

Vecchi e nuovi comportamenti a rischio fra adolescenti e giovani negli USA, in Germania e Italia

Khalipha M. Bility
*Dorena Caroli**

L'adozione recente dei progetti di prevenzione americani da parte del Ministero della Pubblica Istruzione invita a interrogarsi sulle tendenze generali dell'uso delle droghe leggere (evoluzione del comportamento a rischio, stili di consumo e differenze di genere) e sulla storia della prevenzione.

1. Introduzione

Questo articolo si propone di presentare in primo luogo un quadro dell'evoluzione dell'uso delle droghe lecite e illecite (leggere soprattutto) fra gli adolescenti e i giovani negli Usa, in Germania e Italia e, in secondo luogo, una breve storia delle misure preventive avviate in questi diversi paesi per ritardare l'esperienza di una droga leggera, o addirittura neutralizzare "il fascino discreto" che questa pratica può suscitare¹.

* Khalipha M. Bility è professore al Department of Biobehavioral health (Pennstate University). Fra i suoi studi si possono citare S. McCue Horwitz, K.M. Bility, S.B. Plichta, P.J. Leaf, N. Haynes, *Teacher assessments of children's behavioral disorders: Demographic Correlates*, «American Journal of Orthopsychiatry», January 1998, n. 68 (1), pp. 117-125 e *School Violence and Adolescent Mental Health in South Africa: Implications for School Health Programs*, «Sociological Practice: A Journal of Clinical and Applied Research», vol. 1, 1999, n. 4, pp. 285-303.
kbility@hotmail.com

Dorena Caroli è dottore di ricerca presso l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (1997), dove ha discusso una tesi sulla storia dell'infanzia abbandonata e della delinquenza minorile in URSS. È autrice di *Socialisme et protection sociale: une tautologie? L'enfance abandonnée en URSS (1917-1931)*, «Annales ESC», novembre-décembre 1999, pp. 1291-1316, e di *Abbandono, fame e devianza dei giovani in URSS*, «Storia e problemi contemporanei», 2001, n. 27, pp. 173-202.
dcaroli@racine.ra.it

¹ Questa ricerca è stata condotta grazie a una borsa di studio Fulbright della durata di quattro mesi presso l'Università di Pennsylvania (2001 e 2002). Colgo l'occasione per ringraziare Lewis Jillings, Preside dell'Ufficio dei pro-

Per svolgere questa ricerca, che prende in considerazione sia i dati statistici che gli studi sociologici e criminologici, abbiamo fatto ricorso a un metodo interdisciplinare (elaborato grazie alle nostre competenze afferenti rispettivamente alla sociologia della salute e alla storia della delinquenza minorile)², che ci ha permesso di studiare da una parte le nuove tendenze nell'uso delle droghe, dall'altra i programmi di prevenzione adottati nei diversi paesi. Si tratta di questioni complesse, sia perché non si dispone di dati statistici completi per tutti i paesi, sia perché la lettura di questi dati statistici non può essere fatta in termini di semplice "aumento" dei comportamenti a rischio degli adolescenti e dei giovani, che, secondo i sociologi e i filosofi, sarebbero determinati da una "sindrome identitaria" prodotta dalla crisi dello Stato sociale, il quale non risulta più in grado di garantire un percorso di vita stabile per le nuove generazioni³. Tuttavia, la questione delle cause di questi comportamenti problematici (dispersione scolastica, "bullismo", guida "spericolata") risulta assai controversa⁴, anche perché, se i sociologi mostrano che negli Stati Uniti il consumo delle droghe leggere è ancora in gran parte legato alla deprivazione sociale, in Europa l'emergere di nuove droghe è legato all'evoluzione di una cultura giovanile che risente in modo particolare dei cambiamenti sociali⁵.

grammi internazionali e John M. Keller, Direttore del Programma di educazione e studi internazionali; le signore Meg Bruening e Pam Gudeman per la raccolta delle fonti necessarie alla stesura di questo articolo; i professori Karen Bierman, Linda Caldwell e Ed Smith per la segnalazione di numerose pubblicazioni sulle tecniche di prevenzione del comportamento a rischio.

