

Leopoldo Grosso , vicepresidente Gruppo Abele

"Le strategie e le metodologie della prevenzione"

1. Che cosa dobbiamo prevenire? Qual è l' "oggetto" privilegiato delle attività preventive nell'ambito delle dipendenze?

Le grandi agenzie internazionali dall'OMS all' EMCDDA (1), che rappresentano in ambito sociosanitario l'ONU e l' Unione Europea, da anni indicano i "due pilastri" su cui si deve fondare la strategia di prevenzione al consumo di sostanze psicoattive illegali: la "diminuzione della domanda", in particolare nei paesi occidentali, e il contestuale "contenimento dell'offerta".

Il secondo pilastro, la riduzione dell'offerta, si iscrive in una strategia più generale di "lotta alla droga" e di contrasto al narcotraffico , in applicazione delle Convenzioni internazionali in materia. Alla luce degli esiti riscontrati a distanza di ormai 20 anni, "the war on drugs" è oggi, da più parti (2), fortemente posta in discussione: in particolare rispetto ai risultati insoddisfacenti delle politiche prevalentemente militari e repressive, sia nel sud del mondo a discapito di più efficaci interventi di sostegno alla conversione delle colture a favore dei contadini dei paesi produttori, sia nei paesi in cui prevale il consumo, per via di scelte legislative generalmente più orientate alla punizione invece che alla cura delle persone dipendenti e alla penalizzazione del consumo in quanto tale.

Domanda e offerta rappresentano i due poli di un unico fenomeno fortemente intrecciato e non scomponibile: tutti coloro che sono impegnati, a vario titolo, nei diversi interventi che concernono la "diminuzione della domanda", debbono tenere in costante considerazione quanto la questione dell'offerta di sostanze psicoattive illegali e legali, oggi massicciamente presente in ogni ambito sociale, condizioni e costituisca una variabile ineludibile dell'intera "partita prevenzione", e quanto sia alto il rischio di adottare e rimanere imprigionati in approcci riduzionistici, se viene sottovalutata la complessità delle molteplici interconnessioni sottese alla problematica "droga" nel suo insieme.

Rispetto a quale sia l'oggetto privilegiato della prevenzione, in ambito di riduzione della domanda, Loyd Johnston, direttore di "Monitoring the future", la più autorevole agenzia USA in tema, indica che "...il più grande predittore dell'uso di droga tra gli studenti è l'atteggiamento degli studenti stessi verso l'uso e la loro percezione dell'uso dei pari..." (3). Vengono poste due questioni rilevanti e strettamente correlate tra loro: la propensione individuale al consumo e la percezione che ognuno ha del consumo dei compagni di pari età, che influisce sulla propria propensione personale.

La propensione personale al consumo è oggetto di due diversi registri preventivi. Il primo è costituito dagli interventi di prevenzione universale, che a loro volta si suddividono in aspecifici e specifici: un intervento più generale e "di fondo", aspecifico, che favorisce per quanto possibile la pro-mozione di un equilibrato sviluppo psico-affettivo e una azione più "specificata" di educazione ai consumi, che generalmente si avvia dalle precoci abitudini alimentari. Il secondo registro preventivo riguarda gli interventi di prevenzione selettiva e indicata: gli uni indirizzati a intervenire con soggetti e in situazioni a possibile rischio di consumo, e gli altri con coloro che hanno già cominciato a fare uso di sostanze psicoattive legali e illegali.

## 2 Il ruolo della rappresentazione sociale del consumo

La propensione personale al consumo è influenzata dalla percezione che i ragazzi hanno dell'utilizzo delle sostanze da parte dei compagni e dei coetanei.

Alcune ricerche, soprattutto straniere (4), indicano che un'errata e generalizzata rappresentazione sociale del consumo influisce negativamente sul fenomeno stesso. L'idea che, ad esempio, il fumo di hashish e marijuana sia ampiamente diffuso tra i giovani, che "tutti lo fanno", è significativa di una rappresentazione sovrastimata del consumo, che costituisce un fattore non secondario di induzione all'uso, come dimostrato da numerose ricerche e esperimenti sul conformismo (5).

Diventa quindi importante, come prima attenzione rispetto all'obiettivo del contenimento dei consumi, in particolare tra la popolazione giovanile, fornire gli elementi perché si formi una corretta rappresentazione del fenomeno. Evitare la creazione di una percezione sovrastimata o sottostimata, aiuta i ragazzi, adolescenti e preadolescenti, a meglio definirsi rispetto alle proprie scelte personali, rafforzati o destabilizzati da quella che è considerata la scelta maggioritaria da parte dei coetanei. Per chi non fa uso, o decide di non fare più uso di una qualche sostanza dopo un primo approccio e una prima sperimentazione (prevalentemente cannabis come "droga" illegale), sapere che è "normale" non "fumare", e non viceversa (il criterio di "normalità" è, in adolescenza, soprattutto "statistico") (6), ha una funzione rassicurante rispetto alla propria scelta e rafforza un proprio posizionamento in merito.

L'informazione rispetto all'estensione dei consumi di sostanze psicoattive gioca pertanto un ruolo importante nella formazione delle opinioni, adulte e giovanili e nell'interazione tra di esse.

Ne consegue che una domanda e una riflessione su quanto l'informazione di cui si fruisce riesca ad essere corretta, evitando soprattutto di risultare fuorviante nel rappresentare il fenomeno, dovrebbero dare luogo a una doverosa indagine preliminare.

### 3. Il reale dimensionamento del consumo delle sostanze psicoattive illegali

L'indagine Espad, che periodicamente ogni uno-due anni viene condotta in Italia come obbligo informativo rispetto all'Osservatorio europeo di Lisbona, costituisce la fonte principale dei dati di cui si dispone per valutare il consumo tra gli studenti di scuola superiore e poi all'interno della popolazione generale. L'inchiesta viene svolta tramite questionario autocompilato su un campione nazionale distribuito in varie scuole. Per ogni sostanza psicoattiva considerata vengono poste tre domande iniziali del tipo: "L'hai consumata almeno una volta nella vita?", "L'hai consumata nell'ultimo anno?"; "L'hai consumata nell'ultimo mese?". Per quanto riguarda la cannabis, che è di gran lunga la sostanza psicoattiva illegale più consumata tra gli studenti e anche all'interno della popolazione adulta i dati (7) rilevati dall'Espad (a cura dell'Istituto di fisiologia del C.N.R.) mettono in risalto che:

- il 22% delle persone tra 15-64 anni hanno consumato cannabis almeno una volta nella vita;
- il consumo di cannabis nell'ultimo anno ha riguardato il 18% degli studenti tra 15-19 anni;
- il consumo di cannabis nell'ultimo mese ha riguardato il 13% degli studenti tra 15-19 anni.

