
Parte IV Misure di prevenzione**Capitolo I Gli interventi di prevenzione**

593

Interventi tesi a prevenire l'uso di sostanze in generale tra i giovani e interventi nelle scuole per la prevenzione dell'uso di sostanze illegali (Faggiano et al., 2005)

La revisione include 32 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 50.224 studenti. In questa revisione gli interventi considerati sono classificati secondo la definizione di Tobler (Tobler & Stratton, 1997; Tobler et al., 2000) come:

- a) interventi mirati all'acquisizione di conoscenze specifiche;
- b) interventi sulla sfera emotiva;
- c) interventi mirati all'acquisizione di capacità di relazione sociale.

I risultati hanno evidenziato che gli interventi di prevenzione in ambito scolastico tesi a sviluppare capacità sociali specifiche sono quelli più efficaci per prevenire l'uso precoce di sostanze. Non è stata invece dimostrata l'efficacia di interventi che offrono solo informazioni o che sono focalizzati soltanto sull'affettività, pertanto questi interventi dovrebbero essere svolti solo in contesti sperimentali per consentirne ulteriori valutazioni.

Interventi per la prevenzione dell'uso di droghe svolti in setting non scolastici (Gates et al., 2006)

La revisione include 17 studi con un totale di 24.482 adolescenti; 16 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Asia. Nella revisione erano valutati quattro differenti tipi di intervento:

- a) intervista motivazionale o intervento breve;
- b) training educativi o mirati all'acquisizione di capacità sociali;
- c) interventi familiari;
- d) interventi di comunità che utilizzavano multicomponenti.

Risultati

In generale non è dimostrata l'efficacia degli interventi considerati in questo specifico contesto. L'intervista motivazionale e alcuni interventi familiari possono offrire qualche beneficio. Una valutazione costi-efficacia non è stata considerata in nessuno degli studi inclusi; future ricerche sono necessarie per valutare se questo tipo di interventi debbano essere raccomandati.

Mentoring di bambini e adolescenti per prevenire l'uso di alcol e droghe (Thomas et al., 2011)

La revisione include 4 studi, tutti condotti in Nord America, con un totale di 1994 adolescenti provenienti da minoranze etniche e "deprivati", che non usavano né alcol né droghe al momento dell'arruolamento in studio. La figura del mentore è quella di una guida, di un consigliere saggio, di un precettore: deve il suo nome a Mente o Mentore, re dei Tasi a cui Odisseo affidò Telemaco prima di partire per la guerra. Il mentore è una figura di riferimento, più anziana e dotata di esperienza, che guida e consiglia la persona più giovane. In questa revisione, tutti gli studi valutavano programmi di mentoring strutturati e non informali.

Risultati

Durante il periodo osservato, solo un RCT ha riportato una diminuzione significativa dell'uso di alcol e un altro una diminuzione dell'uso di droghe e quindi i benefici, rispetto agli sforzi per effettuare questi programmi, sono modesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di alcol tra i giovani e interventi che utilizzano le "norme sociali" per ridurre l'abuso di alcol tra i giovani nelle Università e nei College (Moreira et al., 2009)

La revisione include 22 studi con un totale di 9610 studenti; 19 studi sono stati condotti in Nord America e 3 in Australia. Le norme sono principi che regolano i rapporti tra le persone della società e permettono o vietano certi comportamenti. Le norme sociali sono quelle che ci dicono quale comportamento avere riguardo all'educazione, al bene e al male, alla religione, etc. In questa revisione le norme sociali relative ai comportamenti di uso di alcol venivano utilizzate allo scopo di ridurne l'uso tra i giovani. Gli interventi valutati consideravano feedback sulle norme sociali a) via web; b) postale; c) con incontri faccia a faccia.

Risultati

Il feedback via web e quello con incontri faccia a faccia sono probabilmente efficaci nel ridurre il consumo di alcol. Gli effetti migliori si notano nei periodi di follow-up più brevi (3 mesi). Per il feedback per posta, per quello che utilizza incontri in gruppo e per le campagne di marketing sulle norme sociali, i risultati degli studi non sono nel complesso favorevoli in modo significativo e per tale motivo queste modalità non dovrebbero essere raccomandate. Pertanto, coloro che si occupano di interventi di prevenzione e i decisori politici ed amministrativi dovrebbero considerare l'opportunità di utilizzare il feedback via web per la prevenzione dell'abuso di alcol.