² Poiché questi comportamenti a rischio sembrano diventare "globali", ci è sembrato utile offrire una mappa dei principali siti che presentano informazioni sugli istituti di ricerca e centri di prevenzione. Per ulteriori approfondimenti si vedano "Tossicodipendenze/Indirizzi utili", <<http://www.affarisociali.it/das/indirizzi/indirizzi.cgi?area=6&voce=3>>, (16 aprile 2001), pp. 1-7.

³ Queste teorie sono state presentate in un quadro riassuntivo da J. Bynner, L. Christolm, A. Furlong, *Youth citizenship and social change in a european context*, Aldershot, Brookfield (USA), Singapore, Sydney, Ashgate, 1997, p. 44. Si veda il saggio "... la sureté et la résistance à l'oppression", in E. Balibar, *Droit de cité. Culture et politique en démocratie*, Paris, Editions de l'Aube, 1998, pp. 27-42.

⁴ Fra gli studi più recenti che presentano anche interessanti programmi di prevenzione si vedano: M. Esterle-Hedibel, *Normes pénales et normes de conduite dans les bandes de jeunes de milieu populaire*, in P. Robert, F. Soubiran-Paillet, M. van de Kerchove (a cura di), *Normes, Normes juridiques, normes pénales. Pour une sociologie des frontières* t. II, Paris, L'Harmattan, 1997, pp. 183-197; *Gewalt in der Schule am Beispiel von Bochum*, Mainz, Weisser Ring, 1997; E.M. Scholte, *Factors predicting continued violence into young adulthood*, <<Journal of Adolescence>>, 1999, n. 22, pp. 3-20; C.E. Domitrovich, J.A. Welsh, *Developmental models for interventions to prevent conduct problems*, in R. Scolaro Moser, C.E. Franz, *Shocking violence. Youth Peperators and Victims – A Multidisciplinary Perspective*, Springfield (Illinois), Charles C. Thomas, 2000, pp. 125-153; *Il bullismo scolastico e La violenza dei minori in famiglia*, in *Non solo sfruttati o violenti. Bambini e adolescenti del 2000. Relazione sulla condizione dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli affari Sociali. Osservatorio Nazionale per l'infanzia. Centro Nazionale di Documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Piediripa di Macerata (MC), Biemmegraf, 2001, pp.154-160 e pp. 161-162.

⁵ E. Harms, *Drugs and Youth: The Challenge of Today*, New York, Toronto, Oxford, Sydney, Braunschweig, Pergamon Press, 1973; F.R. Scarpitti and S.K. Datesman (a cura di), *Drugs and the Youth Culture*, Beverly Hills London, Sage Publications, 1980.



Le indagini statistiche stesse presentano un interesse sociologico differente da parte degli Stati in questione nei confronti dello studio di questi problemi a causa di una differente *cultura della prevenzione*, la quale dipende dal grado di intervento dello Stato nella gestione dei problemi della famiglia e dell'educazione. Questo spiega perché negli Usa la cultura della prevenzione ha una storia più lunga rispetto a quella dell'Europa. La maggioranza dei paesi europei ha delegato alle politiche del *welfare* un ruolo preventivo fondamentale nei confronti dei rischi sociali legati soprattutto alla deprivazione sociale, e, implicitamente, alla famiglia "tradizionale", il compito di controllare ed educare comportamenti normali.