L'OEDT fornisce il consumo di cannabis tra la popolazione generale 15-64 anni in Italia (8):

- 15-64anni:32% hanno consumato "una tantum"; 14% nell'ultimo anno;6,9% nell'ultimo mese;
- 15-34anni: 20,3% hanno consumato nell'ultimo anno;9,9% nell'ultimo mese;
- 15-24anni: 22,3% hanno consumato nell'ultimo anno;11% nell'ultimo mese.

Per tutte le altre sostanze, tradizionalmente definite "pesanti", a cominciare dalla cocaina, i dati scendono drasticamente: 4,1% (7% invece secondo l'OEDT) dei 15-64 anni che hanno consumato almeno una volta nella vita cocaina;2,1% dei 15-19 anni nell'ultimo anno e 1,3% nell'ultimo mese.

Per quanto riguarda l'eroina:1,3% 15-64anni almeno una volta nella vita;0,6% dei 15-19anni nell'ultimo anno;0,5% nell'ultimo mese.

Infine, per consentire un raffronto con una sostanza psicoattiva legale, i dati relativi al consumo di tabacco (2005):

- il 36% degli studenti di 16 anni ha fumato una sigaretta almeno una volta nella vita;
- il 21% è la popolazione dei fumatori in Italia con più di 14 anni;
- il 7% sono i "forti fumatori" (20 o più di venti sigarette al giorno);
- il 14,7% maschi e l'8,7% femmine sono i fumatori tra i 14 e 19 anni.

#### 4. Le evidenze alla base delle considerazioni d'ordine preventivo

Dai dati delle inchieste, sostanzialmente non disconfermati dagli studi e dalle ricerche di altre istituzioni e servizi, pur valutandoli rispetto a una loro inevitabile approssimazione, emergono alcune evidenze che consentono di costruire una prima bussola per gli interventi di prevenzione.

-Prima evidenza: le sostanze psicoattive illegali sono consumate da una minoranza di persone e di giovani.

Se si esamina il consumo di cannabis, di gran lunga la sostanza psicoattiva illegale più assunta, in particolare all'interno del mondo giovanile, ne fa un uso, prevalentemente di tipo socio-ricreativo (in compagnia e non molto spesso) meno di un giovane su quattro e più di un giovane su cinque. Tutti gli altri si astengono, avendo fatto la scelta di non consumare, pur probabilmente avendo in precedenza provato una qualche volta. E' la prima domanda fuorviante del questionario Espad che trae in inganno prima i mass-media, (che devono fornire la notizia clamorosa, senza poi entrare nei dettagli che spiegano l'irrelevanza sostanziale di quel primo dato), e poi disorienta l'opinione pubblica che, dal dato riferito dai media del consumo di cannabis ( indipendentemente dal fatto che avvenga "una volta nella vita"), deduce che più di un ragazzo su tre "è un drogato"! Si tratta di fare in modo che la corretta informazione non ceda alle tentazioni sensazionalistiche e non colluda con la ricerca, che pur di ottenere una non scontata visibilità, ha il dovere di non consentire, a sua volta, facili strumentalizzazioni da parte dei diversi media. Nell'equivoco di una moltitudine di giovani dedita all'uso di sostanze psicoattive illegali si crea e si consolida una falsa rappresentazione del consumo, abbondantemente sovrastimata, che fa il gioco del consumo stesso e crea e rinforza al contempo "fisiologici" pregiudizi intergenerazionali, rafforzando nella popolazione più adulta lo stereotipo di una gioventù che "ha perso ogni sano valore nella vita" ed è "degenerata" nei comportamenti.

Si insiste su questo punto perché l'opinione condiziona la realtà e, se il giudizio è pregiudiziale, le dinamiche che ne derivano rischiano di produrre profezie che si autoavverano.

La realtà evidenzia che, per quanto riguarda la cannabis, solo un giovane su 10, tra i 15 e i 19 anni, ha consumato nell'ultimo mese, e non necessariamente con abitudini quotidiane. La percentuale si abbassa al 7%, se si prende in considerazione la popolazione 15-64 anni.

Se poi si esamina il consumo di cocaina e eroina, si osserva il radicale abbassamento delle percentuali di consumo: nell'ultimo mese ha consumato cocaina l'1,3% dei giovani tra i 15-19, e ha consumato eroina lo 0,5% dei giovani all'interno dello stesso arco di età.

Sottolineando tali evidenze non si vuole sottovalutare la portata della problematica.

Il numero assoluto dei giovani consumatori è comunque rilevante, e sapere che mediamente in un istituto superiore di 500 alunni, almeno 50 "spinellano", chi nella quotidianità e chi più saltuariamente, 7 fanno un uso settimanale di cocaina e 2, nell'ultimo mese, hanno almeno provato un "tiro" di eroina, sottolinea l'importanza degli interventi di prevenzione, in particolare selettiva e indicata.

-Seconda evidenza: la minoranza che consuma usa maggioritariamente tre tipi di sostanze

Le tre sostanze di gran lunga più utilizzate dalla minoranza dei consumatori sono l'alcol, il tabacco e la cannabis. Due droghe a statuto legale ed una a statuto illegale.

Il consumo d'alcol è più diffuso di quello del tabacco, pur associandosi tra di loro e declinandosi in diversi stili di bere, nella sovrapposizione tra le culture al bere di tipo mediterraneo e di tipo nordico anglosassone. Se l'indicatore di rischio è l'accesso al binge drinking (sei o più unità alcoliche ingerite in una occasione) le percentuali che caratterizzano tale comportamento coinvolgono l'1,6% dei maschi e l'1,5% delle femmine minorenni. Crescono poi rapidamente con l'aumento dell'età,

fino a raggiungere i valori massimi tra i giovani di 18-24 anni: 23,3% per i maschi e 9,7% per le femmine (9).

Il consumo delle tre sostanze è associato, e generalmente l'uso di cannabis si inserisce e trova spazio all'interno del più diffuso utilizzo di alcol e tabacco.

-Terza evidenza: la “fidelizzazione “ all'uso di cannabis

Per la stragrande maggioranza dei consumatori, la cannabis rimane l'unica sostanza psicoattiva illegale utilizzata. Le stime e le poche ricerche in merito sembrano indicare che la “fidelizzazione” alla cannabis riguarda oltre il 75% di chi ne fa uso (10): ciò significa che haschish e marijuana, per più di quattro quinti di coloro che la consumano non funge da porta di accesso all'assunzione di altre sostanze, tutte potenzialmente più pericolose, e in particolare cocaina e eroina. Se rimane parzialmente confermato il fatto che le persone dipendenti da eroina hanno iniziato il loro percorso di utilizzo di sostanze psicoattive con la cannabis, è invece ampiamente disconfermata la credenza diffusa che “si comincia con haschish e marijuana, e si finisce nell'eroina. Non c'è rapporto di causa-effetto tra il consumo di un tipo di sostanza e l'altro, e nella minoranza di utilizzatori di entrambe le sostanze il consumo di cannabis rimane uno, e non tra i più importanti, tra i fattori di rischio per la dipendenza da sostanze “pesanti”.

