	0,68	0,02	4,59
Ireland	0,04	0,24	0,61	0	5,16
Russian Federation	0,04	0,2	0,41	0	3,04
Hungary	0,04	0,2	0,42	0	4,89
Croatia	0,04	0,18	0,38	0	4,93

<b>Slovak Republic</b>	0,04	0,17	0,33	0	4,01
<b>Poland</b>	0,04	0,17	0,33	0	4,86
<b>Latvia</b>	0,04	0,17	0,42	0	5,05
<b>Denmark</b>	0,04	0,17	0,33	0	4,02
<b>Czech Republic</b>	0,04	0,17	0,28	0	3,51
<b>Sweden</b>	0,04	0,16	0,43	0	4,58
<b>Norway</b>	0,04	0,16	0,35	0	2,65
<b>Ukraine</b>	0,04	0,15	0,44	0	4,51
<b>Finland</b>	0,04	0,14	0,38	0	6,19
<b>Romania</b>	0,04	0,13	0,32	0	3,13
<b>Estonia</b>	0,04	0,12	0,21	0	2,68
<b>Faroe Islands</b>	0,04	0,07	0,12	0	0,55
<b>Serbia</b>	0,03	0,19	0,46	0,01	4,76
<b>Greece</b>	0,03	0,17	0,4	0	4,23
<b>Kosovo</b>	0,03	0,15	0,29	0,01	1,66
<b>Lithuania</b>	0,03	0,13	0,35	0	4,94
<b>Bosnia and Herzegovina (Republic of Srpska)</b>	0,02	0,15	0,44	0,01	4,26

Nel lavoro citato si confrontano gli interventi di prevenzione per i giovani in Italia e in Repubblica Ceca dimostrando che l'Italia è carente sia rispetto alla quantità che rispetto all'approccio e alla politica, in particolare la legge antidroga Fini-Giovanardi che ha indotto il polispasso che produce il poliuso (Ventura et al., 2015; Mascioli e Rossi, 2015). Si riporta in allegato uno scritto sulla valutazione dalla letteratura (Cochrane group) degli interventi di prevenzione a livello mondiale, che aiuta a comprendere e a suggerire un approccio diverso da quello utilizzato in Italia per tutta la popolazione e non per soggetti a rischio con grande spesa e scarsi risultati e in modo generico e non adatto ai gruppi a rischio, come riportato all'inizio di questo rapporto.

**Luca Di Censi e Francesco Fabi**

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agostini L., Stella M. (2003), “Tendenze emergenti e nuove droghe: dalla prevenzione alla cura”, *Sestante*, 20-21, pp. 17-22.
- Alexander B.K. (1990), “The Empirical and Theoretical Bases for an Adaptive Model of Addiction”, *The Journal of Drug Issues*, 1, pp. 37-65.
- Amendt G., Walder P. (1997), *XTC ECSTASY & CO. ALLES UBER PARTYDROGEN*, Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg, tr. it. *Le nuove droghe*, Feltrinelli, Milano, 1998.
- Amerio P. (2000), *Psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna.
- Ammaniti M., Pazzagli C., Speranza A.M., Vimercati Sanseverino L. (1997), “Attaccamento e sistemi regolativi nelle tossicodipendenze”, in G. Fava Vizziello, P. Stocco (a cura di), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson, Milano, pp. 355-372.
- Antonelli C., De Luca F. (1995), *Discoinferno*, Theoria, Roma.
- APA (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, American Psychiatric Association, Washington D.C., tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996.
- Associazione Gruppo Abele (a cura di) (2001), “Undici punti per un agenda droghe”, *Animazione sociale*, 1, pp. 24-34.
- Ausbel D.P. (1980), “An Interactional Approach to Narcotic Addiction”, in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson H. (eds.), *Theories on Drug Abuse*, Research Monograph, 30, NIDA, Rockville, pp. 4-7.
- Bagozzi F. (1996), *Generazione in ecstasy*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Bagozzi F. (2000), “Una vera rivoluzione”, in Gruppo Abele (a cura di), *Mai prima di mezzanotte*, Edizioni Gruppo Abele, Torino pp. 54-56.
- Bagozzi F. (2003a), “Percorsi della notte”, in U. Ferretti, L. Santioli (a cura di), *“Nuove droghe” tra realtà e stereotipi*, F. Angeli, Milano, pp. 28-39.
- Bagozzi F. (2003b), “Dal giorno alla notte”, *Narcomafie*, 2, pp. 34-38.
- Bagozzi F., Cippitelli C. (2003), *Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto. Il progetto Mosaico come modello di intervento*, F. Angeli, Milano.
- Bakalar J.B., Grinspoon L. (1984), *Drug Control in a Free Society*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Barattini B. (1999), "Orientamenti culturali e metodologici sulla prevenzione delle dipendenze", *Animazione sociale*, 3, pp. 91-93.
- Baumann Z. (1999), *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.
- Beck J. (1998), "100 Years of 'Just Say No' Versus 'Just Say Know'. Reevaluating Drug Education Goals for the Coming Century", *Evaluating Review*, 22, 1, pp. 15-45.
- Bergeret J. (1982), *Toxicomanie et Personnalité*, Presses Universitaires de France, Paris, tr. it. *Chi è il tossicomane*, Dedalo, Bari, 1983.
- Bertoletti S., Giaccherini S., Biegi D. (2003), *Discoteche, alcol e nuove droghe: quale relazione?*, Bandecchi & Vivaldi, Pontedera.
- Bey H. (1995), *Taz. Zone Temporaneamente Autonome*, Shake, Milano.
- Biffi L. (1999), "Nuove droghe: che fare?", *Animazione sociale*, 6-7, pp. 92-93.
- Blaisdell A.F. (1983), *Our Bodies and How We Live: an Elementary Textbook of Psychology and Hygiene for Use in Schools with Special Reference to the Effects of Alcoholic Drinks, Tobacco and Other Narcotics on the Bodily Life*, Ginn and Company, Boston.
- Blan R.H., (1970) *Society and drugs*. Jasey-Bass Ed., San Francisco.
- Bonomi A. (2000), *Il distretto del piacere*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Bricolo R. (2003), "Introduzione", in Bagozzi F., Cippitelli C. (a cura di), *Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto. Il progetto Mosaico come modello di intervento*, F. Angeli, Milano, pp. 17-24.
- Bronfenbrenner U. (1979), *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*, Harvard University Press, Cambridge, tr. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna 1986.
- Camarlinghi R. (2000), "Nuove droghe: oltre l'allarme", *Animazione sociale*, 1, pp. 21-31.
- Caplan G. (1964), *Principles of Preventive Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Catalano R., Dooley D. (1980), "Economic Change in Primary Prevention", in R. Price, R.F. Ketterer, B.C. Bader, *Prevention in Mental Health: Research, Policy and Practice*, Sage Publication, Beverly Hills, pp. 138-152.
- Cicognani E. (2003), *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Carocci, Roma.
- Ciotti L. (1999), "Ecstasy, la giovane normalità", *La Stampa*, 5.11.1999, p. 12.
- Cippitelli C. (2000), "Ci sono cose da capire", *Animazione Sociale*, 3, pp. 90-91.
- Cippitelli C. (2003), "I nuovi consumi", in U. Ferretti, L. Santioli (a cura di), *"Nuove droghe" tra realtà e stereotipi*, F. Angeli, Milano, pp. 40-56.

- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996), *La famiglia del tossico-dipendente*, Cortina, Milano.
- Cohen J. (1993), "Achieving a Reduction in Drug -related Harm through Education", in N. Heather, A. Wodak, E. Nadelmann, P. O'Hare (eds.), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Whurr Publishers, London, pp. 65-76.
- Cohen P. (1999), "Shifting the Main Purposes of Drug Control: from Suppression to Regulation of Use. Reduction of Risks as the New Focus for Drug Policy", *The International Journal of Drug Policy*, 10, pp. 223-234; tr. it. "Un mutamento di rotta degli obiettivi principali del controllo sulla droga: dall'eliminazione del consumo alla sua regolamentazione. La riduzione dei rischi come nuovo cardine della politica in materia di droga", *Quaderni di Fuoriluogo*, 7.
- Cohen P.D.A., Abraham M.D., Kaal H.L. (2003), *Licit and Illicit Drug Use in Amsterdam, 1987 to 2001*, CEDRO, Amsterdam.
- Cox (ed.), *Identifying and Measuring Alcoholic Personality Characteristics*, Jossey Bass, San Francisco, pp. 58-73.
- Cox W.M. (1985), "Personality Correlates of Substance Abuse", in M. Galizio, S.A. Maisto (eds.), *Determinants of Substance Abuse*, Plenum Press, New York, pp. 209-246.
- Davies J., Coggans N. (1991), *The Facets about Adolescents Drug Abuse*, Casel, London.
- Dole V.P. (1994), "What Have We Learned from Three Decades of Methadone Maintenance Treatment?", *Drug and Alcohol Review*, 13, pp. 3-4.
- Dole V.P., Nyswander M.E. (1967), "Heroin Addiction; A metabolic Disease", *Archives of International medicine*, 120, pp. 132-145.
- Drucker E. (1995), "Harm Reduction: A Public Health Strategy", *Current Issues in Public Health*, 1, pp. 64-70.
- Erickson P.G., Riley D.M., Cheung Y.W., O'Hare P. (1997), *Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs*, University of Toronto Press, Toronto.
- Flick U. (1998), *An Introduction to Qualitative Research*, Sage, London.
- Floris F. (2003), "La prevenzione come ricerca culturale e partecipazione", *Animazione sociale*, 4, pp. 19-26.
- Fontaine A., Fontana C. (1996), *Raver*, Anthropos, Paris, tr. it. *Raver*, Sensibili alle foglie, Roma, 1997.
- Forsyth A.J.M. (1996), "Places and Patterns of Drug Use in Scottish Dance Scene", *Addiction*, 91 (4), pp. 511-521.

- Francescato D. (1977), *Psicologia di comunità*, Feltrinelli, Milano.
- Francescato D., Ghirelli G. (1988), *Fondamenti di psicologia di comunità*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi, New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 2014, 11-2, 8891-1/8891-7.
- Gatti R. (1998), *Rischiare la giovinezza a fine millennio*, F. Angeli, Milano.
- Glaser B., Strauss A. (1967), *The Discovery of the Grounded Theory*, Aldine, Chicago.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., Guze S.B., Winokur G. (1973), "Alcohol Problems in Adoptees Raised apart from Alcoholic Biological Parents", *Archives of General Psychiatry*, 28, pp. 238-243.
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Hermansen L., Guze S.B., Winokur G., F. Moller (1974), "Drinking Problems in Adopted and Nonadopted Sons of Alcoholics", *Archives of General Psychiatry*, 31, pp. 164-169.
- Gossop M. (2000), *Living with Drugs*, Ashgate, Aldershot.
- Greaves G.B. (1980), "An Existential Theory of Drug Dependence", in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson H. (eds.), *Theories on Drug Abuse*, Research Monograph, 30, NIDA, Rockville, pp. 24-28.
- Grosso L. (2004), "Droghe: l'evoluzione dei fenomeni e dei trattamenti", *Animazione sociale*, 5, pp. 19-26.
- Gruppo Abele (2000), *A mezzanotte circa*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Gruppo Abele (a cura di), *Mai prima di mezzanotte*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 168-178.
- Hovland C.I., Janis I.L., Kelley H.H. (1953), *Communication and Persuasion. Psychological Studies on Opinion Change*, Yale University Press, New Haven.
- Hunt M.E. (1902), "Five Foundation Facts Underlying the Science of Total Abstinence", *School Psychology Journal*, 11 (5), pp. 25-32.
- Ingrosso M. (1999), "Nuove Droghe, nuove idee. Le comunità locali come setting promozionali", *Animazione Sociale*, 11, pp. 9-24.
- KAPLAN H.B.: Social class, self-derogation and deviant response. *J. Youth and Adolescence*, 7, 253-277, 1978.
- Kohut H. (1971), *The Analysis of the Self*, Hogart Press, London, tr. it. *Narcisismo e analisi del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.

- Kohut H. (1977), *The Restoration of the Self*, International Universities Press, New York, tr. it. *La guarigione del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.
- Kohut H. (1984), *How Does Analysis Cure?*, University of Chicago Press, Chicago, tr. it. *La cura psicoanalitica*, Bollati Boringhieri, Torino, 1986.
- Lenton S., Boys A., Norcross K. (1997), “Raves, Drugs and Experience: Drug Use by a Sample of People Who Attended Raves in Western Australia”, *Addiction*, 92 (10), pp. 1327-1337.
- Lindesmith A.R. (1980), “A General Theory of Addiction to Opiate - Types-Drugs”, in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson H. (eds.), *Theories on Drug Abuse*, Research Monograph, 30, NIDA, Rockville, pp. 34-37.
- Mammone A., Fabi F., Colasante E., Siciliano V., Molinaro S., Kraus L., Rossi C., New indicators to evaluate and to compare harmful drug use among adolescents in 38 European countries, *NORDIC STUDIES ON ALCOHOL AND DRUGS VOL 31*, 2014, 243-258.
- Marlatt G.A. (1996), “Harm Reduction: Come As You Are”, *Addictive Behaviors*, 21, 6, pp. 779-788.
- Marlatt G.A., Rohsenow D.J. (1980), “Cognitive Process in Alcohol Use: Expectancy and the Balanced Placebo Design”, in N.K. Mellow (ed.), *Advances in Substance Abuse*, JAI Press, Greenwich, vol.1, pp. 159-199.
- Mascioli F., Rossi C. (2015). Useful supply indicators for evaluating law enforcement efficacy, the size of the drug market and other issues, *Proceedings of the Eighth ISSDP Conference*, 189-209.
- Mc Auliffe W.E., Gordon R.A. (1980), “Reinforcement and the Combination of Effects: Summary of a Theory of Opiate Addiction”, in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson H. (eds.), *Theories on Drug Abuse*, Research Monograph, 30, NIDA, Rockville, pp. 137-141.
- Mc Murrin M. (1994), *The psychology of addiction*, Taylor and Francis, London.
- Meringolo P., Zuffa G. (2001), *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Edizioni Unicopli, Milano.
- Merlo R. (1996), “Marginalità, devianza e tossicodipendenza”, in B. Zani, A. Palmonari (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna, pp. 487-518.