I dati raccolti hanno lo scopo di individuare il cambiamento dei comportamenti "devianti" nei confronti delle droghe lecite e illecite al fine di focalizzare come "zone di intervento privilegiato" della prevenzione le pratiche che possono trasformarsi in un'abitudine dannosa per il percorso di vita e per lo stato fisico e mentale della giovane generazione. Infatti, attraverso lo studio delle pratiche di consumo ("binge drinking", cocktail di droghe leggere) e del contesto dell'abuso delle droghe (il divertimento in discoteca), emerge l'evoluzione del fenomeno delle droghe, che, se rappresenta un fenomeno differente rispetto a quello legato alle contestazioni giovanili degli anni Settanta, si iscrive tuttavia nell'evoluzione della cultura giovanile, che ricerca esperienze psico-fisiche nuove⁶. Per spiegare queste esperienze, che sicuramente riflettono un nuovo processo di ricerca di identità, la teoria dei sistemi funzionali è utile perché spiega l'uso multifunzionale del corpo, "*insieme* spontaneo e materiale, semantico e sensuale"⁷. Questo significa che, se si leggono questi fenomeni con la chiave di interpretazione offerta da Niklas Luhmann, si può formulare l'ipotesi che si tratti di pratiche legate a una nuova semantica del corpo alla quale è riconducibile, mediante differenziazione, qualsiasi sviluppo di specifici ambiti funzionali. Infatti, il sociologo tedesco afferma che "la semantica moderna relativa al corpo non può non essere recepita ricorrendo alla differenza fra *res corporales* e *res incorporales*, usata dalla tradizione per dare valore informativo al rapporto con il corpo. Conseguentemente, anche la differenza fra corpo (mortale) e anima (immortale) non ha più appigli"⁸. Questa citazione, che potrebbe spiegare le ragioni della curiosità verso gli effetti delle droghe, meriterebbe sicuramente di essere approfondita, perché da questa dipende il buon funzionamento di qualsiasi programma di prevenzione.

⁶ A. Santambrogio, *La reazione sociale al consumo di droghe leggere: una ricerca sui minorenni*, «Rassegna Italiana di sociologia», 1994, n. 3, pp. 385-402; L. Biagetti e L. Fabbri, *Disagio giovanile a Terni. Le ragioni della tossicodipendenza*, Arrone, Terni, Edizioni Thyryus, 1996; S. Piccone Stella, *I giovani e le nuove droghe*, «Il Mulino», 2000, n. 6, pp. 1057-1066.

⁷ N. Luhmann, *Sistemi sociali. Fondamenti per una teoria generale*. Bologna, Il Mulino, 1990. Introduzione all'edizione italiana di Alberto Febbrajo. Traduzione di Alberto Febbrajo e Reinhard Schmidt, p. 394.

⁸ *Ibidem*, p. 397.

Nell'introduzione confronteremo il tipo di dati disponibili raccolti nei diversi paesi da indagini svolte nei luoghi di formazione e divertimento dei giovani: le scuole e le discoteche. Nella prima parte, suddivisa in quattro sezioni, confronteremo l'uso delle droghe nei tre paesi (alcol, tabacco, marijuana e ecstasy). Si tratta di dati ricavati dalle indagini realizzate nelle scuole dei diversi paesi di cui indicheremo il tipo di campione scelto, età, genere e città (se disponibile). Come emerge dalle tabelle, non ci è stato possibile reperire lo stesso tipo di dati per gli adolescenti delle stesse coorti dei diversi paesi. Le lacune mostrano che molti aspetti di questo comportamento restano in ombra, come ad indicare la ricerca di indipendenza dal mondo adulto durante il periodo dell'adolescenza. Nella seconda parte presenteremo una breve storia delle principali strategie di prevenzione adottate nei tre paesi in questione (USA, Germania, Italia). Vedremo come dalle campagne d'informazione sui rischi sulle quali erano incentrate le principali strategie di prevenzione, i governi si siano orientati verso l'impianto di nuovi programmi di prevenzione già avviati negli Stati Uniti dall'inizio degli anni Ottanta, che individuano nelle misure legate alle *Life Skills Training* e *peer education* le strategie di prevenzione più efficaci⁹.