Quarta evidenza: il comportamento di consumo è un comportamento reversibile

La maggior parte dei consumatori di cannabis non è destinato a mantenersi tale “long life”, per tutto il corso della loro vita. Il consumo di cannabis è decisamente meno “uncinante” all'interno della “triade” di sostanze psicoattive più utilizzate, molto meno che quello di alcol e soprattutto di tabacco. Il comportamento di utilizzo di cannabis si rivela reversibile e dopo l'uso condotto in adolescenza e nella prima gioventù, tende a diminuire.

Rappresentato all'età il consumo di haschish e marijuana è rappresentabile con una curva di Gauss, sebbene imperfetta, perché la parte destra della parabola discende più lentamente rispetto alla velocità in cui sale la parte sinistra di accesso al consumo, e inoltre non si azzerava completamente.

Se infatti si analizza l'evolvere del consumo a partire dall'età di accesso, l'iniziazione avviene tendenzialmente con l'adolescenza (e in qualche situazione con la preadolescenza), per arrivare a un picco di massima diffusione tra i 18-22 anni, per poi ridiscendere decisamente dai 24 e oltre. Successivamente la linea rimane piatta, senza azzerarsi, per via della permanenza di un ampio consumo adulto.

Curiosità e sperimentazione, desiderio di trasgressione e pressione dei pari, costituiscono i principali fattori che tendono a spiegare la collocazione dell'inizio del consumo di haschish e marijuana, non diversamente dai primi episodi di “binge drinking”, così come l'accesso al tabacco, tra i 14-16 anni (11). Persino il consumo di eroina fumata si inserisce in questo trend, con la “cattiva notizia” che le femmine anticipano l'uso a 14 anni rispetto ai 16 dei maschi, e la “buona notizia” che la maggior parte di loro non ne fa più uso a 17-18 anni (12).

## 5. I principali rischi connessi al consumo e in particolare al consumo in giovane età

La vulnerabilità al consumo di sostanze psicoattive è fortemente individuale; ciascuno dispone di una propria personale reattività psico-fisica alla sollecitazione di elementi esogeni e ciascuno ha i propri possibili “organi bersaglio”, più suscettibili di altri a recepire i danni a tale esposizione. I preadolescenti e gli adolescenti, ancora in piena età evolutiva e maturazione fisiologica, possono risentirne maggiormente.

I principali rischi connessi all'uso di sostanze psicoattive si suddividono in rischi “acuti”, rischi “cronici” e i rischi indotti dalla alterazione dei comportamenti.

I rischi acuti sono riassumibili negli episodi di overdose, che si è abituati a raffigurare con l'immagine della persona con la siringa conficcata nel braccio, che muore per una dose eccessiva di eroina. Oggi, soprattutto quando si tratta di consumi e non di dipendenza, dobbiamo pensare a situazioni apparentemente meno connotate: all'overdose alcolica che può portare alla morte per arresto cardiocircolatorio, o agli infarti e agli ictus causati da eccessive dosi di cocaina (la cui causa fino a poco tempo fa era ancora sottovalutata in Pronto Soccorso), ma anche ai "colpi di calore" per gli effetti cumulativi di pastiglie di ecstasy, alcol e altre anfetamine. Non disponendo della conoscenza della composizione chimica di ciò che viene assunto, né la quantità di principio attivo presente nella sostanza venduta sul mercato illegale (in Italia non è mai stato possibile effettuare alcun tipo di "pill testing" a differenza di altri paesi europei, in cui c'è la possibilità, con mini laboratori da campo, di analizzare che cosa si sta comprando in modo da valutarne meglio i rischi), i pericoli di assunzione di una sostanza illegale sono ricorrenti.

I rischi cronici sono quelli che mettono a dura prova i meccanismi di assuefazione e tolleranza dell'organismo, ripetutamente esposto alle frequenze e quantità di assunzione delle sostanze psicoattive, sia sul piano fisico che psichico. Rispetto a quest'ultimo, soprattutto in relazione alle "sostanze da prestazione", avviene che ogni tanto qualche consumatore, in particolare di anfetamine e metanfetamine, debba essere ricoverato presso i reparti psichiatrici perché in stato confusionale e in preda ad agitazione psicomotoria. E' nota anche la stimolazione e l'accentuazione degli stati paranoidei conseguenti a un uso massiccio e frequente di cocaina.

Infine i rischi connessi alla alterazione dei comportamenti, più soggetti al discontrollo, che avvengono a seguito dell'uso di sostanze psicoattive. Sono sintetizzabili sotto la sigla delle "tre v": velocità, violenza, virus.

La prima "v" è connessa ai rischi della guida (auto, motorini...): l'assunzione di sostanze psicoattive (alcol e cocaina in particolare soprattutto se compresenti, ma anche le altre sostanze singolarmente) da una parte riduce i freni inibitori per cui si è meno prudenti, sentendosi eccessivamente sicuri di sé, dall'altra nella fase calante degli effetti (il cosiddetto "down"), viene meno la prontezza dei riflessi, si riduce il visus laterale (per effetto dell'alcol in particolare), si è in preda a maggiore stanchezza e sonnolenza.

La seconda "v" è più spesso sottovalutata, e riguarda la violenza che viene suscitata e potenziata dall'assunzione di alcol, cocaina e anfetamine, senza la quale non si spiegherebbero alcune risse e molti episodi di aggressività, in particolare nei locali di aggregazione del divertimento, o all'uscita degli stessi, dopo che si è fatto abbondante uso di sostanze psicoattive legali e illegali. I comportamenti impulsivi ne vengono potenziati e sono facilitati i cosiddetti "passaggi all'atto".

La terza "v" riguarda invece le possibilità di contagio delle malattie sessualmente trasmesse. Il virus si diffonde a seguito di rapporti sessuali casuali e promiscui, che avvengono in stato di alterazione e che non sono preceduti né da una oculata scelta del partner, né dall'uso delle necessarie protezioni dalle malattie trasmesse sessualmente e dalle gravidanze indesiderate. Alcune ricerche indicano come, per quanto riguarda la trasmissione dell'Hiv, le probabilità di contagio siano più alte tra coloro che fanno uso di cocaina (13).

## 6. Quali obiettivi strategici per la prevenzione?

Almeno cinque:

1. Contenere il consumo. Il contenimento della domanda, soprattutto tra i giovani e i giovanissimi, tra cui molti minorenni, rimane un obiettivo centrale delle attività di prevenzione, su cui insistono particolarmente OMS e UE. Se sull'obiettivo si riscontra consenso pressoché unanime (anche da parte di coloro favorevoli a ipotesi di legalizzazione della cannabis), la discussione si concentra sul "come", sui metodi e sulle azioni ritenute più efficaci.
2. Ritardare l'età dell'inizio del consumo. Se non è facilmente contenibile l'inizio del consumo in adolescenza (i sedici anni sembrano essere l'età-clou), i maggiori sforzi andrebbero

indirizzati con i pre-adolescenti, ancora più a rischio rispetto alla maturazione del loro organismo e all'organizzazione delle loro difese psichiche. Non a caso negli ultimi anni si registra lo spostamento e l'anticipazione di alcuni programmi di prevenzione dalle scuole superiori alle scuole medie.