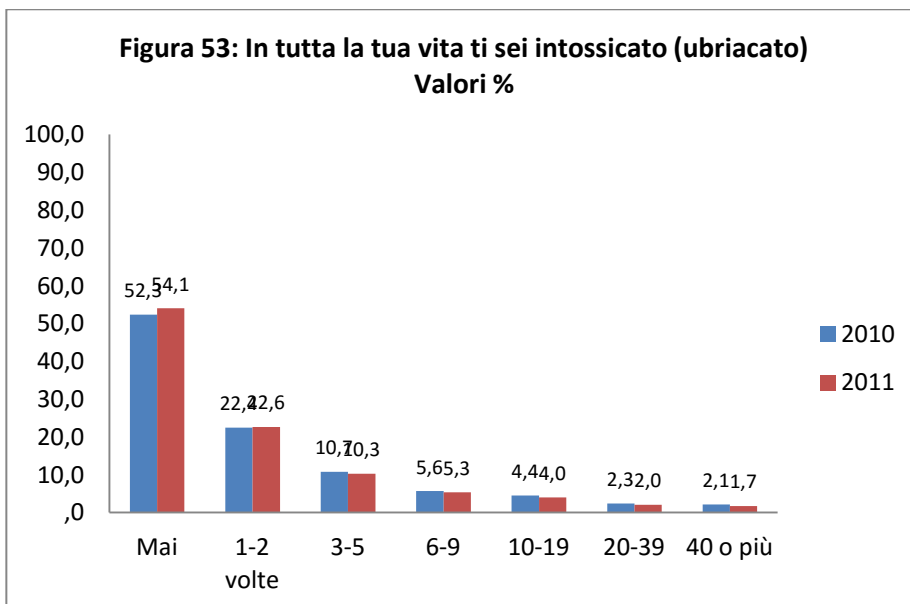
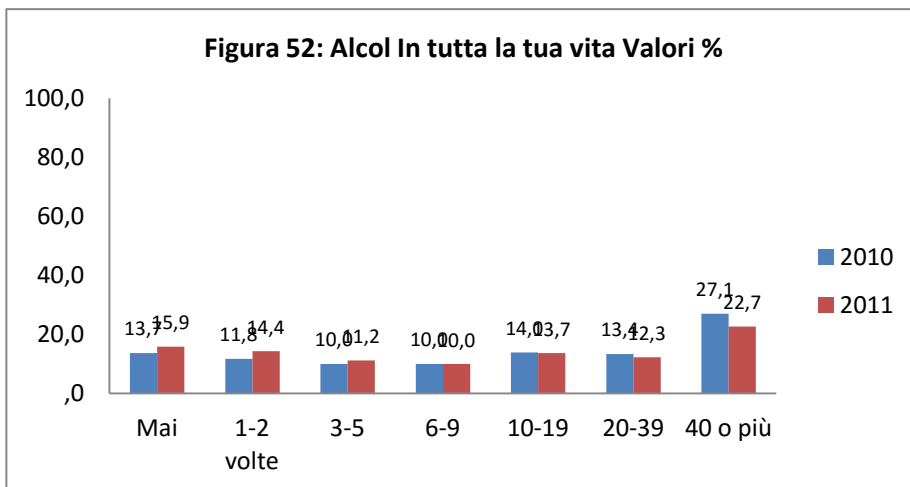
- Merlo R. (2000), "Maestri di cerimonie", *Youthstart Mag*, 2, pp. 20-28.
- Merton R.K., Kendall P. (1946), "The Focused Interview", *American Sociological Review*, 51, pp. 541-557.
- Migliorini L., Rania N. (2001), "I focus group: uno strumento per la ricerca qualitativa", *Animazione sociale*, 2, pp. 82-88.
- Nadelmann E. (1998), "Commonsense Drug Policy", *Foreign Affairs*, 77, 1, pp. 111-126.
- Natella A. (2000), "Utopie pirata", in Gruppo Abele (a cura di), *Mai prima di mezzanotte*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, pp. 117-121.
- Natella A., Tinari S. (1996), *Rave off*, Castelvecchi, Roma.
- Newcombe R. (1992), "La riduzione del danno correlate all'uso di droga. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca", in P. O'Hare, R. Newcombe, A. Matthews, E.C. Burning, E. Drucker (eds.), *The Reduction of Drug-related Harm*, Routledge, New York, tr. it. *La riduzione del danno*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 1994, pp. 9-26.
- Nyswander M. (1956), *The Drug Addict as a Patient*, Grune & Stratton, New York.
- O'Hare (eds.), *Psychoactive Drugs and Harm Reduction: From Faith to Science*, Whurr Publishers, London, pp. 55-65.
- Ogden J. (1996), *Health Psychology*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Olievenstein C. (1981), "L'infanzia del tossicomane", *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, XLII, pp. 201-227.
- Orford J. (1992), *Community Psychology. Theory and Practice*, John Wiley & Sons, Chichester, tr. it. *Psicologia di comunità. Aspetti teorici e professionali*, F. Angeli, Milano 1998.
- Parquet J.P. (1999), "La prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive", *Animazione Sociale*, 2, pp. 33-61.
- Prochaska J.O., DiClemente C. (1986), "Toward a Comprehensive model of Change", in W. R. Miller, N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviors*, Plenum Press, New York, pp. 3-27.
- Rappaport J. (1977), *Community Psychology. Values, Research and Action*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Ravenna M. (1997), *Psicologia delle tossicodipendenze*, Il Mulino, Bologna.
- Riley S.C.E., James C., Gregory D., Dingle H., Cadger M. (2001), "Patterns of Recreational Drug Use at Dance Events in Edinburgh, Scotland", *Addiction*, 96, pp. 1035-1047.



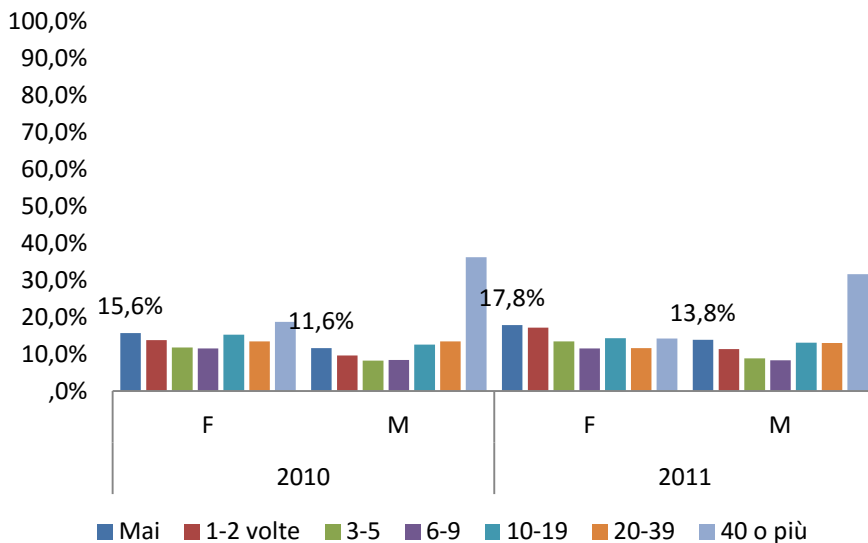
- Robertson L. (1986), "Injury", in B. Eldestein, L. Michelson (eds.), *Handbook of Prevention*, Plenum Press, New York, pp. 378-390.
- Rolleston Report (1926), *Report of the Department Committee on Morphine and Heroine Addiction*, Hmsco, London.
- Rosenbaum M. (1999), *Safety First: a Reality-based Approach to Teens, Drugs and Drug Education*, The Lindesmith center, New York.
- Salvatore G. (1998), *Techno-Trance*, Castelvecchi, Roma.
- Saunders N. (1995), *E come ecstasy*, Feltrinelli, Milano.
- Schachter S., Singer J.E. (1962), "Cognitive, Social and Psychological Determinants of Emotional State", *Psychological Review*, 69, pp. 379-399.
- Strang J., Gossop M., Stimson G. (1990), "Courses of Drug Use: the Concepts of Career and Natural History", in H. Ghodes, D. Maxwell (eds.), *Substance Abuse and Dependence*, Macmillan, London, pp. 80-94.
- Tartarotti L. (1986), *Droga e prevenzione primaria. Prospettive e strategie dell'intervento preventivo scolastico*, Giuffrè, Milano.
- Tentori T. (1953), "Sullo studio etnologico delle comunità", *La Lapa*, 1, pp. 3-14.
- Torti M.T. (1997), *Abitare la notte*, Costa & Nolan, Milano.
- Tossmann P., Boldt S., Tensil M.D. (2001), "The Use of Drugs within the Techno Party Scene in European Metropolitan Cities", *European Addiction Research*, 7, pp. 2-23.
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., & van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research*; 16, 202-207.
- Ventura E., Wagner H., Rossi C., (2015). New indicators of health among adolescent drug users and evaluation of drug policies comparing countries, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, vol. 12-1, suppl.1,