Il nostro principale risultato consiste non nell'aver mostrato una stabilità nell'uso del tabacco e un aumento generale nell'uso dell'alcol, della marijuana e dell'ecstasy, ma nell'aver individuato una continuità del fenomeno nei dati americani e nel sottolineare la necessità di una differenziazione delle tecniche di intervento nei confronti di questi fenomeni di disagio, che talvolta rappresentano una curiosità legittima, talvolta uno dei tanti elementi di rischio che potrebbero predire disadattamento e esclusione sociale. Nel cercare di valutare i metodi di prevenzione, di cui è ancora difficile monitorare i risultati, abbiamo riportato un articolo fondamentale sulla scienza della prevenzione che rende conto in modo molto significativo delle questioni ad essa correlata. Infatti, la prevenzione deve essere iscritta da una parte in una politica culturale stimolante per gli adolescenti e i giovani, dall'altra in una politica sociale e sanitaria che li protegge dai rischi che la famiglia non può prevenire. Questioni cruciali, queste, che i dibattiti relativi alla legalizzazione delle droghe leggere dovrebbero tenere in considerazione al fine di ponderare i pro e i contro della libera circolazione delle droghe leggere¹⁰.

⁹ *Focus sulle droghe. Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'EU*. «Briefing 5 bimestrale dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (O.E.D.T.)», settembre-ottobre 2002, in <<http://emcdda.org>>, pp. 1-4.

¹⁰ Si veda *Parola chiave: droga*, in V. Ruggiero, *Delitti dei deboli e dei potenti. Esercizi di anticriminologia*, Torino, Boliati Boringhieri, 1999, pp. 83-100; *A Snapshot of European Drugs Policies – Report on the state of drug policies – Italy*, in <<http://encod.org/rap-italy.htm>>, pp. 1-4 (3 aprile 2002); *A Snapshot of European Drugs Policies – Report on the state of drug policies – Germany*, in <<http://encod.org/rap-germany.htm>>, pp. 1-4 (3 aprile 2002).



2. Alcune cifre sul comportamento a rischio degli adolescenti americani, tedeschi e italiani

Le quattro sezioni seguenti presentano un confronto fra i dati relativi a quattro tipi di droghe legali e illegali (alcool, tabacco, marijuana e ecstasy) raccolti durante varie indagini svolte negli Stati Uniti, in Germania e Italia¹¹. Per quanto riguarda i dati americani, ci serviremo di due tipi di dati raccolti in due scuole differenti, mentre per quanto concerne quelli italiani, faremo ricorso ad alcune inchieste promosse nell'ultimo decennio dalla Comunità Europea nei vari paesi al fine di monitorare l'evoluzione del comportamento a rischio. Il confronto che ne emerge presenta numerosi limiti non solo perché mancano ancora molti dati relativi al comportamento a rischio di una generazione che "per definizione" sfugge al controllo degli adulti, ma anche perché non esistono ancora indagini transnazionali¹², che scelgano un campione rappresentativo della stessa età e abitante di città di densità e/o tessuto economico simili al fine di paragonare i comportamenti socioculturali degli adolescenti e dei giovani. Disponiamo tuttavia di dati che, anche se sono molto esaurienti per gli Stati Uniti, significativi per la Germania, e assai frammentari per l'Italia, permettono di tracciare curve macroscopiche che rivelano nuove tendenze e cambiamenti del comportamento a rischio.

Al di là dunque dei limiti che sorgono dal confronto che presentiamo, che rinviano alla complessità della relazione fra i microprocessi e le macroconfigurazioni dei cambiamenti sociali¹³, il nostro scopo è quello di mostrare da una parte l'evoluzione del consumo delle droghe lecite e illecite, e dall'altra la presenza di fasce di età maggiormente a rischio, le quali mostrano la necessità di un intervento precoce e differenziato nei confronti dei diversi tipi di droghe. Mentre i dati americani, di due tipi, sono stati raccolti su una scala nazionale, quelli tedeschi e italiani sono stati raccolti su campioni rappresentativi di città diverse dal punto di vista della densità della popolazione oppure della componente etnica ed economica (industriale o agricola)¹⁴. I