Interventi nelle scuole per prevenire l'abuso di alcol tra i giovani (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011a)

La revisione include 53 studi con un totale di 122.107 studenti; 41 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Australia 5 in Europa ed 1 in Asia. I componenti degli interventi valutati nella maggioranza degli studi inclusi miravano a promuovere una maggiore consapevolezza rispetto ai comportamenti di uso (ad esempio benefici, conseguenze e rischi di un determinato comportamento), una maggiore autostima, a favorire lo sviluppo di capacità di risolvere i problemi (problem solving), di resistere alle pressioni del gruppo e di imparare a dire di no e infine a favorire cambiamenti rispetto alle norme sociali e alle proprie convinzioni/ attitudini.

Risultati

Gli interventi dimostratisi efficaci sono stati: Life Skills Training Program in Nord America, Unplugged in Europa e Good Behaviour Game sia in Nord America che in Europa. A causa della variabilità dei risultati, sia fra gli studi che fra i sottogruppi dei singoli studi, si raccomanda, comunque, una particolare attenzione rispetto ai contenuti del programma da adottare e al contesto in cui viene proposto. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti. Il Life Skills Training Program è un programma che fornire informazioni circa il pericolo di

Parte IV Misure di prevenzione

Capitolo I Gli interventi di prevenzione

595

assumere droghe è disegnato per: insegnare agli studenti come resistere alle pressioni del gruppo dei pari, aiutarli a sviluppare l'autostima, consentirgli di affrontare efficacemente l'ansia, aumentare le conoscenze relative alle conseguenze immediate dell'abuso di sostanze, migliorare le competenze cognitive e comportamentali per ridurre e prevenire una serie di comportamenti a rischio per la salute. Unplugged è un programma interattivo basato sul modello dell'influenza sociale e delle life skills. Tale modello include nozioni teoriche, sviluppo di abilità sociali generali e correzione delle percezioni sbagliate rispetto alle sostanze psicotrope. Il progetto si sviluppa con e attraverso gli insegnanti. Per questo è previsto per gli insegnanti un corso di formazione sui concetti teorici, la struttura, le tecniche e gli strumenti utilizzati. Gli insegnanti sono formati con metodologie interattive volte all'acquisizione delle competenze necessarie per lavorare sulle life skills e sull'influenza sociale. Good Behavior Game è un approccio alla gestione, tramite il gioco, dei comportamenti in classe che premia i bambini che hanno comportamenti adeguati. La classe viene divisa in due squadre e viene assegnato un punto di penalizzazione per ogni comportamento inappropriato manifestato dai singoli appartenenti alla squadra stessa. Vince la squadra che alla fine ha ottenuto meno penalizzazioni.

Interventi di prevenzione con più componenti per l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011b)

La revisione include 20 studi con un totale di 53.039 giovani; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 1 ciascuno in Australia, in Europa e in Asia. Gli interventi di prevenzione con più componenti sono quelli che garantiscono interventi in diversi contesti, per esempio, sia a scuola che in famiglia, combinando programmi scolastici, con interventi sui genitori, oppure interventi sulla popolazione generale ed anche sui singoli soggetti.

Risultati

Vi è qualche prova disponibile relativa all'efficacia dei programmi con più componenti per la prevenzione dell'abuso di alcol nei giovani. Infatti 12/20 studi hanno dimostrato l'efficacia dell'intervento rispetto al controllo. Tuttavia, le prove disponibili sono troppo poche per poter affermare che i programmi a più componenti siano più efficaci di quelli somministrati in un unico contesto.

Interventi familiari per prevenire l'abuso di alcol nei giovani (Foxcroft & Tsertvadze 2011c)

La revisione include 12 studi con un totale di 11.274 giovani; 11 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa. I programmi di prevenzione basati su interventi familiari differiscono dagli altri perché, piuttosto che agire direttamente sulla popolazione target, provano ad ottenere il risultato prefisso in modo indiretto, attraverso i genitori o i familiari in genere.

Risultati

Le prove relative all'efficacia degli interventi familiari di prevenzione sono poche ma consistenti e inoltre persistono a medio e a lungo termine. 9/12 studi dimostravano una qualche efficacia, rispetto ai controlli, per i programmi familiari con una persistenza dell'effetto sia a medio che a lungo termine. Per implementare questi programmi in contesti diversi da quelli in cui sono stati studiati, sarebbero necessari studi valutativi specifici per i singoli contesti.