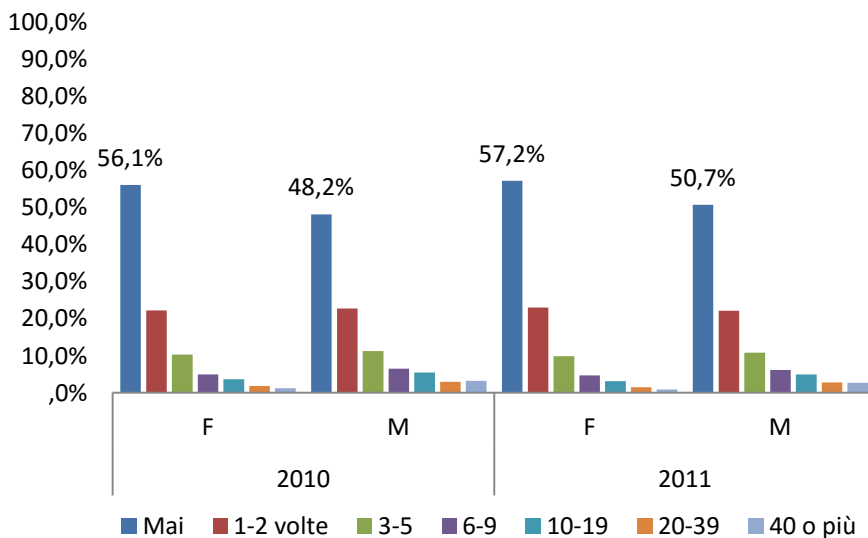
## APPENDICE

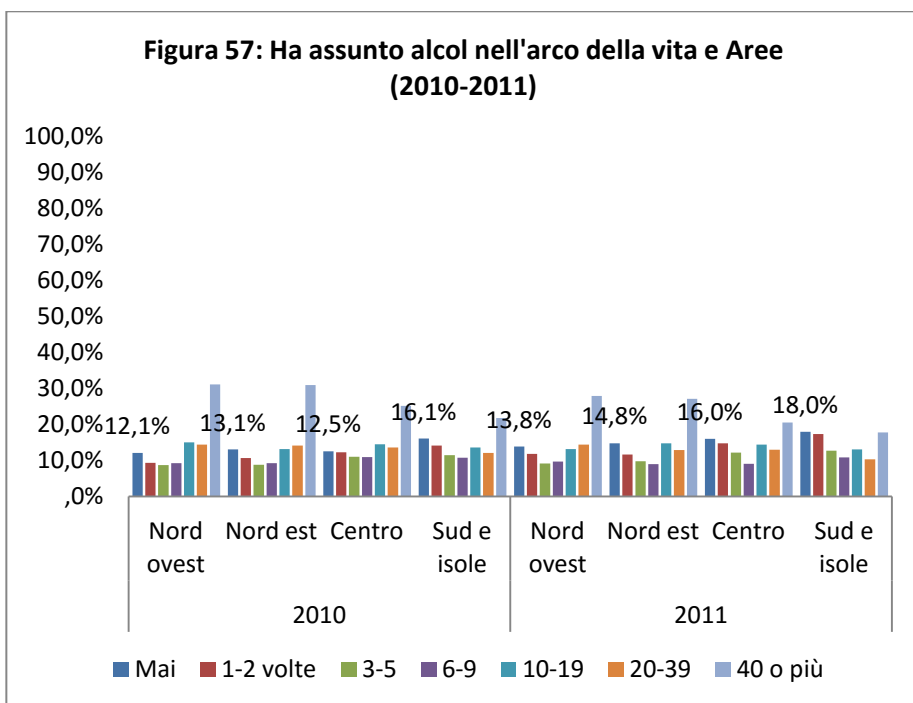
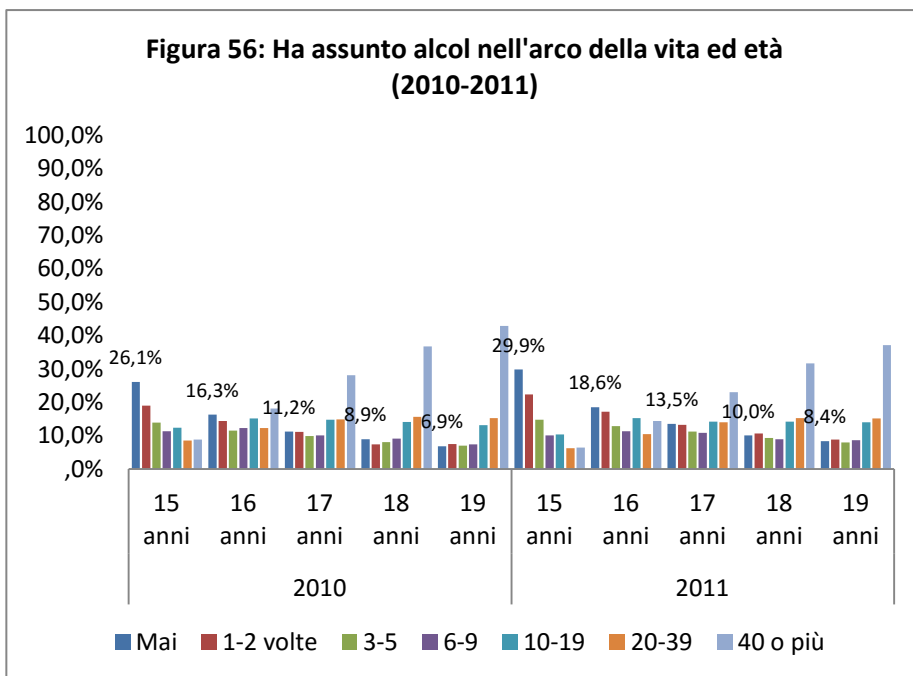


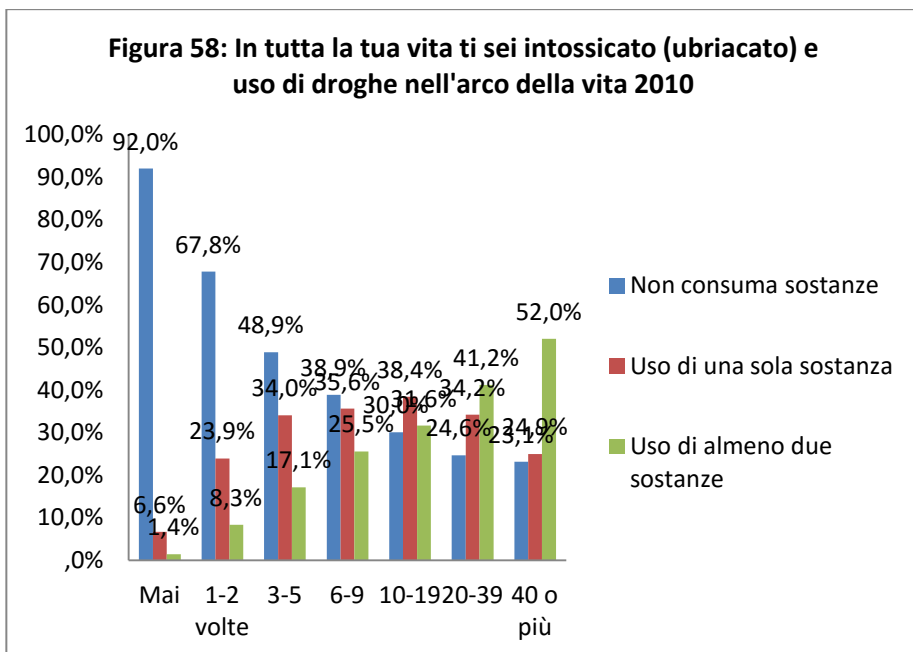
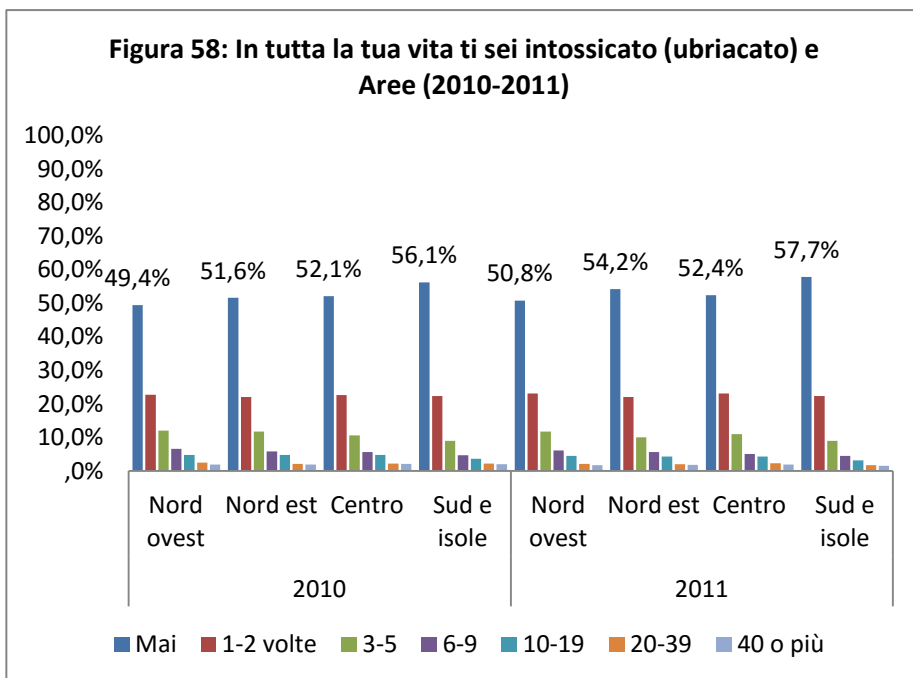
**Figura 54: Alcol In tutta la tua vita e genere (2010-2011)**

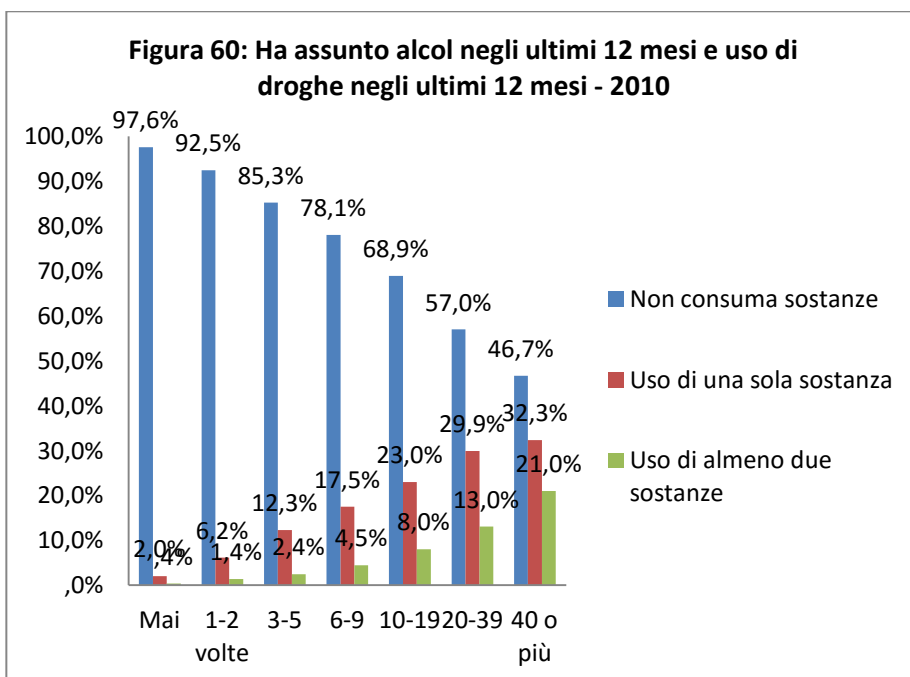
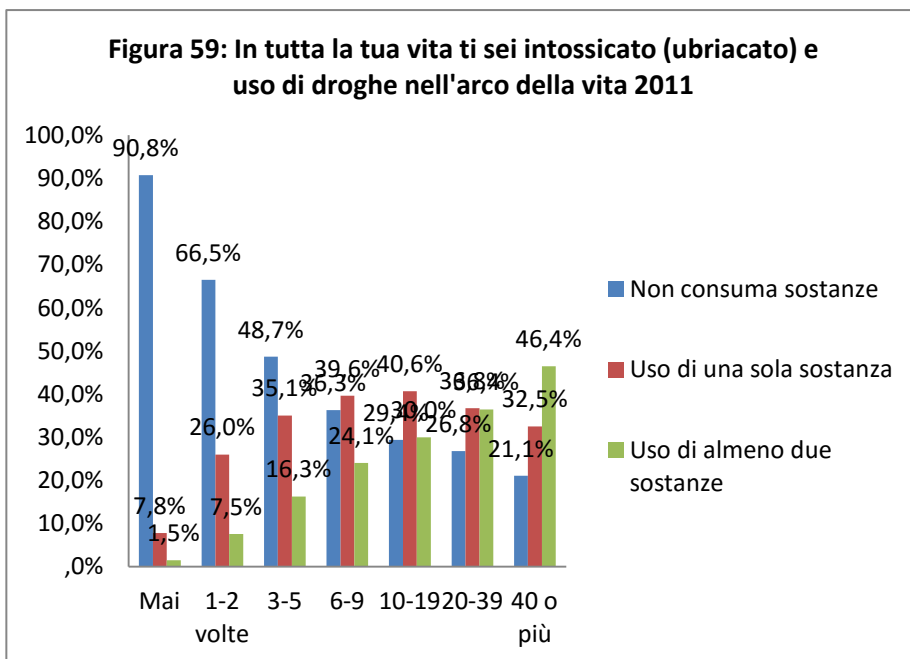


**Figura 55: In tutta la tua vita ti sei intossicato (ubriacato) e Sesso (2010-2011)**

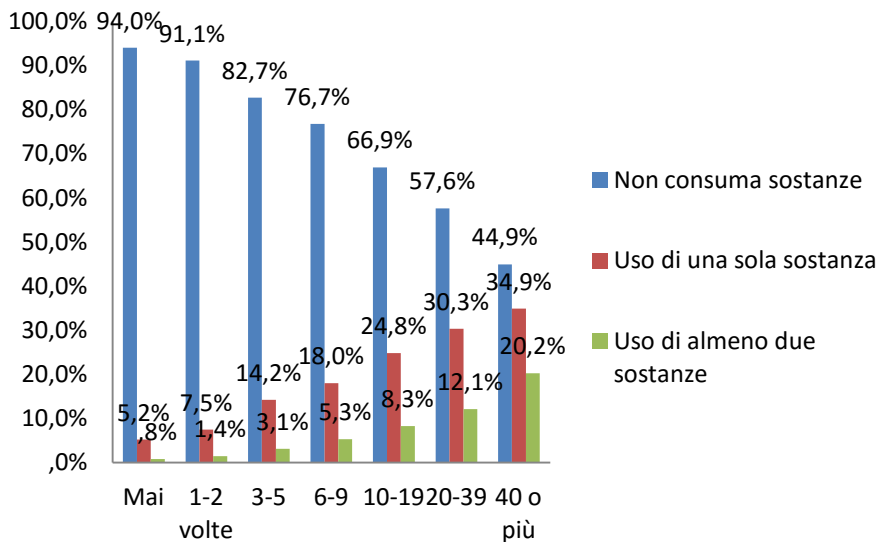








**Figura 61: Ha assunto alcol negli ultimi 12 mesi e uso di droghe negli ultimi 12 mesi - 2011**





**PRESENTAZIONE DI CARLA ROSSI**

**NUOVI STILI DI CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE E  
NUOVI RISCHI AD ESSO ASSOCIATI: IL POLIUSO, I DANNI ALLA  
SALUTE E IL RUOLO DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE IN  
EUROPA E IN ITALIA**

**NELL'AMBITO DEL PROGETTO “BETTER COMMUNICATION  
FOR A BETTER PREVENTION. ANALYSIS OF HIDDEN  
MESSAGES. GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG  
ADDICTION”**

NUOVI STILI DI CONSUMO DI SOSTANZE  
PSICOATTIVE E NUOVI RISCHI AD ESSO ASSOCIATI: IL  
POLIUSO, I DANNI ALLA SALUTE E IL RUOLO DELLE  
POLITICHE DI PREVENZIONE IN EUROPA E IN ITALIA

*Nell'ambito del progetto "Better communication for a better prevention. Analysis of hidden messages. Guidelines to prevent abuse and drug addiction"*