¹¹ Benché anche la Russia dovesse rientrare nel progetto comparativo, essa è stata tralasciata in quanto al momento dell'avvio di questa ricerca non esistevano né dati disponibili né pubblicazioni che informassero dell'elaborazione di misure preventive. È assai recente la pubblicazione di *Preduprezhdenie podrostkovoj i junosheskoj narkomanii* [Prevenzione della tossicodipendenza degli adolescenti e dei giovani], a cura di S.V. Berezin e K.S. Liceckij, Moskva Izdatel'stvo Instituta Psichoterapii, 2001. Per le misure elaborate recentemente si veda il sito russo ECAD CENTR promotore del Movimento per la Liberazione della Società dai Narcotici, <<http://www.ecad.ru/mn-f2.html>> (11 aprile 2002), pp. 1-10.

¹² Si veda un esempio relativo agli studi di genere, M.J. Intons-Peterson, *Gender Concepts of Swedish and American Youth*, Hillsdale, New Jersey, Hove and London, Lawrence Erlbaum Associates, 1988, pp. 30-52.

¹³ Riflessioni molto utili su questa questione sono state formulate da K.U. Mayer, *Notes on a comparative political economy of life courses*, «Comparative Social research», 1997, 16, pp. 203-226 (cfr. p. 206).

¹⁴ Fra le indagini svolte fra i gruppi etnici si veda M. Plunkett, C.M. Mitchell, *Substance use rates among American Indian adolescents: Regional comparisons with monitoring the future high school seniors*, «Journal of Drug Issues», 2000, n. 30 (3), pp. 575-592.

dati americani sono stati presentati dal Centro Nazionale per la prevenzione delle malattie croniche e la promozione della salute (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*) responsabile dell' "Inchiesta sui giovani ad alto rischio" (*Youth Risk Behavior Surveillance System-United States*, indicati nelle tabelle con la sigla YRBSS) e dall'Istituto Nazionale sull'abuso delle droghe (*National Institute on Drug Abuse*), responsabile del progetto "Monitorare il Futuro" (*Monitoring the Future*, indicati nelle tabelle con la sigla MTF) nelle scuole di decimo e dodicesimo grado (alunni di 15 e 17 anni). La prima inchiesta è stata condotta dall'YRBSS nelle scuole superiori "alternative", cioè fra alunni di 15 e 17 anni con rischio di dispersione scolastica e contesto familiare "critico". L'inchiesta relativa al 1995 è stata condotta in 110 scuole i cui studenti hanno completato 10904 questionari. I dati raccolti nel 1998 sono tratti da un campione di 8918 adolescenti che hanno completato i questionari in 115 scuole. I dati del 1999 sono stati raccolti su un campione di 15349 questionari basati su campioni (scelti su scala nazionale o locale) la cui taglia varia da 1058 a 7125¹⁵. Durante la seconda inchiesta sono stati intervistati campioni di 16800, 14300, e di 13300 alunni nelle scuole di ottavo, decimo e dodicesimo grado; vi hanno partecipato circa 44300 adolescenti delle 42424 scuole che hanno aderito al programma¹⁶.

I dati tedeschi e italiani sono stati prodotti durante indagini svolte in varie scuole e discoteche (o dai Servizi regionali per le tossicodipendenze, per quanto riguarda l'Italia) promosse da diverse istituzioni nazionali e internazionali¹⁷. I dati tedeschi e italiani su alcool e tabacco sono stati raccolti nelle nazioni europee appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organisation*) commissionati dalla Conferenza Ministeriale Europea sui Giovani e l'alcool (Stoccolma, 19-21 Febbraio 2001)¹⁸. In entrambe le nazioni sono stati intervistati gli adolescenti di 13-15 anni di un campione rappresentativo di scuole. I dati relativi al 1995 e al 1999 sono stati raccolti dal "Progetto Europeo per l'inchiesta sull'alcool e le altre droghe nelle scuole" (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, ESPAD)¹⁹. Il campione italiano intervistato nel 1995 era com-

¹⁵ Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 1993, 1995, 1997, <<http://www.cdc.gov>> (10 aprile 2002).