3. Anticipare la remissione del consumo. Poiché il comportamento di assunzione si rivela ampiamente reversibile col progredire dell'età, si tratta di intervenire su quei fattori che facilitano l'abbandono di alcune stili di vita, assumendone altri che implicano maggiori impegni e responsabilità e che si sono dimostrati antagonisti al comportamento di consumo: attività lavorative, formazione di coppie stabili e opportunità di convivenza...
  4. Diminuire i rischi collegati al consumo. "Mai troppo, mai troppo spesso, e mai in determinate situazioni": gli interventi relativi alla diminuzione della domanda riguardano anche gli interventi sui consumatori. L'obiettivo da una parte consiste nella riduzione della frequenza delle volte in cui si ha occasione di consumare e nella diminuzione delle quantità di sostanze psicoattive assunte in ogni circostanza; dall'altra il medesimo obiettivo di riduzione dei rischi richiede una maggiore attenzione nella percezione dei pericoli inerenti le varie situazioni e i diversi contesti connessi alla pratica di consumo. Tutti i progetti "outreach", rivolti alla protezione dei consumatori, sviluppati negli ultimi 15 anni nei contesti d'uso (dai locali ai rave e quant'altro) se non direttamente in strada, si pongono l'obiettivo prioritario di tutelare la salute delle persone, con azioni mirate che rientrano negli interventi della "prevenzione indicata".
  5. Individuazione e trattamento precoce del consumo problematico. Tra i consumatori di sostanze psicoattive, alcuni, una minoranza, tendono a sviluppare una dipendenza. Sono quelle situazioni in cui il consumo si manifesta, spesso abbastanza in fretta, nella sua problematicità. Sono le situazioni per le quali si rivela necessario un intervento quanto più tempestivo possibile. Si tratta non solo di riuscire a individuarle e metterle a fuoco, ma soprattutto di riuscire ad "agganciarle", per consentire un trattamento precoce, nel momento in cui si sta installando o consolidando una dipendenza. Sono per lo più quelle situazioni in cui il consumo di sostanze psicoattive non è solo indotto e "legittimato" dalle nuove culture del divertimento, ma in cui l'uso più massiccio è il risultato di confluire di situazioni di disagio e di malessere personale, connotato da difficoltà che talvolta raggiungono stati, anche gravi, di sofferenza psichiatrica.
6. La prevenzione universale specifica come azione strategica di sistema

E' ormai opinione acquisita e consolidata che la prevenzione risulta efficace solo se si afferma come confluenza, non contraddittoria ma congruente, di un insieme di approcci e di azioni, che vicendevolmente e "sinergicamente" riescono a fare "sistema". I quattro pilastri su cui poggia l'agire preventivo consistono in: informazione, educazione, offerta di opportunità e di protezione socio-sanitaria, controllo.

a) L'informazione.

L'informazione è condizione necessaria, ma non sufficiente per l'agire preventivo.

Forse sarebbe meglio affermare "non sempre sufficiente", perché nella stragrande maggioranza delle situazioni la buona informazione contribuisce alla costruzione di un orientamento razionale in grado di valutare i vantaggi e gli svantaggi dell'uso di sostanze psicoattive. Il buon esito di una corretta informazione, e la scelta di salute che ne consegue, poggiano a loro volta sull'efficacia di un più ampio processo formativo, totalmente aspecifico rispetto alla problematica in questione, che ha a che fare con un equilibrato sviluppo psicoaffettivo e un contesto di attenzioni primarie "sufficientemente buono". Anche questo esito tuttavia, insieme alla corretta informazione, non fornisce alcun "certificato di garanzia: può essere almeno temporaneamente "neutralizzato", in

determinate circostanze che favoriscono l'assunzione di comportamenti regressivi, in condizioni di stress, in situazioni particolari in cui la gerarchia di valori e di preferenze alla base del proprio atteggiamento personale rispetto alla scelta di consumo viene ribaltata dalla pressione del contesto; sono per lo più episodi sporadici di consumo concomitanti a licenze comportamentali non previste e eccezionali.

Tutti i comportamenti di consumo di tipo gruppale e ricreativo di sostanze psicoattive legali e illegali ( la cannabis in particolare), sono solo in minima parte connessi a un disagio psicosociale, che risulta invece un fattore aggiuntivo di rischio che favorisce lo slittamento al consumo problematico. E' ormai ampiamente assodato che, nella stragrande maggioranza delle situazioni, i comportamenti di consumo siano invece variabile dipendente di culture del divertimento giovanile che ignorano, sottovalutano e spesso contestano la "correttezza" dell'informazione "ufficiale" sui rischi delle sostanze psicoattive (almeno di alcune di esse) per cui pospongono svantaggi e rischi ai benefici che sul momento ne traggono.

La "necessaria" informazione, per riuscire a essere efficace, richiede tre aggettivi qualificativi: "corretta", "bidirezionale", "contestualizzata".

Correttezza informativa significa rendere i contenuti e le modalità della comunicazione scevra da ogni paternalismo. La tentazione adulta nei confronti dei giovani è di volerli convincere in nome del "so io cosa è bene per te". E' paternalismo autoritario. Se poi, nell'ansia dal volerli difendere dalla "droga", ci si fa prendere la mano e si "forzano" i dati scientifici a disposizione, con intenti dissuasivi, slittando in un allarmismo non più credibile, perché contraddetto dalle ordinarie esperienze di consumo dei ragazzi, l'informazione fornita viene immediatamente percepita come ipocrita e interamente rifiutata.

Bidirezionalità significa riuscire, nel lavoro di prevenzione universale specifica, a privilegiare i contesti di incontro e di discussione coi ragazzi, anziché spendere ingenti risorse in campagne generaliste, affidate ai mass media, che lanciano messaggi a interlocutori che non hanno né possibilità di replica né di elaborare l'informazione ricevuta all'interno di un confronto che si incrocia con punti di vista diversi da cui scaturiscono inedite problematizzazioni che tolgono spazio alle semplificazioni riduttive e di comodo.

La contestualità dell'informazione significa che, in base alla diversità dei gruppi sociali, delle differenze di età e delle multiformi configurazioni delle culture giovanili stesse, la comunicazione è mirata ( nei contenuti, nel linguaggio e nelle varie modalità) e differentemente declinata nei diversi ambienti di recepimento.