30 GIUGNO 2015  
SALA PICCOLA  
PROTOMOTECA  
PIAZZA DEL CAMPIDOGLIO



Consiglio  
italiano  
per le Scienze Sociali

ROMA



Presidenza Assemblée Capitolina

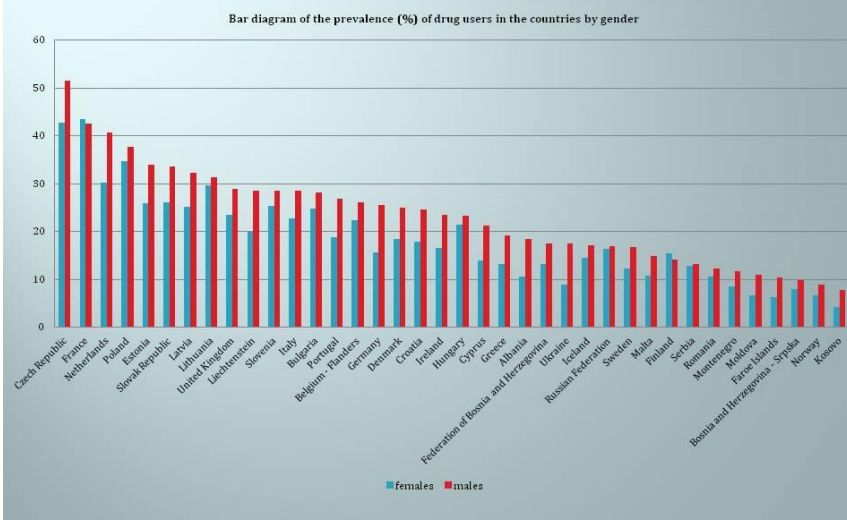
## Collaborazioni, dati e analisi valutative

- ▣ Collaborazione internazionale per l'analisi dei dati della
- ▣ Rilevazione europea sulle scuole relativa all'uso di alcool e altre droghe (ESPAD 2011, [www.espad.org](http://www.espad.org)).
- ▣ Gruppo di lavoro (CNR-CSS): Alessia Mammone, Francesco Fabi, Emanuela Colasante, Valeria Siciliano, Sabrina Molinaro, Carla Rossi.
- ▣ Supervisione: Ludwig Kraus.
- ▣ **Risultati: considerazioni sulle politiche ufficiali e la prevenzione sulla base dei dati analizzati e di indicatori nuovi di valutazione**

## Domande a cui si risponde

- ▣ Un primo quesito: quale percentuale di adolescenti (15-16 anni) consuma una qualsiasi sostanza psicoattiva, nei diversi paesi ?
- ▣ **Consideriamo l'indicatore di "prevalenza".**
- ▣ Un secondo quesito: quali sostanze, e con quale frequenza, vengono consumate ? e qual è l'impatto sulla salute, nei diversi paesi ?
- ▣ **Calcoliamo indicatori più complessi e accurati, introdotti da noi nella comunità scientifica nell'ambito di un progetto europeo sulla valutazione delle politiche e degli interventi:**
- ▣ **il "FUS" (frequenza di utilizzo in uno specificato periodo) e il "PDS" (danno alla salute delle sostanze utilizzate con quella frequenza).**

## Quanti sedicenni hanno consumato sostanze nella loro vita?



## Basta considerare la prevalenza?

- ▣ Se ci si basa solo sulla percentuale di adolescenti che hanno consumato sostanze in un paese, che si chiama prevalenza di uso, si ottiene che la Repubblica Ceca è il paese che mostra una situazione peggiore di tutti.
- ▣ Ma a noi interessa soprattutto capire le **conseguenze sulla salute dei giovani nei diversi paesi** e valutare le **politiche pubbliche** in relazione a queste conseguenze
- ▣ Quindi, bisogna rispondere anche al secondo quesito. In particolare, interessa conoscere l'uso congiunto di più sostanze (cd. "poli-uso"), particolarmente nocivo.

## Come si analizzano allora i dati?

- ▣ Per analizzare il tipo di consumo e le sue conseguenze sulla salute dei giovani di un paese occorre innanzitutto:
- ▣ **misurare la frequenza con cui ciascun adolescente consuma sostanze (cd. "indice FUS")**
- ▣ Ma le diverse sostanze hanno effetti molto diversi sulla salute (quantificabili a mezzo di "punteggi di danno", proposti a livello internazionale da studiosi importanti).
- ▣ **Ne consegue che le frequenze di uso di ogni sostanza vanno "pesate" in base ai punteggi di danno. Il valore totale di tali frequenze ponderate costituisce il cd. "indice PDS", per paese .**

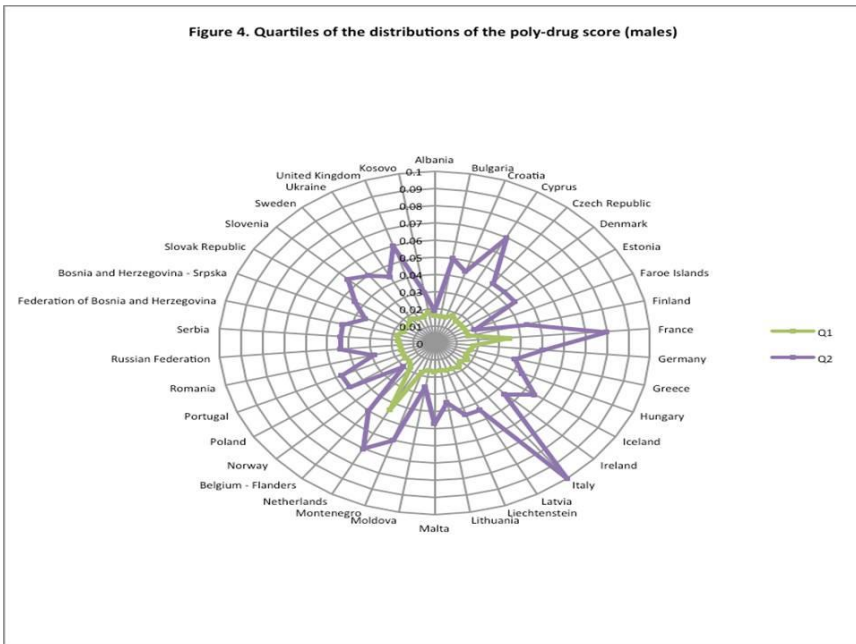
## Come si confrontano i paesi?

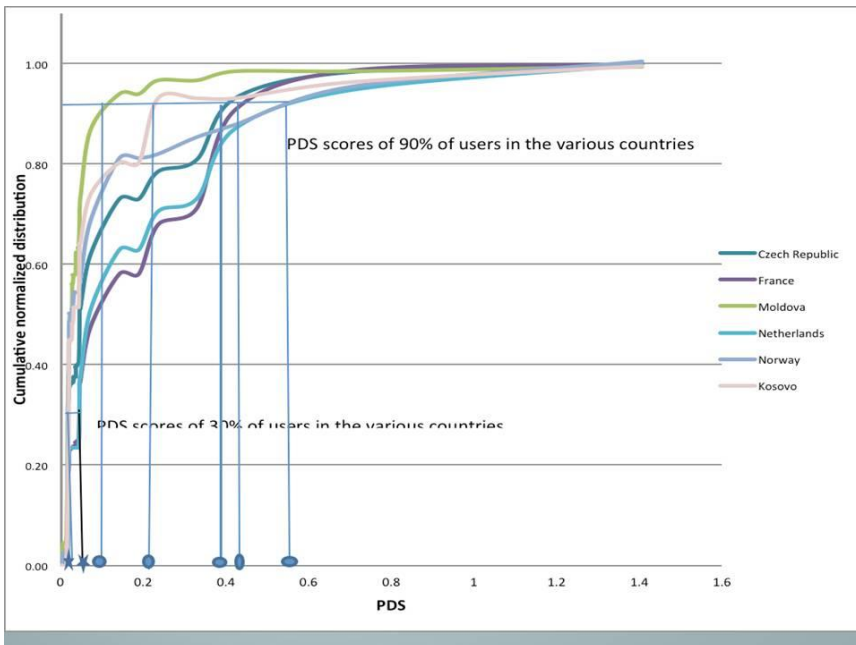
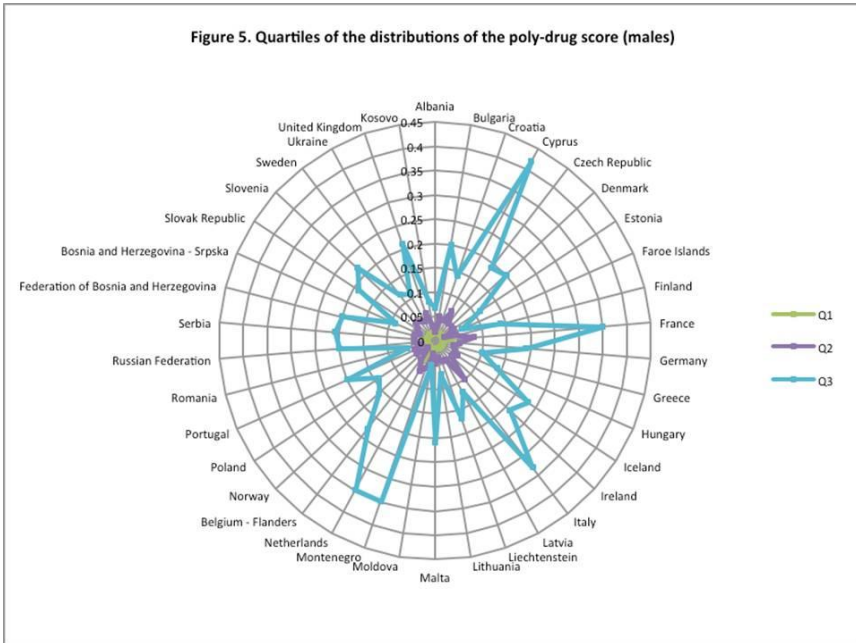
- ▣ I paesi vengono ordinati utilizzando il valore mediano di FUS o PDS.
- ▣ Il valore “mediano”, per sintetizzare una distribuzione, è decisamente preferibile, negli studi sociali, al valore “medio”;
- ▣ quest'ultimo è più rapido da calcolare, ma decisamente meno stabile e meno indicativo di una situazione tipica di un paese.

Country	FUS	
	Median	Mean
France	7.5	19.94
Netherlands	7.5	19.55
Italy	7	21.89
Cyprus	5.5	26.2
United Kingdom	5.5	18.65
Belgium - Flanders	5.5	17.74
Montenegro	4	23.94
Iceland	4	20.42
Malta	4	18.25
Bulgaria	4	17.18
Slovenia	4	16.98
Germany	4	15.77
Portugal	4	15.01
Liechtenstein	4	20.74
Ireland	4	18.98
Russian Federation	4	17.2
Hungary	4	15.76
Croatia	4	15.04
Denmark	4	13.98
Latvia	4	13.95
Slovak Republic	4	14.67
Poland	4	14.12
Czech Republic	4	15.59
Sweden	4	13.66
Finland	4	12.09
Estonia	4	10.49
Ukraine	3.5	13.24
Faroe Islands	3.5	5.89
Norway	3	13.69
Romania	3	10.42
Serbia	3	15.16
Greece	3	13.78
Lithuania	3	10.16
Federation of Bosnia and Herzegovina	3	14.95
Moldova	1.5	6.57
Republic of Macedonia	1.5	11.11

Country	PDS	
	Median	Mean
Italy	0.27	0.44
Federation of Bosnia and Herzegovina	0.19	0.44
Albania	0.12	0.46
France	0.08	0.24
United Kingdom	0.08	0.23
Netherlands	0.08	0.23
Moldova	0.08	0.12
Cyprus	0.07	0.34
Belgium- Flanders	0.07	0.21
Montenegro	0.05	0.3
Iceland	0.05	0.26
Malta	0.05	0.24
Bulgaria	0.05	0.21
Slovenia	0.05	0.2
Germany	0.05	0.19
Portugal	0.05	0.18
Liechtenstein	0.04	0.27
Ireland	0.04	0.24
Russian Federation	0.04	0.2
Hungary	0.04	0.2
Croatia	0.04	0.18
Denmark	0.04	0.17
Latvia	0.04	0.17
Slovak Republic	0.04	0.17
Poland	0.04	0.17
Czech Republic	0.04	0.17
Norway	0.04	0.16
Sweden	0.04	0.16
Ukraine	0.04	0.15
Finland	0.04	0.14
Romania	0.04	0.13
Estonia	0.04	0.12
Faroe Islands	0.04	0.07
Serbia	0.03	0.19
Greece	0.03	0.17

Figure 4. Quartiles of the distributions of the poly-drug score (males)

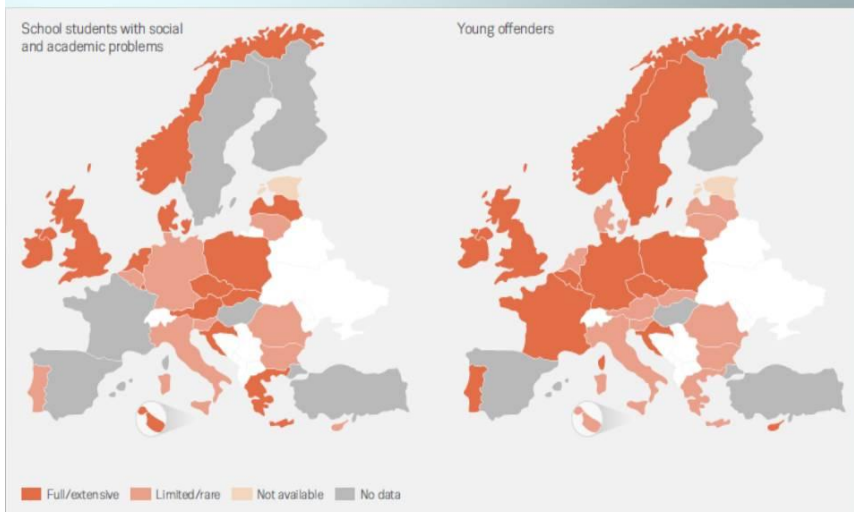




## Letture delle classifiche

- ▣ L'Italia è in posizione particolarmente negativa: il nostro paese è al terzo posto per FUS e addirittura al primo per PDS !!!
- ▣ Altre situazioni interessanti per il confronto delle politiche:
- ▣ Il Portogallo è al tredicesimo posto per FUS e al sedicesimo per PDS.
- ▣ La Repubblica Ceca, prima in classifica quanto a prevalenza, passa al ventitreesimo posto rispetto al FUS, mentre per PDS è addirittura al ventiseiesimo.
- ▣ Questo significa che il gran numero di giovani che consumano sostanze lo fanno in modo molto meno dannoso che in Italia e in altri paesi dove la prevalenza è minore, ma FUS e PDS sono invece maggiori.