Interventi tesi a prevenire l'uso di tabacco tra i giovani e interventi che coinvolgono la comunità per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Carson et al., 2011)

La revisione include 25 studi, con un totale di 104.000 persone; 17 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 3 in Australia ed 1 in India. Nella revisione si valutava l'efficacia di interventi che coinvolgono la comunità confrontati tra loro o con nessun intervento. Gli interventi di prevenzione del fumo di tabacco comprendono quelli legislativi (divieto di vendita ai minori, divieto di fumo in luoghi pubblici), quelli che utilizzano i mass media, quelli scolastici. Vi è una grande variabilità circa il coinvolgimento della comunità nel disegno e nella implementazione di questi interventi. La revisione vuole studiare quegli interventi che sono stati condotti attraverso un ampio coinvolgimento della comunità enfatizzando il principio di "proprietà" o "partnership" nella promozione della salute. I membri delle comunità coinvolte partecipavano attivamente alle decisioni circa l'implementazione dei programmi di prevenzione e spesso anche alla costruzione delle strutture organizzative necessarie.

Risultati

Rispetto alla prevalenza di fumatori, 9 studi hanno evidenziato l'efficacia dell'intervento a lungo termine ed 1 studio a breve termine (12 mesi o meno), 2 studi riportavano risultati in favore dei controlli e i rimanenti 13 studi non evidenziavano differenze statisticamente significative tra i gruppi. Si sono inoltre osservati effetti positivi rispetto all'intenzione di fumare e all'attitudine al fumo. In sintesi, vi sono prove circa l'efficacia degli interventi di popolazione nel ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare giovani ma queste prove sono limitate e provengono da studi con evidenti limiti metodologici.

Interventi familiari e sui luoghi di lavoro per ridurre l'esposizione dei bambini al fumo passivo (Priest et al., 2008)

La revisione include 36 studi; 21 condotti in Nord America, 8 in Europa, 3 in Australia ed 1 in Giappone. Gli studi consideravano interventi svolti in ambulatori pediatrici rivolti a genitori di bambini sani e a genitori di bambini malati; solo 4 studi valutavano interventi di comunità o di popolazione.

Risultati

In 17/36 studi si è evidenziata una diminuzione dell'esposizione al fumo passivo dei bambini ma solo in 11/36 la differenza era statisticamente significativa. Poche differenze tra genitori di bambini sani o malati di malattie respiratorie o di altro tipo. Un intervento efficace era svolto in setting scolastico e rivolto ai padri fumatori. In conclusione, mentre gli interventi di counseling brevi si sono dimostrati efficaci per aiutare gli adulti a smettere di fumare, non sembrano essere altrettanto efficaci se somministrati ai genitori in ambulatori pediatrici.

Interventi familiari per prevenire l'abitudine al fumo tra bambini ed adolescenti (Thomas et al., 2007)

La revisione include 22 studi; 16 studi sono stati condotti in Nord America, 4 in Europa, 1 in Australia ed 1 in India. Gli interventi considerati nella revisione miravano ad aiutare i membri della

Parte IV Misure di prevenzioneCapitolo 1 Gli interventi di prevenzione

597

famiglia a non fumare e a promuovere il non fumo tra i bambini e gli adolescenti della loro famiglia.

Risultati

Riferiti ai 16 studi di qualità buona o discreta. Intervento familiare verso controllo: 4/9 studi con risultati positivi, 1/9 con risultati negativi. Intervento familiare verso intervento a scuola: 1/5 con effetti positivi. Intervento familiare + intervento a scuola verso intervento a scuola: 0/7 con effetti positivi. Intervento familiare mirato all'uso di tabacco verso intervento familiare non focalizzato sul tabacco: 0/1 con effetti positivi. In conclusione, alcuni studi controllati randomizzati di buona qualità dimostrano che gli interventi familiari possono prevenire l'abitudine al fumo tra gli adolescenti ma i risultati non sono confermati negli studi di qualità più bassa.

Interventi nelle scuole per prevenire l'uso di tabacco tra i giovani (Thomas & Perera, 2006)

La revisione include 94 studi; 72 studi sono stati condotti in Nord America, 18 in Europa, 2 in Australia, 1 in Sud America ed 1 in India. Gli interventi utilizzati negli studi erano riconducibili a due filoni principali: a) quelli tesi ad influenzare le capacità di relazione interpersonale e b) quelli che utilizzavano tecniche per influenzare sia le relazioni interpersonali sia le capacità individuali.