## b) L' "educazione"

Nell'ambito della prevenzione universale specifica i processi educativi si configurano principalmente come attività di promozione alla salute, che tendono a indurre l'assunzione di stili di vita salubri a cominciare dall'educazione all'alimentazione, al movimento, all'essenzialità dei consumi... In questa direzione si è mosso il programma nazionale "Guadagnare salute", che ha cercato di coordinare e trovare le opportune e inevitabili sinergie tra le diverse promozioni alla salute. Altri programmi educativi partono invece dalla capacità di riconoscimento delle emozioni di cui si è preda, dal rafforzamento personale nel saper prendere decisioni razionali valutando pro e contro, dal controllo dell'impulsività, dallo sviluppo di abilità interpersonali indispensabili nel gestire le relazioni con gli altri... Si è sviluppata la consapevolezza che i consumi di sostanze psicoattive, e in particolare di alcune modalità di consumo a maggiore rischio, siano più radicabili all'interno di una mancanza di apprendimenti o di abilità, la cui acquisizione dovrebbe consentire alle persone una maggiore coscienza relativa alle proprie scelte, una maggiore capacità di gestire produttivamente gli stimoli interni e esterni a sé, una più diffusa condivisione di valori sociali improntati a stili di vita salutari.

Le iniziative e i programmi di "peer-education" e di promozione delle "life-skills" si muovono in questa direzione.

La peer-education tende ad agire il “condizionamento positivo” da parte del gruppo dei pari, inducendo scelte di salute che non divengono solo più scelte individuali, ma sono il risultato di una riflessione collettiva tra i giovani stessi, di una mobilitazione di cui i ragazzi ne sono protagonisti, soggetti attivi e promotori, facilitando in questo modo l’interiorizzazione di nuovi orientamenti culturali, la modificazione di abitudini nocive, la contaminazione di atteggiamenti e comportamenti improntati al rispetto della salute propria e altrui.

Le life-skills tendono a focalizzarsi sulle quotidiane e ordinarie difficoltà che bambini e ragazzi hanno nel gestire loro stessi, nel liberarsi dagli “impacci” delle loro percezioni e dei loro vissuti che possono tramutarsi in vere e proprie trappole emotive e cognitive. L’obiettivo è acquisire consapevolezza e gestione dei propri stati d’animo, in modo da saper condurre, finalizzare e rendere produttive le relazioni con gli altri, nello riuscire meglio destreggiarsi tra le spinte al conformismo di gruppo e le pressioni di omologazione comportamentale. L’obiettivo è fornire maggiore consapevolezza critica e maggiore autonomia personale, poichè molte “prese di rischio” giovanili si innestano su tali carenze.

Una terza linea d’azione dei programmi educativi ha invece come obiettivo il rafforzamento della funzione genitoriale e delle capacità richieste nell’espletare la propria funzione di madre e di padre, in particolare rispetto alle criticità che pongono i figli adolescenti e preadolescenti.

Le difficoltà educative che incontrano e sperimentano i genitori nel rapporto quotidiano coi figli rispetto alla gestione dei loro comportamenti e delle loro richieste pone oggi problematiche in parte inedite. L’esposizione al consumo di sostanze psicoattive, con le preoccupazioni che ne derivano, rappresenta solo uno dei tanti aspetti che sottostanno alle ansie genitoriali: il mancato rispetto delle regole, orari di uscita serale fuori controllo, comportamenti aggressivi, mancanza di qualsiasi collaborazione in casa, scarsa o nulla applicazione nello studio, implicazioni in qualche “scorribanda” di gruppo nel territorio, impoverimento o assenza quasi totale di dialogo all’interno della famiglia... Sia che i problemi siano già eclatanti, sia che ancora si collochino come timore nei vissuti dei genitori, in entrambe le situazioni si rendono necessari progetti di sostegno alla genitorialità, che in genere assumono la configurazione di un supporto informativo e di counselling da parte dei tecnici (educatori e psicologi), e la promozione di gruppi di auto mutuo aiuto tra i genitori stessi che si confrontano sulle reciproche difficoltà educative.

### c) L’offerta di opportunità e di protezione socio-sanitaria

E’ questo un terreno che si colloca a scavalco tra prevenzione universale specifica e prevenzione selettiva e indicata.

E’ noto, ad esempio, come i giovani più a rischio di consumo e più suscettibili all’uso problematico di sostanze psicoattive siano i ragazzi che sono fuoriusciti dal circuito scolastico e non sono ancora inseriti nel mondo lavorativo. Le opportunità di cui tali giovani necessitano sono di tipo sociale, concorrenziali a quell’enorme “tempo vuoto” che circonda le loro vite e non in grado di fornire utili stimoli al loro sviluppo. Le famiglie, senza più il supporto e il ruolo esercitato dalla scuola, non sono in grado di fornire risposte adeguate: si rende necessaria una proposta di sistema, che a partire dall’ “anagrafe scolastica”, sappia indicare e offrire percorsi utili a mediare tra differenti livelli di capacità, interessi e motivazioni per situazioni a diverso livello di difficoltà e problematicità. I giovani fuori da ogni circuito formativo e lavorativo costituiscono l’esempio più calzante allorchè si sottolinea la necessità di predisporre risposte “strutturali”, senza le quali qualsiasi percorso di prevenzione specifica non riesce a incidere, se viene meno un terreno sotto i piedi, minimamente solido, all’interno del quale potersi appoggiare e inserire.

Nella precarietà, e talvolta nell’assenza, di una “prevenzione strutturale”, in particolare rispetto ai gruppi sociali maggiormente a rischio, le linee di lavoro più comunemente diffuse abbandonano il terreno della prevenzione universale e “ripiegano” concentrandosi, utilmente, sugli interventi di prevenzione indicata, a scuola e nel territorio.



## -Il consumo di sostanze psicoattive illegali nelle scuole

Il consumo a scuola costituisce un problema, non eludibile, di prevenzione indicata. Paradossalmente può avvenire che, in maniera dissociata, in numerose scuole si effettuino nelle classi interventi di prevenzione universale specifica al consumo di sostanze psicoattive, ma al contempo si ignorino i comportamenti dei consumatori all'interno dell'istituto. Il problema viene assunto nella sua dimensione ipotetica e generale, senza alcuna declinazione concreta rispetto alla realtà dei consumatori presenti nella scuola ( con l'eccezione dei tabagismi, per i quali sono in atto alcuni interessanti programmi sperimentali (14)). La conseguenza è che molto spesso il comportamento di consumo a scuola corre due rischi speculari e contrapposti.

Da una parte c'è la forte tentazione di non "vederlo", che risponde al bisogno di negare un problema scomodo per l'istituzione. Sotto questo profilo minimizzare il consumo a scuola significa considerarlo come eccezione, esclusivo comportamento di qualche studente che non durerà a lungo nel percorso scolastico di una scuola superiore. Oppure ritenere che il problema sia diffuso ma non preoccupante, una trasgressione tra le tante ( "in fondo è solo qualche spinello" ), su cui si può chiudere un occhio. In qualunque caso, fare come se il problema non ci fosse o apparisse irrilevante, non origina alcun intervento mirato e non mette in discussione la routine, l'organizzazione scolastica e i "mansionari" delle diverse componenti professionali dell'istituzione.