## Report EMCDDA sugli interventi di prevenzione





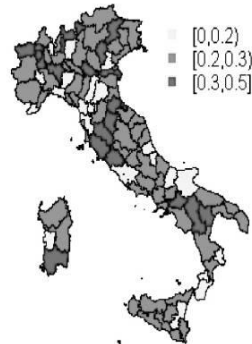
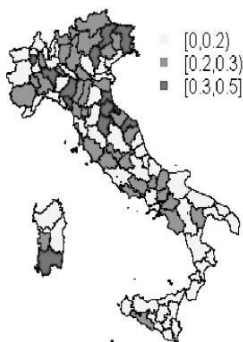
## Le politiche in Italia: effetti delle leggi

- ▣ In Italia la legge cd. Fini-Giovanardi ha modificato la legge precedente in senso repressivo, equiparando ai fini giuridici le sostanze meno nocive (cd. “leggere”) a quelle più dannose (cd. “pesanti”).
- ▣ L'effetto è stato di favorire una maggior diffusione di sostanze pesanti anche tra gli adolescenti.
- ▣ Se poi si esaminano anche le informazioni disponibili sull'attività dei singoli spacciatori,
- ▣ **emerge che costoro tendono a offrire ai consumatori una pluralità di sostanze (tanto i rischi penali sono sempre gli stessi...).**
- ▣ **Lo spaccio simultaneo di diverse sostanze a sua volta induce e facilita, nei consumatori, il “poli-uso”.**

## Poly-drug dealers in police data base for Italian provinces before and after the Fini-Giovanardi drug law

2000

2007



## Da un'indagine di un progetto europeo 2012

Figure 1a. Percentage of the cannabis users who declare that their dealers sell also other substances

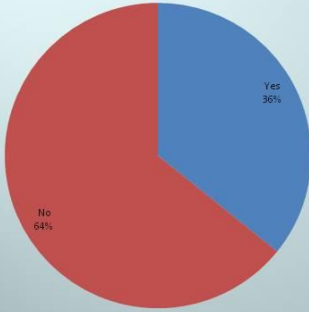
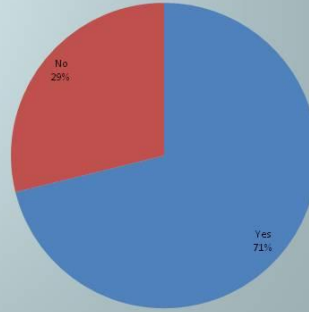


Figure 1c. Percentage of the cocaine users who declare that their dealers sell also other substances



## Esempi di polispaccio in Italia

Figure 1b. Frequency of dealing the other substances together with cannabis .

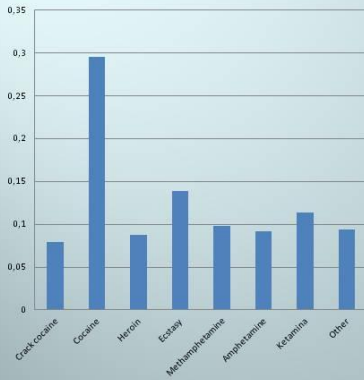
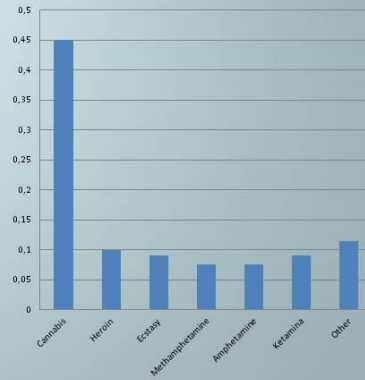


Figure 1d. Frequency of dealing the other substances together with cocaine .



## Altri paesi europei

- ▣ Lo sforzo di scoraggiare soprattutto l'uso di sostanze più dannose è quello che invece ha sempre fatto la politica dell'Olanda, e che fanno la Repubblica Ceca e il Portogallo sia con le leggi che con le politiche di prevenzione.
- ▣ **La Francia (la cui situazione non era molto migliore di quella dell'Italia) ha modificato lo scorso anno la sua legge fortemente proibizionista, proprio per intervenire sulle conseguenze.**

## Come valutare le leggi e le politiche antidroga?

- ▣ La valutazione di una legge, soprattutto se riguarda un gran numero di diretti e indiretti interessati, come è la legge sulle droghe, deve essere effettuata su base "statistica", cioè raccogliendo ed elaborando adeguatamente i dati sugli effetti che produce.
- ▣ **La Statistica si chiama così perché è nata come strumento valutativo a disposizione dei reggitori dello Stato !!!**
- ▣ **I dati vanno raccolti e, soprattutto, analizzati correttamente e coprendo tutti gli aspetti del fenomeno trattato dalla legge.**
- ▣ In Italia questo non è accaduto, dalla prima legge organica sulle droghe (Jervolino-Vassalli, 1990) al periodo di vigenza della Fini-Giovanardi (2006-Feb.2014).
- ▣ **Ora sta accadendo!**



**PRESENTAZIONE DI LUCA DI CENSI E FRANCESCO FABI**

**FATTORI DI RISCHIO E MODELLI DI PREVENZIONE  
NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA.  
QUALI STRATEGIE METTERE IN ATTO?**

**NELL'AMBITO DEL PROGETTO “BETTER COMMUNICATION  
FOR A BETTER PREVENTION.  
ANALYSIS OF HIDDEN MESSAGES.  
GUIDELINES TO PREVENT ABUSE AND DRUG ADDICTION”**

# FATTORI DI RISCHIO E MODELLI DI PREVENZIONE NELLA POPOLAZIONE STUDENTESCA. QUALI STRATEGIE METTERE IN ATTO?

Nell'ambito del progetto "*Better communication for a better prevention. Analysis of hidden messages. Guidelines to prevent abuse and drug addiction*"

30 GIUGNO 2015  
SALA PICCOLA PROTOMOTECA  
PIAZZA DEL CAMPIDOGLIO



Consiglio  
italiano  
per le Scienze Sociali

ROMA

Presidenza Assemblée Capitolina



## L'importanza delle indagini sulla popolazione studentesca

Le analisi sui consumi di droga e alcol nella popolazione studentesca ci forniscono preziosi elementi informativi sia rispetto alla prevalenza d'uso, sia a quali comportamenti è maggiormente associato il consumo di droghe; questo ci permette di individuare dei sottogruppi dove è utile svolgere programmi di prevenzione selettiva, soprattutto per ridurre i rischi che un approccio sperimentale alle droghe possa diventare problematico

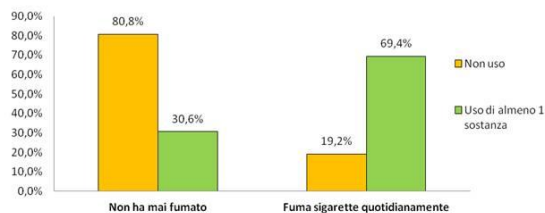
Le indagini sono state condotte su tutto il territorio nazionale con la raccolta di 35.802 questionari validi nel 2010 e di 32186 questionari validi nel 2011 per gli scopi dell'indagine (studenti fra 15 e 19 anni) studenti nel primo semestre 2010 e primo semestre del 2011 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con il supporto tecnico-scientifico e solo per il 2010 dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma; nella fase di realizzazione dello studio sono stati coinvolti anche i Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute. Per quanto riguarda la metodologia dell'indagine si rimanda alla Relazione annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia 2010.

	NELLAVITA%				NEGLI ULTIMI 30 GIORNI %			
	ESPAD 2007	ESPAD 2011	SPS- ITA 2010	SPS- ITA 2012	ESPAD 2007	ESPAD 2011	SPS- ITA 2010	SPS- ITA 2012
CANNABIS	23,0	21,0	22,3	22,6	13,0	12,0	12,3	12,9
COCAINA	5,8	-	4,1	2,6	1,9	-	1,6	1,1

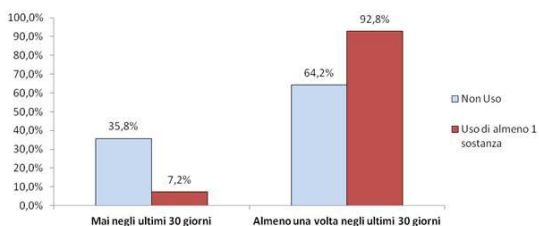
Anche se si registra un calo dei consumi, questi, restano comunque su una soglia allarmante rispetto all'utilizzo, dal momento che l'assunzione di più sostanze coinvolge un quarto dei consumatori (24,2% la percentuale di studenti 15-19 anni che ha consumato almeno una sostanza illegale nell'arco della vita – SPS ITA 2012).

## Le sostanze d'abuso

Abitudine al fumo in relazione all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita

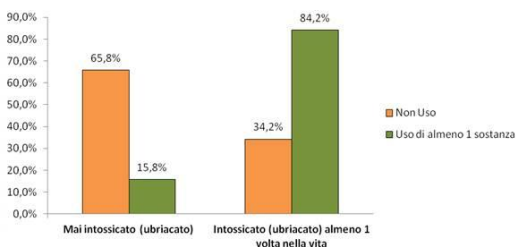


Assunzione alcool negli ultimi 30 giorni in relazione all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita

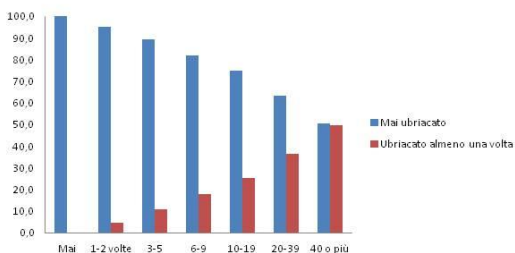


Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

Esperienza di intossicazione da alcool nella vita in relazione all'uso di sostanze psicotrope nell'arco della vita



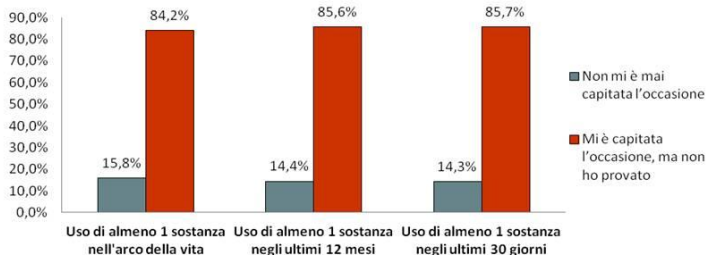
Assunzione di alcol nell'arco della vita e percentuale di ubriacature



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga



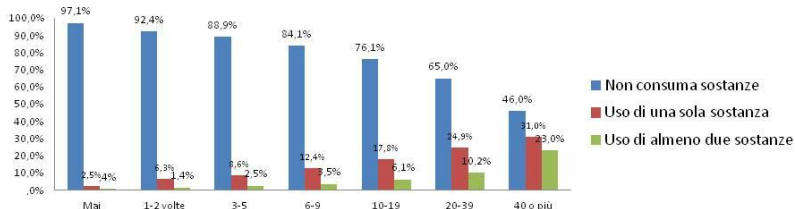
Uso di almeno una sostanza nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni commessa all'occasione di provare una sostanza



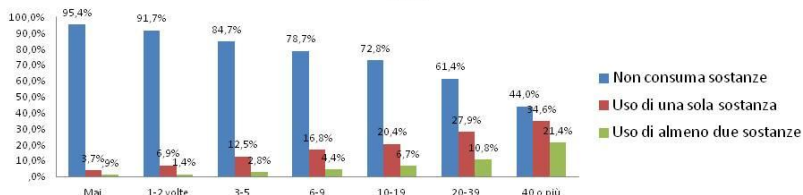
Fonte: Studio SPS-ITA 2010 Dipartimento Politiche Antidroga

Potremmo forse ipotizzare che il contatto visivo e fisico con le sostanze, rappresenti un fattore di esposizione più rischioso nel concretizzarne l'uso rispetto ad altre variabili di natura socio demografica, ovvero il legame sempre più stretto tra disponibilità e consumo.