¹⁶ *Monitoring the future. National results on adolescent drug use. Overview of Key Findings*, 2001. A cura di L.D. Johnston, P.M. O'Malley, J.G. Bachman (The University of Michigan. Institute for Social Research), <<http://www.monitoringthefuture.org>> (12 aprile 2002).

¹⁷ Si veda la *Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento degli Affari Sociali, 1998, <<http://www.affarisociali.it>> (16 aprile 2001).

¹⁸ W. Settertobulte, B.B. Jensen e K. Hurrelmann (a cura di), *Drinking among young Europeans*, Regional Office for Europe, 2001, pp. 3-10; si veda anche <<http://www.who.ch>>.

¹⁹ *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD), 2001, <<http://www.can.se>> (23 aprile 2001); cfr. la parte sull'Italia in Italy-Country Profile, <<http://www.eurocare.org/profiles/Italy.htm>> (27 aprile 2001) e sulla Germania in Germany-Country Profile, <<http://www.eurocare.org/profiles/Germany.htm>> (4 aprile 2001). I dati del WHO sono stati ripresi anche dal *Report on the state of young people's health in the*



posto di 1649 adolescenti di 15 anni, anche se nei vari Stati la quantità media si è aggirata a circa 2400 adolescenti in età compresa fra i 15 e i 16 anni. I progetti sono stati coordinati dal “Concilio Svedese per l’Informazione sull’alcool e le altre droghe” (*Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN*), e sono stati promossi dal ‘Gruppo Pompidou’ presso il Consiglio d’Europa e dal Ministero Svedese per gli Affari Sociali. Il Progetto Europeo ha realizzato interviste in 30 paesi europei durante il 1999²⁰.

I dati tedeschi sul consumo di marijuana e di ecstasy sono stati raccolti durante due interviste condotte nel 1995 rispettivamente a Monaco su un campione di 3021 studenti in età compresa fra i 14 e i 24 anni, e a Dortmund, Bielefeld e Herford su un campione di 1051 studenti in età compresa fra i 14 e i 20 anni. I dati sull’ecstasy del 1995 sono stati raccolti dalla stessa inchiesta di Monaco, mentre gli altri sono stati raccolti nel 1996/1997 a Monaco su un campione di 1345 adolescenti e giovani adulti in età compresa fra i 15 e i 19 anni, e durante un’intervista condotta durante il 1996 a Berlino, Amburgo, Norinberga, Magdeburgo, Brolling su un campione di 1674 adolescenti e giovani in età compresa fra i 12 e i 25; l’ultima, effettuata durante il 1996/1997 a Dortmund, Bielefeld e Herford, sarà utilizzata anche per i dati sull’uso della marijuana²¹. I dati relativi all’uso dell’ecstasy in Italia sono stati raccolti dall’Istituto Europeo per l’Indagine sul comportamento a rischio dei bambini (*European Institute for Investigation of risk factors for Children*, noto come IREFREA, fondato a Lione nel 1998) su due campioni di giovani: 1) il primo è costituito da 80-100 studenti rispettivamente consumatori e non consumatori di ecstasy (quest’ultimo è stato considerato come gruppo di controllo) che frequentano le discoteche; 2) il secondo è formato da 80-100 studenti (universitari) consumatori di ecstasy²².

European Union 1997/1998, <http://europa.eu.int/comm/health/ph/key_doc/ke01_en.pdf> (29 aprile 2001), p. 34. Sono riportati dati interessanti sull’uso del tabacco anche nell’Information Newline dell’Unicef, <<http://www.unicef.org/newsline/97pr55.htm>> (1 maggio 2001), pp. 1-3.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ M. Freitag e K. Hurrelmann (a cura di), *Illegale alltagsdrogen. Cannabis, ecstasy, speed and LSD im Jugendalter*, Weinheim und München, Juventa, 1999, pp. 45-63. Dati più generali sull’uso delle sostanze stupefacenti durante il 1997 sono riportati in *Prävalenz des Konsums psychoaktiver Substanzen und jährliche Zahl der Behandlungsfälle in Deutschland*, in <http://www.ift.de/IFT_deut/Aktuell/akt_1.htm>, (16 aprile 2001), pp. 1-4.