Dall'altra parte c'è la tentazione opposta, soprattutto nel momento in cui la situazione sfugge di mano, (generalmente perché avviene un incidente critico o qualche genitore protesta), di lasciarsi andare a una enfaticizzazione allarmistica del problema. Può avvenire che si chiamino le Forze dell'Ordine, che intervengono nella scuola con tanto di cani-poliziotto; spesso si finisce nella cronaca dei giornali locali, e si tenta in questo modo di salvaguardare il "buon nome" della scuola, magari liberandola dalle "mele marce". Qualcuno invoca i "test antidroga" da effettuare nelle scuole.

Il rischio che prevalgano atteggiamenti di collusiva negazione o di esorcizzazione difensiva è diffuso e palpabile, anche se molte scuole, attente al ruolo educativo dell'istituzione e assumendosi un atteggiamento responsabile che va al di là della didattica e del compito di istruire, si sono dotate di strumenti per intervenire con modalità più consone e efficaci.

Innanzitutto, per la scuola, significa osservare e "vedere" il problema, rilevando l'estensione e le modalità del fenomeno: quanto si consuma all'interno della scuola, cosa si consuma, quando si consuma, dove si consuma. Già la mappa fornita da queste informazioni consente all'istituzione di fare scelte e progettare interventi di diverso tipo, in congruenza con la situazione configurata.

Una volta accertato il consumo, emerge la necessità di "aprire il conflitto" con i consumatori individuati. Finisce ogni collusione di "quieto vivere" e si affronta la questione. E' una gestione faticosa quanto delicata, ma anche necessaria e doverosa sul piano istituzionale.

Si tratta di avvicinare i ragazzi dediti all'uso e affrontare la problematica, a volte con singoli gruppi oppure individualmente, senza pregiudizi, senza stereotipi, con l'intenzione di aiutare e non di punire, con intenti preventivi e non repressivi.

L'intervento, come ogni intervento educativo, è "personalizzato" nell'intento di responsabilizzare ma anche tutelare lo studente coinvolto. Se da una parte si pone il problema di fare i conti con l'infrazione di una regola, e di affrontare comportamenti che riguardano le scelte personali di salute, dall'altra è opportuna una doverosa attenzione nell'evitare lo stigma sociale e nel fare in modo che la questione rimanga riservata. L'obiettivo dell'intervento è, in primo luogo, la cessazione del comportamento di consumo a scuola, seguito da forme diversificate di "accompagnamento" dei consumatori in percorsi in grado di mettere in discussione le loro scelte o di ridurne i possibili effetti nocivi.

Bisogna valutare, situazione per situazione, le modalità del coinvolgimento familiare. Se da una parte la comunicazione alla famiglia è doverosa, dall'altra bisogna mediare rispetto alla immediata reazione dei familiari stessi, a volte imprevedibile e configgente sia con le finalità della scuola sia con i bisogni del ragazzo coinvolto.

Nelle situazioni in cui emerge un consumo problematico, è utile ricorrere all'aiuto dei servizi specialistici presenti sul territorio, sia pubblici che del privato sociale, definendo precise modalità di collaborazione e di corresponsabilità nel trattare ogni singolo "caso".

L'attenzione è costantemente posta a evitare interventi nocivi, con effetto iatrogeno, per gli studenti consumatori innanzitutto, per i loro familiari e per la scuola stessa. Molti, anche nel recente passato, sono stati i casi in cui si è addirittura interrotto il percorso scolastico. Altre volte la questione è diventata di dominio pubblico con tanto di fuoriuscita di nomi e cognomi dei ragazzi coinvolti. L'attenzione alla tutela deve essere alta perché spesso, là dove il problema è stato enfatizzato, alcune soluzioni, proposte come educative, si sono rivelate fallimentari, e le dinamiche all'interno di alcuni nuclei familiari hanno finito per peggiorare e deteriorarsi ulteriormente, anziché essere occasione di una più ampia riflessione e di rinnovati rapporti tra genitori e figli.

Impedire che la scuola diventi un luogo di consumo e farne occasione per avvicinare coloro che fanno uso di sostanze psicoattive, per tentare quantomeno di problematizzare la loro scelta, è un compito istituzionale condiviso. Non è sempre un compito praticato. In molti istituti superiori prevale l'improvvisazione (con effetti spesso iatrogeni) e manca una riflessione in materia. Dotarsi viceversa di un pensiero sulla questione, significa programmare una metodologia accurata di intervento, formare il corpo insegnante e non insegnante, stabilire alleanze con i servizi socio-sanitari, assumersi la problematica non nella sua eccezionalità, ma nella pratica ordinaria di gestione di un ulteriore "problema tra i tanti e le tante "interferenze" con cui la scuola è costretta a confrontarsi.

-Gli interventi di prevenzione selettiva e indicata sul territorio

La presenza di operatori professionali, per presidiare alcuni luoghi del divertimento notturno in cui è molto alta la probabilità del consumo e dell'abuso di sostanze psicoattive legali e illegali, costituisce un importante fattore protettivo. "Esserci" in alcuni contesti ricreativi, in cui sono alti i rischi e i pericoli delle conseguenze negative di episodi di abuso e di stati di marcata alterazione psico-fisica, è ormai considerato, dalla letteratura specialistica (15), un intervento "indicato".

Il lavoro "outreach", fuori dagli ambulatori e fuori dagli uffici dei propri servizi, è una metodologia di lavoro declinata dalla concettualizzazione della "Riduzione del danno" ed è nata per andare incontro, col lavoro di strada, a una domanda di aiuto muta e implicita delle persone che facevano uso di eroina per via endovenosa. Con il sopravvento delle sostanze di sintesi e di prestazione, della cocaina e del mix con alcol e psicofarmaci, utilizzati non più in una logica di estraniamento, ma di ricerca di vari tipi di performance altrimenti inarrivabili, il lavoro di outreach si trasforma in una pratica di "Riduzione dei rischi", svolgendo un'importante funzione di protezione in contesti che vengono presidiati, anziché essere abbandonati a loro stessi o perseguiti con interventi meramente repressivi.

Gli operatori dedicati, che lavorano fuori luogo e fuori orario, creano e sviluppano, in contesti generalmente ritenuti impropri per un relazione di aiuto, rapporti di vicinanza e prossimità, resi possibili dal superamento dei ruoli formali, generando fiducia e credibilità, riuscendo in questo modo a "passare" l'informazione più utile a ridurre i rischi, a vigilare su alcuni pericoli del contesto, ad assistere le persone in più evidente difficoltà, a garantire il più tempestivamente possibile gli interventi di pronto soccorso.

d) Il controllo. La problematica del controllo familiare e sociale

Non diversamente da quanto accade in famiglia, dove la fatica educativa dei genitori nei confronti dei figli non può considerarsi conclusa se non è seguita dal controllo dei loro comportamenti, anche nella società il rispetto delle norme definite esige un sistema di controllo della loro osservanza.