Ha assunto alcol nell'arco della vita e uso di droghe nell'arco della vita 2010



Ha assunto alcol nell'arco della vita e uso di droghe nell'arco della vita 2011



## Tra permissività e trasgressione

Intendiamo per "permissività" un insieme di atteggiamenti che caratterizzano una parte della popolazione esaminata, come ad esempio avere o non avere regole precise di condotta dentro e fuori casa e comunicare ai propri genitori con chi si trascorre il proprio tempo e quali luoghi si frequenta. Possiamo così costruire un "indice di permissività" che raggruppa in tre classi (alta, media, bassa) i comportamenti considerati. Sintetizzando, in base all'indice costruito, solo il 10% sia per il 2010 sia per il 2011 denota una permissività alta ed il 59% per il 2010 e il 56% per il 2011 registrano una bassa permissività.

L'indice di permissività è stato costruito, considerando la somma dei quattro item proposti agli intervistati:

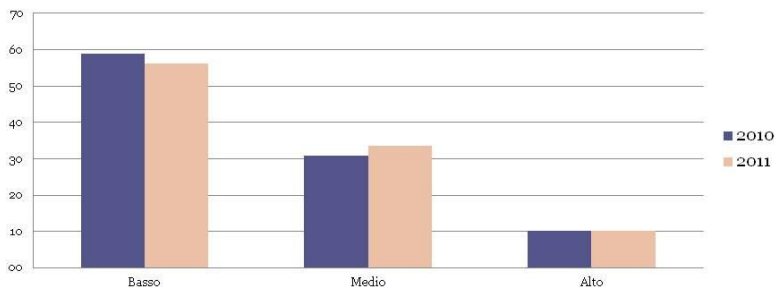
38.1 Mio padre/madre stabiliscono regole precise sul mio comportamento a casa

38.3 Mio padre/madre stabiliscono regole precise sul mio comportamento fuori casa

38.5 Mio padre/madre sanno dove e con chi sono la sera

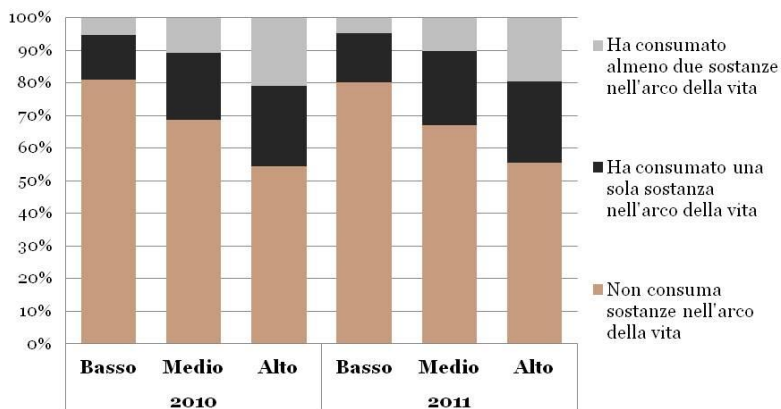
39 I tuoi genitori sanno dove trascorri il sabato sera?

### Indice di permissività confronto tra il 2010 e il 2011

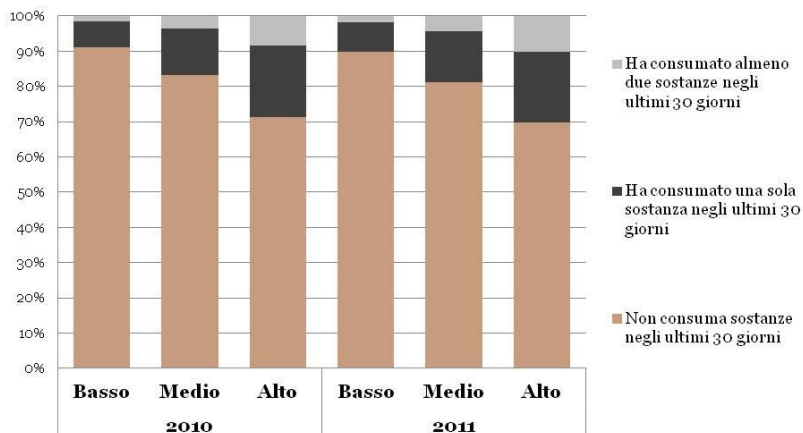


Considerando una possibile relazione tra permissività e prossimità alle droghe, osserviamo che nei tre gruppi (ad alta, media e bassa permissività) la proporzione di coloro che hanno assunto una o più sostanze, rispetto a coloro che non ne hanno fatto uso, è superiore nella fascia ad alta permissività. Quindi, l'alta permissività risulta un fattore significativamente predisponente all'uso di droghe, ovviamente insieme ad altri fattori latenti.

### Indice di permissività e Uso di sostanze nell'arco della vita



### Indice di permissività e Uso di sostanze negli ultimi 30 giorni



## Regressione logistica binaria applicata ai dati delle indagini SPS-ITA 2010 e SPS-ITA 2011 e costruzione dell'IPU (Indice di Propensione all'Uso).


La regressione logistica binaria si utilizza quando si desidera prevedere la presenza/assenza di una caratteristica o di un risultato in base ai valori assunti da un insieme di variabili indipendenti dette *covariate*. È simile al modello di regressione lineare ma si adatta meglio a quei casi in cui la variabile dipendente da predire è categorica ed, più in particolare, quand'è dicotomica (binaria).

In questo contesto il modello logistico viene utilizzato per mettere in relazione la variabile binaria dipendente  $Y$ , che assume valore:


**1** se l'intervistato indica di aver fatto **USO DI SOSTANZE ILLEGALI**

**0** se indica di **NON AVER FATTO USO ILLEGALI**,

con una serie di  $K$  variabili indipendenti.



I dati a nostra disposizione ci hanno permesso di effettuare una regressione logistica binaria sui fattori predittivi all'uso e di costruire un indice per la propensione all'uso. Per la regressione logistica binaria sono stati presi in considerazione fattori di rischio che riguardano un'articolata interazione tra fattori individuali e ambientali, quali il comportamento, la sfera delle relazioni e le regole imposte fuori e dentro casa dai genitori degli intervistati, la contiguità alle sostanze.



Questi fattori di rischio, che nell'analisi logistica binaria sono le covariate del modello, riguardano:

- il grado di libertà nel contesto familiare (indice di permissività)
- il grado di soddisfazione nel rapporto con padre e madre
- i giorni persi a scuola per mancanza di voglia
- la frequenza dei giorni in cui esce
- la quantità di amici che fanno uso di sostanze
- la quantità di denaro speso senza controllo dei genitori.

Si è provveduto a rendere queste covariate binarie nelle modalità riportate dalla tabella che segue:

Covariate	Modalità	Codifica
Rapporto padre	Rapporto soddisfacente	0
	Rapporto insoddisfacente	1
Rapporto madre	Rapporto soddisfacente	0
	Rapporto insoddisfacente	1
Indice permissività	Basso	0
	Alto	1
Giorni persi scuola non aveva voglia	Nessuna o 1 giorno assenza	0
	Più di 1 giorno di assenza	1
Amici usano droghe	Nessun amico che usa droghe	0
	Almeno un amico che usa droghe	1
Esce sera	Esce poco	0
	Esce molto	1
Spende senza controllo genitori	< 30 €	0
	> 30 €	1

### Stima dei parametri e variabili nell'equazione della logistica per i dati SPS-ITA 2010

	B	E.S.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI per EXP(B)	
							Inferiore	Superiore
Rapporto_madre	,259	,044	35,148	1	,000	1,296	1,190	1,412
Rapporto_padre	,331	,040	69,063	1	,000	1,392	1,287	1,505
Indice_permissività	,519	,039	180,562	1	,000	1,680	1,557	1,812
Giorni_persi_scuola_non_aveva_voglia	,728	,036	400,429	1	,000	<b>2,071</b>	1,929	2,224
Esce_sera	,890	,042	438,935	1	,000	<b>2,435</b>	2,241	2,647
Amici_usano_droghe	2,368	,050	2228,602	1	,000	<b>10,673</b>	9,674	11,776
Spende_senza_controllo	,677	,045	224,134	1	,000	1,968	1,801	2,150
Costante	-4,059	,060	4609,935	1	,000	,017		

### Stima dei parametri e variabili nell'equazione della logistica per i dati SPS-ITA 2011

	B	E.S.	Wald	df	p-value	Exp(B)	95% CI per EXP(B)	
							Inferiore	Superiore
Rapporto_madre	,263	,040	43,783	1	,000	1,301	1,203	1,406
Rapporto_padre	,221	,036	37,899	1	,000	1,247	1,162	1,337
Indice_permessività	,493	,035	197,342	1	,000	1,637	1,529	1,754
Giorni_persi_scuola_non aveva voglia	,611	,032	353,842	1	,000	1,842	1,728	1,963
Esce_sera	,824	,036	515,715	1	,000	<b>2,280</b>	2,123	2,448
Amici_usano_droghe	2,129	,041	2640,035	1	,000	<b>8,403</b>	7,748	9,114
Spende_senza_controllo	,573	,038	225,933	1	,000	1,774	1,646	1,912
Costante	-3,672	,049	5536,536	1	,000	,025		

Per i dati di SPS-ITA 2010 il modello logistico, la cui predizione dipende dalle covariate disponibili, classifica correttamente il 79.0% dei soggetti intervistati mentre per l'indagine SPS ITA 2011 ben il 99.1 %.

### Indice di Propensione all'Uso

Con i risultati forniti dall'analisi logistica si è proceduto alla costruzione di un *indice di propensione all'uso* di sostanze psicotrope ottenuto attribuendo a ciascuna risposta, significativamente correlata con quelle dell'uso delle sostanze, il peso individuato dalla stima dell'odds-ratio ( $\exp(\beta)$ ).

Dette  $V_1, V_2, \dots, V_n$  le covariate binarie prese in esame nella regressione logistica, definiamo **Indice di Propensione all'Uso (IPU)** la combinazione lineare:

$$\text{IPU} = \alpha + W_1 V_1 + W_2 V_2 + \dots + W_n V_n$$

dove  $W_1, W_2, \dots, W_n$  sono i valori delle stime degli odds-ratio ed  $\alpha$  la costante che provengono dal modello.

L'indice di propensione all'uso di sostanze psicotrope può essere utilizzato per valutare gli intervistati che non hanno risposto alle domande sui consumi ma, soprattutto, per individuare le caratteristiche della parte di popolazione a rischio di utilizzo di sostanze.

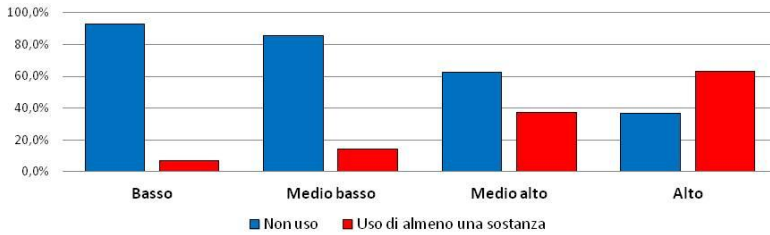
Si è proceduto, mediante valori soglia, a ripartire l'Indice sia in quattro modalità (Bassa, Medio bassa, Medio alta, Alta) sia in due (Bassa-medio bassa e Medio alta-alta).

Lo si è, quindi, incrociato con le domande inerenti l'uso e poliuso di sostanze psicotrope nell'arco della vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni nelle due indagini SPS 2010 e SPS 2011; i grafici che seguono descrivono la distribuzione di tali soggetti all'interno delle modalità dell'IPU.