Risultati

Riferiti a 23 studi di qualità buona o discreta. Tra gli studi che consideravano gli interventi tesi ad influenzare la sfera sociale, circa la metà evidenziava effetti positivi dell'intervento. Anche tra i 6 studi che testavano l'efficacia di interventi combinati tesi ad influenzare sia le relazioni che l'influenza sociale, circa la metà dei risultati erano a favore dell'intervento. In entrambi i casi non vi era significatività statistica. Gli studi che consideravano altri interventi, quali tecniche per influenzare le competenze individuali ed altri programmi multimodali, non permettevano una valutazione della loro efficacia a causa delle carenze metodologiche con cui erano stati condotti.

Interventi che utilizzano i mass media per prevenire l'uso di tabacco nei giovani (Brinn et al., 2010)

La revisione include 7 studi; 6 studi sono stati condotti in Nord America ed 1 in Europa.

Risultati

3/7 studi riportavano che le campagne di mass media riducono il fumo tra i giovani. Queste campagne erano basate su solide basi teoriche ed erano disegnate da ricercatori esperti; il messaggio suggerito era di ragionevole intensità e veniva proposto per un lungo periodo di tempo. In conclusione, vi sono prove disponibili circa l'efficacia di questo tipo di intervento, ma queste prove, a causa dei limiti metodologici degli studi inclusi, sono deboli.

Interventi tesi a ridurre le possibilità di vendita legale e non di prodotti contenenti tabacco ai giovani (Stead & Lancaster, 2005)

La revisione include 35 studi; 24 studi sono stati condotti in Nord America, 8 in Australia e 3 in Europa. Solo 14/35 studi avevano un gruppo di controllo. Gli studi inclusi consideravano varie tecniche (multe, controllo della comunità, campagne di persuasione, etc.) tutte.

L. Amato -Efficacia dei trattamenti di prevenzione mirate a migliorare il rispetto delle leggi che limitano l'accesso dei giovani alla vendita al dettaglio di tabacco

Risultati

Fornire informazioni ai venditori risulta meno efficace rispetto a strategie che utilizzano tecniche di rinforzo attivo o strategie educative con multicomponenti. Nessun intervento otteneva una compliance alta. In tre RCT si osservava un piccolo effetto dell'intervento sulla percezione dei giovani rispetto alla compera di prodotti contenenti tabacco o alla prevalenza di fumatori giovani. In conclusione, la collaborazione dei tabaccai è potenzialmente molto utile per diminuire il numero di nuovi fumatori tra i giovani, ma pochi degli interventi considerati nella revisione riescono ad ottenere questa collaborazione. Ciò probabilmente spiega i pochi risultati positivi degli studi inclusi in questa revisione.

Impatto delle campagne pubblicitarie relative al tabacco sull'aumento del numero di fumatori tra gli adolescenti (Lovato et al., 2011)

La revisione include 19 studi, con un totale di più di 29.000 non fumatori considerati; 11 studi sono stati condotti in Nord America, 6 in Europa e 2 in Australia. Gli studi valutavano l'impatto delle campagne pubblicitarie sulla modificazione dell'abitudine al fumo tra gli adolescenti.

Risultati

In 18/19 studi longitudinali inclusi i risultati evidenziavano che l'essere esposti a campagne pubblicitarie sul tabacco aumenta il rischio di diventare fumatori tra gli adolescenti.

Conclusioni

La ricerca valutativa in questo campo è molto sviluppata, anche se soprattutto negli USA, dove sono stati condotti molti degli studi inclusi nelle revisioni. Recentemente anche in Europa si stanno conducendo studi di intervento e valutazione. La qualità metodologica degli studi pubblicati è spesso bassa e i programmi valutati sono estremamente eterogenei. Gli interventi studiati nelle 14 revisioni sono molto vari e pertanto è difficile trarre conclusioni sintetiche. In generale, si può comunque affermare che gli interventi di prevenzione più efficaci sono quelli effettuati nelle scuole, mirati ad aumentare le capacità di relazioni interpersonali, che utilizzano tecniche interattive e sono effettuati dagli insegnanti o dai pari. Gli interventi basati sull'acquisizione di conoscenze sono poco efficaci. Altre modalità di intervento andrebbero opportunamente valutate prima di essere utilizzate o raccomandate su larga scala.