- Rispetto ai figli, il lavoro genitoriale non è “finito”, se dopo la fase di negoziazione dell’accordo (rispetto a ciò che è stato concesso in cambio di qualcos’altro che viene richiesto), non avviene una verifica di come “si è stati ai patti”. La verifica, che si ha a seguito di un’azione di controllo, è un aspetto indispensabile e costitutivo dell’impegno educativo: significa acquisire le informazioni provenienti dal dato di realtà, metterle a confronto coi “desiderata” e con l’accordo pattuito. Il risultato conferma o mette in discussione il proprio orientamento, definisce o ridefinisce il timbro delle relazioni e il clima dei rapporti.

La mancanza di controllo corrisponde a un incompiuto educativo: quando il controllo è assente, i figli ne traggono, generalmente, due conclusioni: la prima è che quanto richiesto, la norma pattuita, non è allora poi così tanto importante e si può, più o meno tranquillamente, trasgredire; la seconda, molto più pesante nella sua ricaduta sul piano relazionale, è che la persona che trasgredisce, al di là della trasgressione stessa, non sia poi considerato così importante come figlio agli occhi dei genitori. Non a caso, quando si evidenzia una conseguenza indesiderata, l’accusa-difesa nei confronti dei genitori sarà: “non hai mai nemmeno fatto lo sforzo di controllarmi”.

In tema di adolescenti e pre-adolescenti, se la necessità del controllo è fuori discussione, così come la continuità dello stesso (anche per quelle situazioni per le quali in apparenza potrebbe sembrare “un di più”), meritano invece molta attenzione riflessiva le modalità con cui il controllo può essere esercitato.

I modi, con cui si controlla, fanno la differenza.

Un controllo ossessivo, invadente e prevaricante, che cela un’ansia genitoriale che non si riesce a tenere a bada, annulla l’efficacia del controllo stesso, perché distorce la relazione, inficia e inquina lo stesso accordo pattuito, ne mina in buona parte le fondamenta. Al contrario un controllo sereno, sufficientemente distaccato, discreto, che non deborda perché riesce a tenere a bada l’inquietudine anche a fronte di indizi sfavorevoli, ma anche fermo e richiedente, “senza sconti”, viene percepito come rispettoso e di conseguenza accettato da parte di chi sa che il momento di verifica costituisce una parte inevitabile dell’esercizio della responsabilità e comporta ricadute non indifferenti nella relazione.

-Rispetto alle norme istituzionali, le problematiche del controllo convergono nell’applicazione di due normative in particolare: le modifiche del nuovo codice della strada (che richiede la sobrietà alla guida di veicoli) e il testo unico sugli stupefacenti del 1990, poi modificato dalla normativa del 2006.

Per quanto riguarda la sicurezza in strada, e in particolare per quanto attiene al comportamento di automobilisti e motociclisti, dopo anni di lassismo istituzionale negli anni ’80 e ’90, in cui si chiedevano a gran voce da parte degli addetti ai lavori e dal mondo associativo maggiori controlli sulla guida in stato di alterazione psico-fisica, si è ottenuto non solo un dovuto aumento dei test effettuati in strada, ma anche il fatto che lo stato di alterazione costituisce oggi un aggravante rispetto all’imputazione di responsabilità degli incidenti e lesioni provocate.

Rispetto all’applicazione della normativa sugli stupefacenti, la strategia della “prevenzione dissuasiva”, che deriva dalla legge 309 e in particolare dalle modifiche della Fini-Giovanardi del 2006, che ne hanno sostanzialmente modificato l’impalcatura (equiparazione “droghe leggere” e “droghe pesanti”, abbassamento soglia di distinzione tra possesso per uso personale e spaccio, aumento delle pene inflitte...), a distanza di sei anni, denuncia il pieno fallimento dei propri presupposti (16). I dati a disposizione che riguardano a) i procedimenti prefettizi per le persone con detenzione di sostanze psicoattive per consumo personale, b) le condanne a seguito delle imputazioni per spaccio di “lieve entità”, c) le carcerazioni, tendono a sottolineare come sia prevalsa l’intenzionalità repressiva rispetto a quella preventiva e riabilitativa e che la strategia di dissuasione al consumo, così come concepita e impostata dalla Fini-Giovanardi, abbia avuto effetti iatrogeni, rendendo tra l’altro di più difficile praticabilità il contesto in cui vengono veicolati gli interventi educativi (17).

## 7. Le attuali sofferenze delle strategie di prevenzione

Oggi la prevenzione rischia di essere la “Cenerentola” degli interventi sanitari, sociali ed educativi. Nella stragrande maggioranza dei territori si riscontra che la prevenzione:

- è spesso dimenticata come priorità strategica, al di là della retorica di cui è abusata. L'indifferenza di cui è circondata si misura sui fatti : viene attivata “una tantum” sull'urgenza episodica, è presa in considerazione o rilanciata solo dopo qualche incidente critico e drammatico che avviene nei singoli territori;
- è a scavalco tra competenze istituzionali diverse, prime fra tutte tra gli Enti locali e le Aziende sanitarie, la cui integrazione e concertazione sono indispensabili, per la sua realizzazione. Al contrario molto spesso prevale una insulsa logica di delega e di “scaricabarile”;
- soffre di finanziamenti a singhiozzo, progressivamente diminuiti nel tempo, soggetti a tagli “lineari” del settore sanitario, che consentono, quando va bene, prospettive di programmazione temporale degli interventi ormai al limite della singola annualità; quando invece va male, i Comuni e gli altri Enti locali di fatto “derubricano” la voce “prevenzione dai loro bilanci in rosso;
- è terreno di scontro politico a fini elettorali e di improprie battaglie ideologiche che ostacolano una adeguata lettura della realtà e mettono in secondo piano anche le evidenze scientifiche accumulate nel tempo , creando confusione e sfiducia sull'efficacia degli interventi stessi;
- soffre ancora di “spontaneismo metodologico”; risente di approssimazioni, superficialità, e talvolta dei veri e propri “pensieri ingenui” alla base dei suoi costrutti teorici; si riscontra ancora un eccessivo “fai da te” di tipo artigianale ed autoreferenziale; molti progetti sono realizzati in totale solitudine senza essere messi in dialogo con altre azioni, e senza acquisire una maggiorazione di senso collocandosi all'interno di un coordinamento complessivo degli interventi
- risente di una mancanza di “regia” a livello territoriale. All'anarchia oggi di fatto esistente, in cui troppe realtà sembrano organizzarsi da sé (una scuola, una circoscrizione, un'asl, ma anche una parrocchia, un gruppo di genitori, un'associazione del privato sociale) non è il “mercato della prevenzione” in grado né di fare sintesi né di razionalizzare gli interventi. Si registra il bisogno di un referente territoriale legittimato al coordinamento e a una programmazione degli interventi , senza il quale spesso non rimane né traccia né registrazione di memoria e pertanto quanto già realizzato non diventa mai solida base e utile punto di partenza per iniziative successive. Le esperienze migliori indicano che là dove si è creata una responsabilità pubblica, riconosciuta nella sua funzione alla guida degli interventi di prevenzione, si è riusciti a superare la frammentazione, a qualificare i progetti in accordo con le conoscenze scientifiche, a offrire costanti strumenti di aggiornamento per i vari operatori del settore, a mettere in sinergia le diverse attività...;
- è ancora non sufficientemente valutata in termini di impatto, di efficienza e di efficacia dei singoli interventi (18). Non si è più all'anno zero: la valutazione pur nei limiti e nell'acceso dibattito che la contraddistingue, ha ormai accumulato un sapere da cui non può più prescindere, e ogni iniziativa ha oggi il dovere di essere accompagnata dagli strumenti di valutazione che consentono di asserirne la validità.