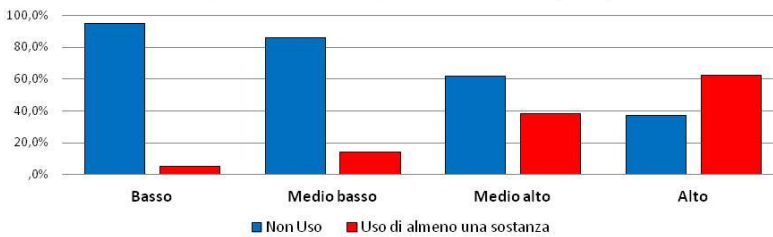




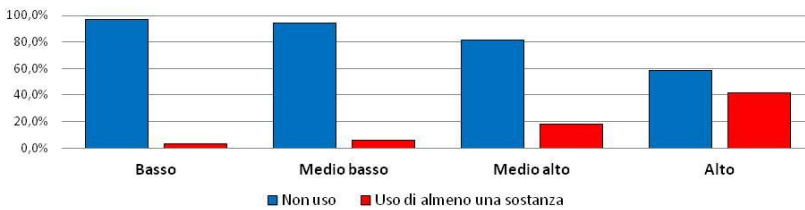
Uso di almeno una sostanza nella vita IPU (2010)



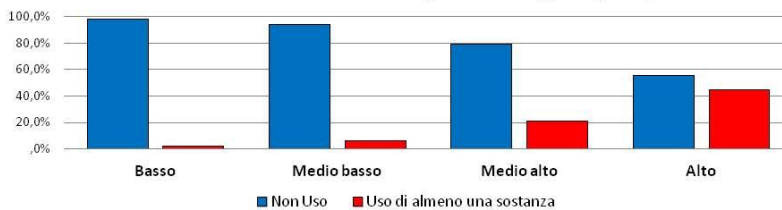
Uso di almeno una sostanza nella vita IPU (2011)

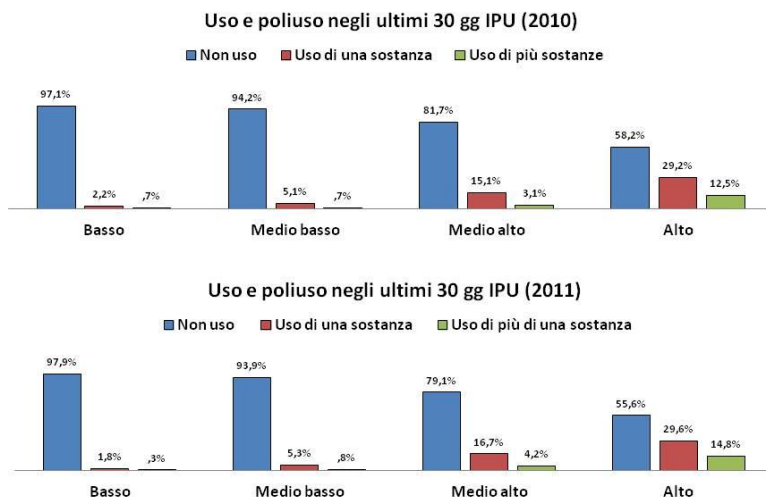


Uso di almeno una sostanza negli ultimi 30 gg IPU (2010)




Uso di almeno una sostanza negli ultimi 30 gg IPU (2011)





Fissando l'attenzione su coloro che dichiarano di aver fatto uso di almeno una sostanza, in entrambe le indagine si evince un IPU Medio alto-Alto per oltre il 40% degli intervistati nell'arco della vita; superiori al 30% per gli ultimi 12 mesi e al 20% per i consumatori più abituali (ultimi 30 giorni).

Tra coloro che dichiarano di non aver fatto uso, invece, l'IPU risulta essere prevalentemente Basso - Medio Basso. Questo implica che l'IPU individua e discrimina gli intervistati in base all'utilizzo di sostanze, confermando che i predittori presi in esame sono veri e propri *sintomi* correlati all'uso di sostanze.



L'IPU va a intercettare coloro che, più facilmente di altri, possono diventare consumatori assidui, proprio perché il loro consumo è associato a caratteristiche soggettive, quali il forte conflitto genitoriale, le difficili relazioni interpersonali o a situazioni in cui c'è una forte presenza di consumo tra la rete sociale primaria e non a situazioni occasionali quali consumo in feste o in contesti ricreativi.

A tal proposito i fattori di rischio individuati vanno a sostegno di modelli di prevenzione che completano le strategie universali fornendo interventi selettivi mirati a coloro che più di altri corrono il rischio di diventare consumatori abituali.



**PRESENTAZIONE DI LAURA AMATO**

**EFFICACIA E SICUREZZA DEGLI  
INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA**

## **Efficacia e sicurezza degli interventi di prevenzione primaria**

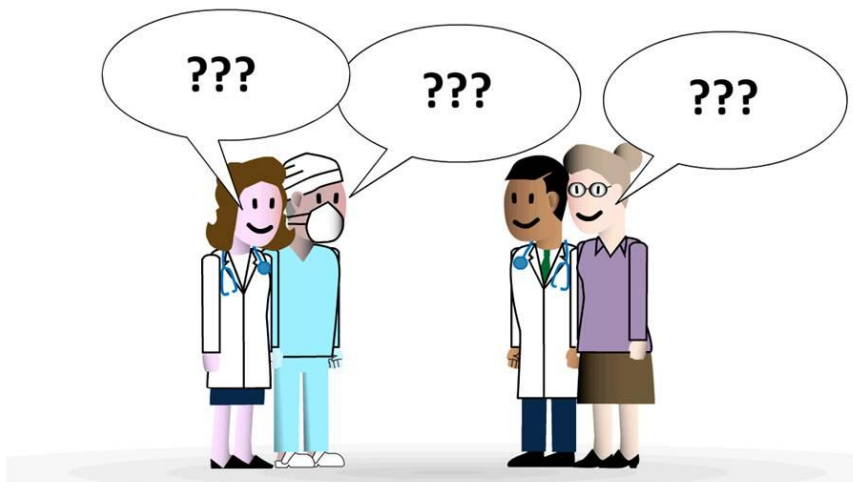
[l.amato@deplazio.it](mailto:l.amato@deplazio.it)

---

**Fattori di Rischio e Modelli di prevenzione nella Popolazione Studentesca. Quali strategie da metter in atto? Roma 30\_06\_2015**

**Il SSN offre una vasta gamma di interventi per alcuni dei quali vi è incertezza circa la loro rilevanza per la salute delle persone.**

La notevole quantità di letteratura disponibile, talvolta contraddittoria e presentata in un modo spesso incomprensibile, contribuisce alla complessità del processo decisionale.



E' spesso difficile scegliere tra le numerose opzioni disponibili



## **Le persone che devono prendere delle decisioni hanno bisogno di**

prove affidabili

conoscenza su quali interventi apportano reali benefici, quali recano danni e quali hanno pochi se non nulli effetti sul decorso della malattia

**Quando le incertezze circa gli effetti dei trattamenti non sono affrontati nella ricerca, le persone possono soffrire e talvolta morire inutilmente.**

## **Un promemoria delle responsabilità verso il pubblico degli operatori sanitari, dei decisori politici e dei ricercatori**

**Good intentions and plausible theories  
are no substitute for  
reliable evidence from empirical research  
about the effects of social and healthcare  
interventions**

*Iain Chalmers, 8° CC 2000*



## Ma i programmi e gli interventi di prevenzione utilizzati sono efficaci?

### Scared Straight' programmes

Il programma prevede per i giovani considerati a rischio visite organizzate nelle carceri

L'idea è che vedere di prima mano le condizioni di vita dei detenuti ed interagire con loro faccia da deterrente e prevenga futuri comportamenti "criminosi"

## RCTs of 'Scared Straight' programmes

Trial	Change in criminal behaviour
Michigan 1967	<b>26 % increase</b>
Greater Egypt 1979	<b>5 % increase</b>
Yarborough 1979	<b>1 % increase</b>
Orchowsky 1981	<b>2 % increase</b>
Vreeland 1981	<b>11 % increase</b>
Finckenauer 1982	<b>30 % increase</b>
Lewis 1983	<b>14 % increase</b>

*Petrosino et al 2002*

## The Adolescent Substance Abuse Prevention Study (ASAPS)

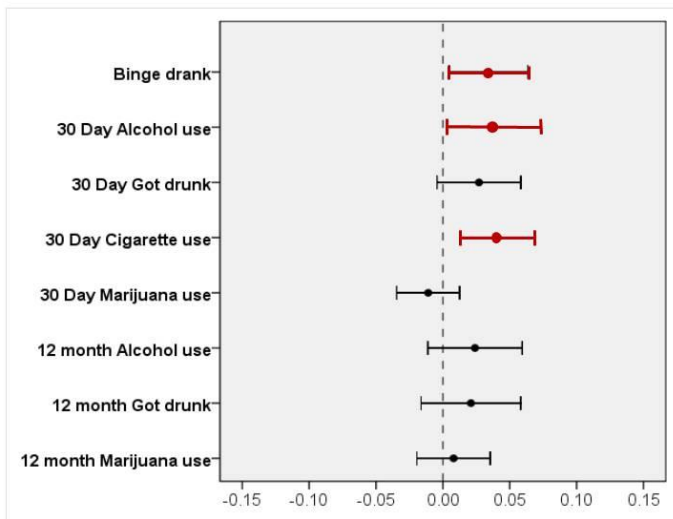
NIDA (US) developed an evidence-based substance abuse prevention program with curricula for the 7<sup>th</sup> and 9<sup>th</sup> grades, delivered by DARE officers

*Take Care of Your Life (TCYL) present all the characteristics of a Best Practice*

- based on a Comprehensive Social Influence approach
- 10 lessons + a booster session

The program has been evaluated by a large CRCT study (**20000 students involved!**), following a cohort of students from the 7<sup>th</sup> through the 11<sup>th</sup> grades

## ASAPS Main Effects

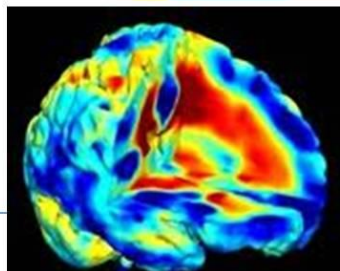


Sloboda, DAD, 2009

D/EP/Lazio

ASL ROMA E REGIONE LAZIO

### La prevenzione è spesso inefficace (a volte dannosa)



D/EP/Lazio

## L'IMPORTANZA DI ESSERE REALISTI

«La maggior parte dei pazienti sovrastima i benefici degli interventi sanitari e sottovaluta i rischi».



WWW.COCHRANELIBRARY.ORG

## La prevenzione efficace

E' necessario che gli interventi di prevenzione nella pratica dei servizi siano **Evidence-based**, cioè precedentemente valutati da studi randomizzati

## Cochrane Drugs and Alcohol Group

Editors, N=9

The editorial base

Authors, N=476

Marina Davoli  
 Laura Amato  
 Zuzana Mitrova  
 Silvia Minozzi

Referees, N=124

Consumer  
 involvement

Statistical advise

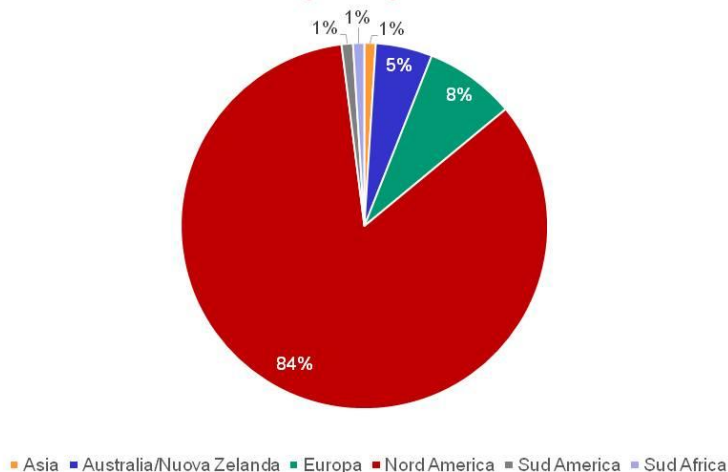


**D/EP/Lazio**



Revisione	Totale studi considerati	N° Studi esclusi	N° Studi Inclusi	% di studi inclusi	N° Partecipanti
1. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people	101	48	53	52	122107
2. Universal school-based prevention for illicit drugs' use	158	107	51	32	119463
3. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings	49	32	17	35	16417
4. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students	58	92	65	112	43193
5. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people	67	47	20	30	53039
6. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people	60	48	12	20	11274
7. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use	233	229	4	2	1994
8. Media Campaign for preventing illicit drugs use in young people	76	53	23	30	188146
9. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young people	96	30	61	64	18181
10. Restricting or banning of alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents	16	12	4	25	80
<b>Total</b>	<b>914</b>	<b>698</b>	<b>310</b>	<b>34</b>	<b>573894</b>

Paese di origine degli Studi Inclusi



## Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people

Life Skills Training Program 😊

Unplugged program 😊

Good Behaviour Game 😊





Social or life-skills interventions 😞

## Universal school-based prevention for illicit drugs' use





Combination of social competence and social influence approaches 😊

Social competence approach. 😊

### Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings

Motivational interviewing on cannabis use	
Family interventions on cannabis use	
Multi component community interventions	
Education and skills training	

### Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students

Web/computer feedback	
Individual face-to-face feedback	
Mailed feedback	
Group face-to-face feedback	

**Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people**



**Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people**



**Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use**



**Media Campaign for preventing illicit drugs use in young people**

**Multi component interventions**



**Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young people**



**Restricting or banning of alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents**





## IN SINTESI...

Le decisioni sulla salute devono essere prese sulla base di evidenze solide.

E' sempre più complesso sintetizzare le prove che derivano dalla ricerca

E' necessario garantire l'accesso alle prove e il loro uso.

Sono "tempi interessanti" per la medicina basata sulle prove.