Parte IV Misure di prevenzione

Capitolo I Gli interventi di prevenzione

599

Bibliografia

- Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 10(11): CD001006, 2010
- Carson KV, Brinn MP, Labiszewski NA, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 6(7): CD001291, 2011
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). Annual report on the state of the drugs problem in Europe. Publications Office of the European Union. EMCDDA, Lisbon, 2010
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev.* 18(2): CD003020, 2005
- Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School -based prevention for illicit drugs use: a systematic review. *Prev Med.* 46: 385-396, 2008
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 108(1-2): 54-64, 2010
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 11(5): CD009113, 2011a
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 7(9): CD009307, 2011b
- Foxcroft DR (c), Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 7(9): CD009308, 2011c
- Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD005030, 2006
- Kandel DB, Davies M, Karus D, Yamaguchi K. The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. An overview. *Arch Gen Psychiatry.* 43(8): 746-54, 1986
- Leshner AI. Science-based views of drug addiction and its treatment. *JAMA.* 282: 1314-6, 1999
- Lovato C, Waits A, Stead LF. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev.* 5(10): CD003439, 2011
- Moreira MT, Smith LA, Foxcroft D. Social norms interventions to reduce alcohol misuse in University or College students. *Cochrane Database Syst Rev.* 8(3): CD006748, 2009
- Petrie J, Bunn F, Byrne G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: a systematic review. *Health Educ Res.* 22(2): 177-191, 2007
- Priest N, Roseby R, Waters E, Polnay A, Campbell R, Spencer N, Webster P, Ferguson-Thorne G. Family and carer smoking control programmes for reducing children's exposure to environmental tobacco smoke. *Cochrane Database Syst Rev.* 8(4): CD001746, 2008
- Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD001497, 2005
- Thomas RE, Perera R. Schoolbased programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev.* 19(3): CD001293, 2006

Parte IV Misure di prevenzione

Capitolo I Gli interventi di prevenzione

601

Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 24(1): CD004493, 2007

Thomas RE, Lorenzetti D, Spragins W. Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database Syst Rev.* 9(11): CD007381, 2011

Tobler NS, Stratton HH. Effectiveness of school-based drug prevention programs: a metaanalysis of the research. *J Prim Prev.* 18(1): 71-128, 1997

Tobler NS, Roona MR, Ochshorn PM, Diana G, Strike AV, Stackpole KM. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *J Prim Prev.* 20(4): 275-336, 2000

Vigna-Taglianti F, Vadrucci S, Faggiano F, Burkhardt G, Siliquini R, Galanti MR, EU-Dap Study Group. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap schoolbased prevention trial. *J Epidemiol Community Health.* 63(9): 722-728, 2009

Zinberg N. Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use. Yale University Press, New Haven, 1984

CONTRIBUTI E APPROFONDIMENTI

1. Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

A cura di Esperti

Le indagini sulle comunità terapeutiche e i servizi a bassa soglia

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

Le strutture

Le comunità terapeutiche sono strutture residenziali e/o semiresidenziali con compiti terapeutico-riabilitativi, finalizzati al reinserimento del "paziente" nella società e all'affrancamento dalla dipendenza. La fase di inserimento e il percorso riabilitativo vengono stabiliti dall'Ente che gestisce la comunità, con approcci differenziati.

I servizi di bassa soglia consistono in strutture di accoglienza e in interventi volti alla riduzione del rischio e del danno (come i *drop-in*), caratterizzati dal massimo livello di accessibilità per i tossicodipendenti e utilizzatori di sostanze. Sono un osservatorio privilegiato sulla domanda di droga, dato che il bacino d'utenza è costituito da persone il più delle volte orientate all'interruzione dell'uso, ma ancora saldamente inserite nel circuito della vendita e nel particolare contesto sociale che caratterizza il consumatore problematico.

Gli intervistati

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

I pazienti dei servizi di bassa soglia in genere sono al limite tra l'uso e la consapevolezza di evitare un aggravamento della loro situazione. Si rivolgono a questi servizi quando percepiscono che le loro condizioni fisiche e/o sociali si sono aggravate.

L'utilità strategica di questi servizi sta nel consentire un primo passo verso una possibile uscita dal ciclo vizioso di dipendenza, come riportato in un interessante report dell'EMCDDA⁷⁰ (2010).

Lo strumento di ricerca

Sono state utilizzate tecniche di ricerca proprie dell'approccio quantitativo (il questionario); l'indagine quantitativa si caratterizza con un disegno di ricerca chiuso, strutturato e standardizzato⁷¹.