## 8. La prevenzione deve rialzare la testa

- Perché è un diritto.

La prevenzione è generalmente ancora considerata come un “optional” e non come un diritto. Nel momento in cui è lasciata unicamente in mano all'intraprendenza sociale dei singoli attori o è variabile dipendente dello stato delle risorse e delle finanze pubbliche, la prevenzione non

costituisce un diritto esigibile. Esiste un diritto alla prevenzione dalle malattie e alla protezione dai comportamenti a rischio che mettono a repentaglio non solo la salute propria ma anche quella degli altri, per cui bisogna che sia inserito nei Livelli essenziali di Prevenzione (LEP).

In quanto riconosciuto nei LEP, in tutte le regioni italiane, senza difformità territoriali, i programmi locali assumono gli interventi di prevenzione tra gli obiettivi di sanità pubblica e di tutela della salute individuale.

- Perché fa guadagnare salute

E' ormai accertato (19) quanto un intervento preventivo consenta di liberare salute rispetto alla diffusione delle malattie e di stili di vita inadeguati. Anche nell'ambito delle dipendenze, a iniziare da quelle legali (alcol e tabacco) le evidenze, misurabili in una maggiore aspettativa di vita, sono ormai inconfutabili.

- Perché fa risparmiare

Rispetto alla diffusione delle malattie ogni oculato intervento preventivo ottiene un risparmio economico di molto superiore al costo della cura. Gli investimenti efficaci nell'ambito della prevenzione consentono un risparmio (20) nel rapporto di uno a tre: per ogni miliardo di euro investito, tre vengono risparmiati. Purtroppo l'Italia è fanalino di coda nell'Unione per quanto riguarda la spesa per la prevenzione in rapporto al budget sanitario complessivo: impegna lo 0,5% contro una media dell'Unione Europea del 2,9%.

- Perché attiva capitale sociale

Gli interventi preventivi, soprattutto laddove i fattori sociali di rischio sanitario sono prevalenti, come nel fumo, nell'abuso di alcol e di sostanze psicoattive illegali, richiedono che, a fianco dei "tecnici" e degli "specialisti" del settore, vengano mobilitate le diverse reti della società civile all'interno della comunità locale.

Intorno a una concezione della salute quale "bene comune relazionale", che fa di essa un problema di interesse collettivo prima ancora che individuale, la cittadinanza attiva di un territorio si caratterizza come una risorsa indispensabile per integrare gli interventi sanitari con gli interventi sociali, educativi e di accompagnamento relazionale. Là dove gli addetti ai lavori e i servizi preposti sanno interrogare, coinvolgere e attivare il tessuto sociale di un territorio, si creano "alleanze di lavoro" tra gli interventi dei professionisti e le risorse di partecipazione, di volontariato, di cittadinanza attiva presenti in ogni singola comunità territoriale. Esse costituiscono e rappresentano il vero "valore aggiunto" dell'attività preventiva, che diventa un "fatto culturale", valorizza il capitale sociale delle risorse umane attivabile nel territorio, e fa da possibile moltiplicatore della diffusione di conoscenze, del mutamento di atteggiamenti e comportamenti in ogni comunità.

Riferimenti e citazioni:

- (1) EMCDDA: Insights 7. Prevention of substance abuse, 2008  
EMCDDA: Insights 4. Prevention and Evaluation, 2010
- (2) International Drug Policy Consortium. "Why is the outcome of the United Nations Drug policy review so weak and inconclusive?" July 30, 2010
- (3) Loyd Johnston: Monitoring the future. National results on adolescent drug use. Overview of key findings 2008. NIH Publication No. 09-741
- (4) Hornik R., Jacobsohn L.: "Effects of the national youth antidrug media campaign on Youths". American Journal Public Health. December 2008
- (5) A. da Ponzi, E. Menesini: "Conformismo e autonomia: la funzione del gruppo dei pari in adolescenza" in [www.rivistapsicologiaanalitica.it/v2/pdf2/...](http://www.rivistapsicologiaanalitica.it/v2/pdf2/...)
- (6) Ponzi-Menesini, op. cit.
- (7) Relazione al Parlamento relativa anno 2011
- (8) OEDT-EMCDDA. 2011
- (9) Rapporto ISTISAN 2012. Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato in Italia.

Istituto Superiore di Sanità 12/3

- (10) P. Cohen-Arjan Sas .”Cannabis use: a stepping stone to other drugs?” in L. Bollinger “Cannabis science/ from prohibition to human right?”, Cedro, University of Amsterdam, 1997.  
L.Zimmer e P. Morgan: “Marijuana : i miti e i fatti”, Vallecchi, 2005.
- (11) R. Pavarin: “Il consumo di cannabis nelle ricerche internazionali più recenti” in “La normalità di una droga” a cura di C.Cipolla, Franco Angeli 2008.
- (12) Relazione al Parlamento 2012
- (13) F. Schifano in “Cara droga...” a cura di S. Gavazza, F:Angeli, 2005
- (14) P.Koler, Forum prevenzione Bolzano, comunicazione 2012
- (15) C.Cippitelli “ Giovani e nuove droghe: 6 città a confronto” a cura di F.Bagozzi e C.Cippitelli, F.Angeli 2003
- (16) “ Terzo Libro Bianco sulla legge Fini-Giovanardi”, a cura di F.Corleone, Forum Droghe , edizione 2012
- (17) F. Prina:”Consumo di droghe e sanzioni amministrative”, F.Angeli,2011
- (18) “Valutazione e prevenzione delle tossicodipendenze.Teoria, metodi e strumenti Valutativi”, a cura di P.Ugolini e C.Giannotti, F.Angeli,1998
- (19) Prevenzione e promozione. Commissione europea ec.europa.eu Salute UE (tabacco, alcol, droghe)
- (20) V.De Molli : “Facts and figures:valori della sanità, Meidiano sanità, Cernobbio, 7 novembre 2011