### "Know-do gap"



Evidence



Practice



**INTERVENTO DI CLAUDIO CIPPITELLI**

**ALCUNE IDEE PER UNA PREVENZIONE  
E RIDUZIONE DEI RISCHI MIRATA ALL'EFFICACIA.**

Nel 2015 si celebreranno 40 anni dalla prima legge organica sulle droghe, la 685 del dicembre 1975. Da quella data, nel nostro paese, si sono adottate politiche pubbliche che, in termini politologici, possiamo descrivere come un *pendolo*. Infatti, il pendolo della regolazione ha oscillato da un approccio scarsamente punizionista (legge 685/75) ad uno decisamente punizionista (T.U. 309/90), sempre però all'interno del paradigma della proibizione del consumo e, negli ultimi anni, di una piena adozione di quella *war on drugs* fortemente caldeggiata dal governo statunitense del periodo antecedente all'amministrazione Obama. Il pendolo della regolazione si è riverberata anche nel significato, nel compito, nelle metodologie e nei messaggi della prevenzione, uno dei pilastri delle politiche sulle droghe. In estrema sintesi, si è oscillato tra messaggi iscrivibili nello slogan *Just say no*, ovvero "tutto quello che devi sapere sulle droghe è che devi dire no", (coniato dalla *First Lady* Nancy Reagan durante la presidenza di suo marito) e quelli che hanno adottato un altro taglio: *Just say know*, ovvero "ciò che è importante è che tu conosca". Quest'ultimo stile sembra essere il più adeguato di fronte ad un fenomeno, il consumo di droghe sia legali che illegali, fortemente controverso, ovvero che vede opinioni molto diverse tra la popolazione, in particolare nella sua componente giovanile. Tra le altre cose, hanno contribuito al successo dell'approccio *Just say know*: la comparsa del virus Hiv, che ha spostato il focus dalla priorità di dissuadere dal consumo a quella di preservare la salute e il futuro dei consumatori; la comparsa sul mercato illegale delle cosiddette nuove droghe, ovvero le metamfetamine (Mdma e simili) e una relativa "normalizzazione dei consumi" intervenuta in fasce tutt'altro che marginali della popolazione.

Al contrario, fatta eccezione per una sola edizione, quella del 1998, tutte le campagne antidroga realizzate dai diversi governi nel nostro paese sono accomunate dallo stesso stile e dallo stesso approccio: tutto ciò che si intendeva comunicare attraverso gli spot radiotelevisivi si può sintetizzare con il citato approccio sintetizzabile con lo slogan *Just say no*. Per illustrare il concetto *Just Say No* si sono utilizzate negli anni diverse agenzie pubblicitarie, ma il prodotto, in termini di stile, è molto spesso assai simile. Si veda la campagna del 2002, dove si narra di Marco, adolescente alle prese con le amicizie e le prime esperienze con le ragazze. Prima questione: tutte le campagne si rivolgono ai giovani, in particolare agli adolescenti, come se i consumi di sostanze psicotrope riguardasse solo ed esclusivamente questa fascia di età; cosa non vera nel '900, figuriamoci nel terzo millennio. Marco, nello spot, ad un certo punto, *cambia* e questa *mutazione* è

resa con il più classico degli stereotipi, il tunnel: sotto la volta di un ponte Marco, per frazioni di secondo, è poggiato al muro, seduto sull'argine, poi scompare. La narrazione continua illustrando il conflitto con il padre – *che cerca di parlargli ma lui...figurati* – e l'impegno del suo amico, voce narrante dello spot, che tenta di dissuaderlo – *la droga no!* – spintonandolo all'interno di uno spogliatoio. La storia finisce bene, Marco torna ad essere uno che ce l'ha fatta: *o ci sei o ti fai; io voglio esserci* è il *claim* finale. Insomma lo sport e l'amicizia salvano dal tunnel. Forse.

<http://www.politicheantidroga.it/comunicazione/campagne-di-comunicazione/2002---campagna-o-ci-sei-o-ti-fai-.aspx>

L'Amministrazione Alemanno, tramite l'Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze si è distinta per un approccio quanto mai superato, costringendo tutte le diverse strutture (cooperative, associazioni) che negli anni passati avevano prodotto una gamma assai diversificata di materiali informativi (spesso richiesti e ceduti anche ad altre città italiane) e di pratiche di intervento a adottare un unico prodotto, una sorta di *testo unico*: testi infarciti di approccio morale, informazioni scientifiche almeno discutibili, grafica da incubo. Anche nella produzione di manifesti, l'ACT ha raggiunto vette davvero irraggiungibili: qui sotto un esempio dove nulla è congruo, né il testimonial, né l'hashtag e tantomeno il banale messaggio. L'effetto è tristemente comico.



Tale produzione trova un possibile confronto solo con una delle ultime Campagne Governative dell'era Giovanardi.

**La campagna del 2011**, dal titolo "*Non ti fare, Fatti la tua vita*", è incentrata su un cortometraggio che, nelle intenzioni degli autori, doveva in pochi minuti esprimere il concetto che la droga (sempre al singolare) dietro un aspetto seducente - rappresentato da una giovane e bellissima ragazza - cela un mostro, anzi una *vampira* pronta a uccidere.

<https://www.youtube.com/watch?v=suu8M8Rgb80>

Di seguito, il commento a questo spot prodotto dallo scrivente per la rubrica curata da *Fuoriluogo* su Il Manifesto del 23 marzo 2011:

Da qualche tempo si può vedere in tv lo spot della nuova campagna nazionale contro la droga. Per chi non l'avesse visto, eccone una breve sintesi: un giovanotto, in procinto di partire per una vacanza sulla neve, viene raggiunto di corsa da un amico che gli passa un sacchetto trasparente contenete un discreto numero di compresse, senza alcuna contropartita in

denaro. Il ragazzo sale sul pullman e siede accanto ad una ragazza che sembra aspettarlo, e che, avendo osservato la scena, lo guarda con disapprovazione: lui non ne risulta particolarmente turbato, si addormenta immediatamente e sogna. Sogna della ragazza che ha al suo fianco? Ma neanche per idea, sogna il suo sacchetto di pasticche che però si trasforma in una donna assai bella e seducente, vestita di bianco come bianca è la pista in cui si incontrano: si abbracciano ma, improvvisamente, la bella in bianco si trasforma in un vampiro/zombie e lo morde. Il giovanotto si sveglia di colpo, scende dal pullman e getta il sacchetto di plastica in un bruciere casualmente a disposizione (droga, tu mi bruci il cervello, io brucio te) e, incurante dell'eventuale diossina prodotta, si allontana, mano nella mano, con la ragazza del pullman. Dissolvenza, messaggio in sovraimpressioni "Non ti fare - Fatti la tua vita". Musica di Nek (a Sanremo '93 presentò la canzone antiabortista In te e forse per questo tanto apprezzato dal Senatore Giovanardi), cantante appetibile tra i giovani sotto i trenta quanto una cover di Claudio Villa. Nella conferenza stampa di presentazione, Bonaiuti ha affermato che, sia la sceneggiatura che la regia, sono "opera prima" di Carlo Giovanardi. Non sappiamo se il senatore abbia una vaga idea di cosa rappresentino attualmente vampiri e zombie nell'immaginario dei giovani: se, per esempio, è a conoscenza del successo al cinema di Twilight saga (Twilight - 2008, New Moon - 2009, Eclipse - 2010) o del film svedese del 2008 Lasciami entrare, delle serie tv True blood (uscita in Italia nel 2009 e di cui è finita da poco la terza serie), il Diario del vampiro (uscita in Italia nel 2010), The walking dead (2010) o Dead set (serie del 2008, 5 episodi ambientati nella casa del Grande Fratello). Solo per elencare i titoli di maggiore successo. Come si può pensare che, per dissuadere i giovani dall'uso di droghe, si possa utilizzare una delle metafore per loro più affascinanti? Il britannico National Social Marketing Centre, ha pubblicato, nel 2007 una checklist per la valutazione dei programmi di marketing sociale. Al secondo punto si legge che tali programmi devono dare prova di una profonda conoscenza dei gruppi target selezionati: sentimenti, atteggiamenti e percezioni. Carlo Giovanardi, e i suoi collaboratori, hanno probabilmente molta paura delle vampire, ma non brillano in conoscenza del gruppo target, né dei loro sentimenti, atteggiamenti e percezioni; forse non sanno che, alla morale proposta - chi si accontenta (della ragazzina del pullman) gode (non viene morso dalla bella vampira/zombie) - di norma ai ragazzi piace di più un altro proverbio, chi non risica non rosica. Ma per cimentarsi sul rischio ci vogliono i professionisti, come dimostrano gli splendidi spot di Davide

Ferrario della 7° campagna nazionale nei quali, in un clima da cinema indipendente, (bianco e nero, sonoro in presa diretta), rapide conversazioni tra ragazzi mettevano in discussione i luoghi comuni e i miti che ruotano intorno ai consumi di party drugs. Quella campagna, ormai lontana, poteva contare su un'implementazione locale fatta da tante unità di strada che riprendevano territorialmente il messaggio, come raccomanda la citata checklist al punto 5 (coinvolgimento dei referenti locali per l'attuazione e lo sviluppo in modo che siano pronti a sostenere il programma) e al punto 8 (équipe multi – settoriali per aiutare a sviluppare, distribuire e valutare la campagna). Ma la 7° campagna, era una cosa seria. Ora si teme il sequel: per ristabilire l'eguaglianza tra i generi, magari un cannibale maschio che, come Hannibal Lecter, divori le cervella (oramai ridotte ad una fetta di emmenthal, per via dei famosi buchi) di una giovane che ha appena rollato una canna. Alla fantasia non c'è limite. Alle sceneggiature del senatore Giovanardi neanche.

<http://www.fuoriluogo.it/sito/home/archivio/newsletter/2011/7/la-rubrica-su-fl-sul-manifesto/spot-antidroga-lirresistibile-vampira-di-giovanardi#more>

Fare una buona comunicazione sulle diverse sostanze psicotrope presenti sul mercato legale e illegale è un'attività assai complessa: deve essere affidata a professionisti di diverse discipline per evitare tautologie o, peggio *effetti boomerang*. Altrettanto complesso è progettare e realizzare politiche pubbliche di sanità pubblica sulle droghe che rispettino le diverse esigenze e i diversi orientamenti della popolazione: infatti, si deve avere la consapevolezza che oggi parlare di droghe è parlare di un oggetto controverso e che, vista la grande diffusione dei consumi di tali sostanze, si è in presenza di un fenomeno sociale e non di una devianza.

Sulla scorta di quanto accennato, una moderna politica pubblica preventiva, adeguata ad una vasta area urbana come quella romana, necessita di programmi in grado di:

- Essere adeguata alla realtà e ai bisogni di assuntori molto diversificati in termini di età, genere, cultura, stili di vita e di consumo;
- Adottare approcci, metodologie e pratiche in sintonia con quanto suggerito dall'Osservatorio Europeo sulle droghe di Lisbona;
- Tenere nel giusto conto la scansione delle diverse stagioni (per esempio della cosiddetta *movida* primaverile e estiva) e delle opportunità di intervento nel diurno e nelle ore serali-notturne;



- Rispondere sia alla necessità di interventi spiccatamente territoriali, sia all'opportunità di seguire le *psicogeografie* giovanili, che disegnano tracciati che percorrono l'intera area metropolitana;
- Tracciare un continuum tra prevenzione/limitazione del rischio con gli interventi di riduzione del danno;
- Intervenire negli istituti scolastici con attività non occasionali, privilegiando quelle scuole secondarie superiori che – per caratteristiche socioculturali – possono trovare negli interventi un valido contributo nella logica dell'*empowerment* individuale e di gruppo.

A fronte delle limitate risorse attualmente a disposizione per implementare i progetti di prevenzione e tenendo conto della necessità di una alta specializzazione delle èquipe e dei singoli operatori da impiegare nei programmi in oggetto, si suggerisce di:

- Evitare la parcellizzazione degli interventi, avviando un massimo di cinque progetti, fortemente connessi tra loro e modulabili in base alle necessità di un intervento organico cittadino che tenga presente delle aggregazioni giovanili dettate da eventi specifici o dalle stagioni (litorale, concerti, ecc.);
- Prevedere una cabina di regia che renda concertati ed osmotici gli interventi di prevenzione/limitazione del rischio con quelli di riduzione del danno e dei centri diurni, con la presenza attiva dei Ser.T.;
- La convocazione di momenti formativi e seminariali periodici per confrontare e aggiornare le metodologie, gli strumenti e le pratiche adottate dalle diverse èquipe;
- Avviare programmi di ricerca sugli stili di consumo di sostanze psicoattive nelle diverse aree metropolitane, affidata alle èquipe che conducono interventi di prevenzione/limitazione dei rischi, anche in collaborazione con le università presenti nel territorio.



## **INTERVENTO DI EDOARDO POLIDORI**

Al convegno ha partecipato anche il dott. Edoardo Polidori (Coordinatore dei Ser.T dell'AUSL della Romagna all'interno della Commissione Paritetica Locale per il monitoraggio degli Accordi di fornitura tra AUSL della Romagna e gli Enti Ausiliari Accreditati), presentando un lavoro multimediale che non è possibile rendere disponibile in questo volume, pertanto in accordo con il dott. Polidori si rimanda a questo link

[https://www.youtube.com/watch?v=drZVa0R\\_DuI](https://www.youtube.com/watch?v=drZVa0R_DuI)

(Conferenza tenuta dal Dottor Edoardo Polidori - responsabile del SERT di Forlì - a Cavriago il 7 febbraio 2013 sul tema della comunicazione tra genitori e figli) che riproduce i contenuti discussi nella presentazione tenuta al Convegno.

Finito di stampare in proprio  
nel mese di ottobre 2015  
UniversItalia di Onorati s.r.l.  
Via di Passolombardo 421, 00133 Roma Tel: 06/2026342  
email: [editoria@universitaliasrl.it](mailto:editoria@universitaliasrl.it) – [www.universitaliasrl.it](http://www.universitaliasrl.it)