Inoltre un questionario strutturato, rispetto ad altri strumenti di indagine come ad esempio le interviste in profondità (*face to face*), permette analisi diacroniche per meglio comprendere le dinamiche temporali della popolazione. La standardizzazione fa riferimento alla tecnica dello stimolo-risposta nella somministrazione dello strumento in modo che la formulazione del quesito sia uniforme per tutti i respondenti⁷².

Il questionario utilizzato nella presente indagine è stato in parte validato nel 2009 mediante uno studio pilota⁷³, condotto presso Comunità Terapeutiche e realizzato dalla Commissione “Il mercato illegale delle sostanze stupefacenti e psicotrope e il suo indotto” del Consiglio italiano per le Scienze Sociali (CSS). Successivamente è stato utilizzato nel 2010⁷⁴ per un progetto svolto nell’ambito dei programmi di studio del Dipartimento Politiche Antidroga. Nel 2012, infine, è stato esteso, ampliato ed attuato nei quattro paesi del progetto europeo “New methodological tools for policy and programme evaluation”, coordinato dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica (CIBB) dell’Università di Roma “Tor Vergata”. L’ultima versione del questionario, la più completa, è composta da 38 domande, che riguardano:

- caratteristiche demografico-sociali;
- ricostruzione della carriera di consumatore (età di inizio, motivazioni, sostanze, ecc.);
- contiguità con area “criminale”;
- interazione con il mercato;
- finanziamento del consumo;
- misure alternative;

⁷⁰ *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction>)

⁷¹ Corbetta P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna, 1999. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente [...] scontano la precedenza di determinate ipotesi» Cipolla C., *Epistemologia della tolleranza*, 5 vol., Franco Angeli, Milano, 1997

⁷² Bailey K.D., *Metodi della ricerca sociale. Vol. II. L'inchiesta*, Il Mulino, Bologna, 2006

⁷³ IDM (2010), *Act upon the market to fight the drug industry*, Rome, May 2010.

⁷⁴ I risultati sono ampliamente riportati in G.M. Rey, C. Rossi, A. Zuliani (a cura di), *Il mercato delle droghe. Dimensione, protagonisti, politiche*, Marsilio Editori, Venezia, 2011.

Contributi e approfondimenti

1 Caratteristiche delle popolazioni a rischio

605

- valutazione/soddisfazione dei servizi delle strutture;
- carriera di marginalità.

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

I risultati delle indagini

Le indagini sono state compiute, ad esclusione di quella pilota che ha visto solo il coinvolgimento delle comunità, su due target distinti, una sui residenti in comunità terapeutiche, l’altra su persone che usufruiscono dei servizi di bassa soglia.

Nelle tre indagini sono stati raccolti rispettivamente 101 questionari dalle comunità (indagine pilota), 1164 questionari dalle comunità e 299 dai servizi di bassa soglia (Indagine DPA). Infine 531 questionari dalle comunità e 189 dai servizi di bassa soglia (indagine europea). Le indagini hanno coinvolto le strutture di diverse regioni italiane riportate nella Tabella 1.

Tabella 1: Regioni che hanno partecipato alle diverse indagini.

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

Caratteristiche degli intervistati

Le analisi effettuate, eccetto quella pilota, hanno mantenuto una distinzione tra i residenti in comunità terapeutiche e sui servizi a bassa soglia. Le caratteristiche delle due popolazioni prese in esame sono molto simili sia per sesso sia per età. Ovviamente, data la popolazione in oggetto, non è stato effettuato un vero e proprio campionamento ma si è cercato, attraverso un lavoro d’individuazione delle comunità, di considerare il maggior numero di regioni e contesti territoriali.

Gli intervistati delle indagini sono prevalentemente maschi, come in generale gli utilizzatori di sostanze (Figura 1).

Se per genere c'è una quasi sovrapposizione nelle due indagini, per l'età si ha invece una prevalenza di adulti 35-44 anni per gli utenti in bassa soglia. Questo dato è giustificato dal fatto che chi usufruisce maggiormente di questi servizi sono quelle persone che si trovano nella fase più critica del consumo, quando ormai sono erose tutte le altre fonti di sostegno a cui si è fatto riferimento nella fase iniziale della dipendenza (Figura 2). E' comunque interessante sottolineare che la prevalenza per genere è leggermente più equilibrata nella bassa soglia che nella comunità, soprattutto nell'indagine DPA.

Figura 1: Intervistati per genere.

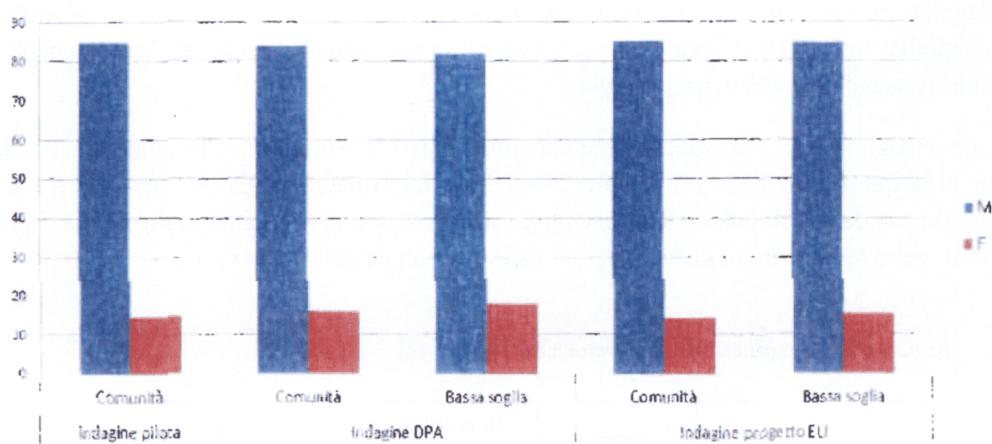
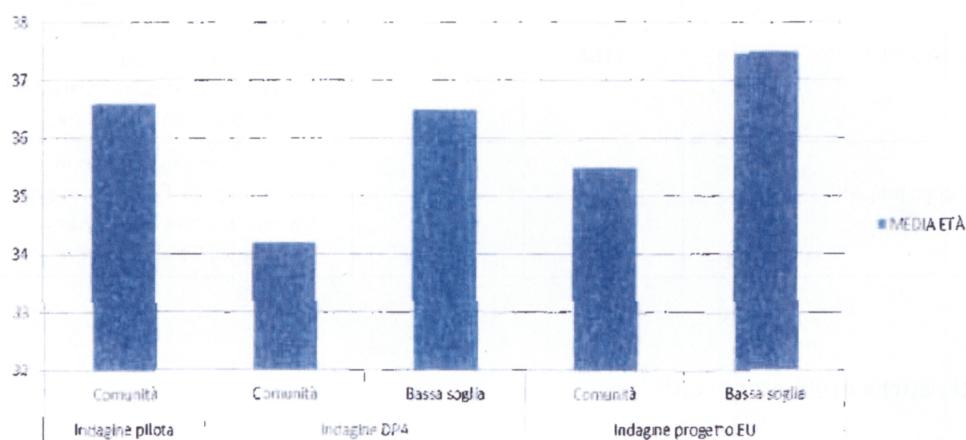


Figura 2: Età media dei soggetti.



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

Contributi e approfondimenti
1 Caratteristiche delle popolazioni a rischio

607

lavoro stabile diminuisce tra il 2010 e il 2012 nella popolazione che si rivolge ai servizi a bassa soglia e aumenta moltissimo il lavoro occasionale. Bisogna osservare che qualitativamente si ripete quello che coinvolge la popolazione generale riguardo all'occupazione.

La moda del livello di istruzione, nelle tre indagini, è la licenza media. Nella prima indagine il 61% degli intervistati ha dichiarato il conseguimento di questo titolo di studio. Nelle altre indagini la percentuale varia fra il 44,7% (indagine DPA bassa soglia) e il 53,4% (indagine progetto EU bassa soglia). Rispetto alla prima indagine, nelle indagini successive risultano più alte le percentuali di chi ha un titolo di studio di scuola media superiore (Figura 4). Dal confronto con la distribuzione del titolo di studio a livello italiano, riportato dall'ISTAT, emerge il legame tra uso di sostanze e abbandono dello studio, come messo in luce in Rey et al (2011) nell'indagine SPS 2011, condotta per il DPA dal CIBB.

Figura 3: Intervistati per posizione lavorativa.

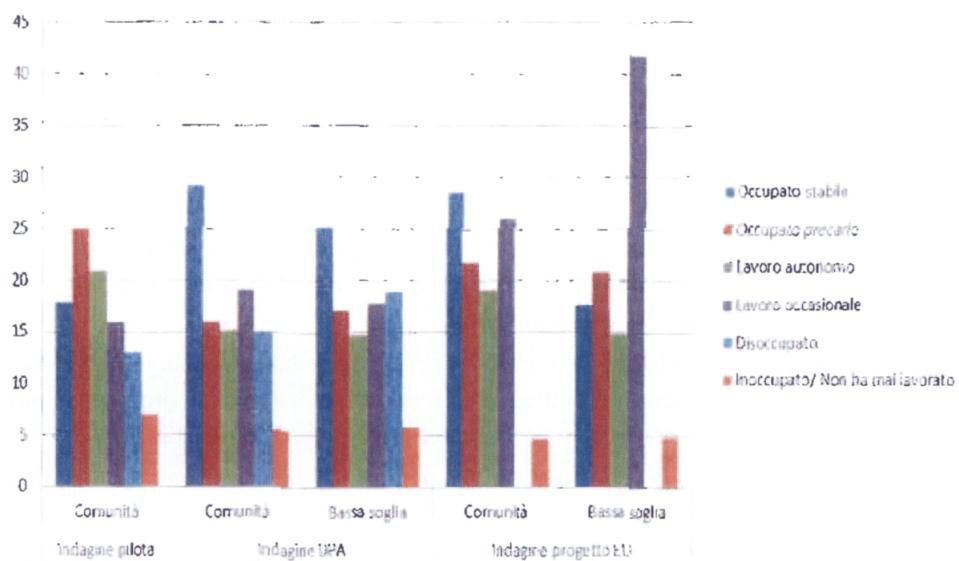
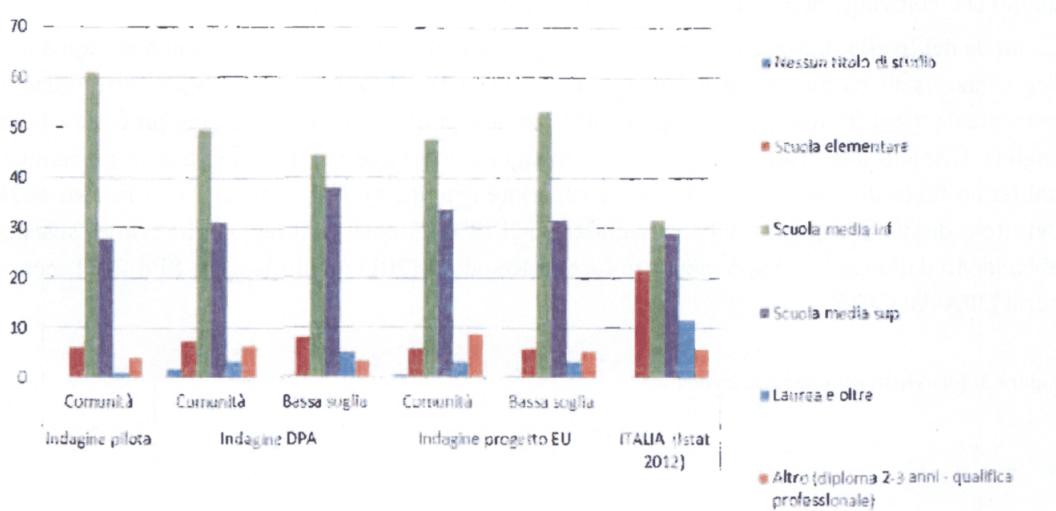


Figura 4: Intervistati per titolo di studio.

Il primo consumo

L'età di primo uso è per oltre la metà degli intervistati fino ad arrivare al 70% al di sotto dei 17 anni. Questo dato mostra un approccio sempre più precoce al mondo delle sostanze, confermato anche dalle indagini SPS ed ESPAD degli ultimi anni.

Circa quattro intervistati su dieci hanno fatto la loro prima esperienza di consumo al di sotto dei 15 anni e due su tre dai 13 ai 16 anni. In sintesi, la prima esperienza, per coloro che maturano un consumo problematico, avviene in prevalenza prima del compimento dei 18 anni.

L'età media al primo uso è di poco inferiore a 16 anni per tutte le indagini (Figura 5). Infatti l'età al primo uso varia nelle tre indagini, fra i 14,9 anni e i 16 anni.

L'età media del primo utilizzo di droghe pesanti è di 18,3 quindi in prossimità della maggiore età, fra i 17 e 19,3 anni. Il tempo medio che intercorre fra il primo uso di droghe leggere e droghe pesanti è di 2,7 anni (Figura 6).