²² Verranno qui utilizzati due ricerche particolarmente interessanti pubblicate da questo Istituto: *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*, European Institute for the Investigation of Risk Factors for Children, Lyon (IREFREA), 1998, e *Family Relationships and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescence*, European Institute for the Investigation of Risk Factors for Children, Lyon (IREFREA), 1999. <<http://www.irefrea.org/publi.htm>> (19 aprile 2001).

3. Uso delle droghe lecite e illecite da parte degli adolescenti e dei giovani negli Stati Uniti, in Germania e Italia

3.1. Abuso di alcool (1995 e 1999)

Per confrontare l'uso di alcool da parte degli adolescenti americani, tedeschi e italiani, è possibile utilizzare i dati relativi agli adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17 anni raccolti durante il 1995 e il 1999. Per quanto riguarda i dati americani, per avere una più completa rappresentazione dell'evoluzione del consumo di alcool, ci serviremo di due inchieste. Infatti, mentre la ricerca *Monitoring the Future* del decennio 1991-2001 mostra un consumo più stabile fra gli adolescenti di tutte le età, fra gli adolescenti intervistati dal progetto "Sorveglianza del comportamento a rischio dei giovani" (YRBSS) emerge un incremento che può essere osservato anche in Germania e Italia, anche se, in questi due ultimi paesi si registra piuttosto un cambiamento a livello del tipo di consumo, che un aumento vero e proprio. Per quanto riguarda la frequenza dell'età nell'uso degli alcolici, si notano tassi superiori per gli adolescenti di 17 anni rispetto a quelli di 15 anni, per entrambi i generi. Anche la frequenza relativa al consumo di alcool (consumo di una o più bevande alcoliche), e al consumo corrente di alcool (consumo di alcool una volta o più durante i 30 giorni precedenti l'intervista), e il consumo di alcolici forti (consumo di 5 alcolici differenti in una occasione durante un giorno o più precedenti l'intervista) sono più elevati fra gli adolescenti di 17 anni di età che fra quelli di 15 anni, fra i maschi che fra le femmine.

Nel 1999, in Germania e Italia, la percentuale relativa alla frequenza nel consumo degli alcolici fra gli adolescenti è stata molto elevata, mentre si può ipotizzare che il consumo regolare di alcool stia diminuendo²³. Infatti, secondo una precedente intervista realizzata in Germania nel 1995/96, la frequenza del consumo degli alcolici fra gli adolescenti e i giovani in età compresa fra i 14-20 anni è del 53%, mentre quella degli individui compresi fra i 14-25 anni mostra un declino nel consumo regolare (durante la settimana). Mentre i dati americani presentano tendenze controverse, essi indicano entrambi sia un aumento dell'uso corrente che dell'abuso "episodico"; quest'ultimo si registra anche per gli adolescenti tedeschi e italiani di 15 anni. Benché gli adolescenti italiani non appaiano fra i maggiori consumatori di alcool, essi praticano più frequentemente il "consumo pesante" e il cosiddetto "binge drinking" (bere per raggiungere l'ebbrezza) in particolari occasioni.

²³ Per l'analisi del consumo di alcool da parte di bambini e adolescenti in Germania è da segnalarsi anche uno studio che non ci è stato possibile consultare: M. Freitag, *Familiäre Determinanten des Alkoholkonsums von Kindern: Implikationen einer prospektiven Längsschnittstudie für die Prävention*, in P. Kolip (a cura di), *Programme gegen Sucht*, Weinheim, Juventa, 1999.

Nel 1999, la percentuale relativa alle adolescenti italiane in età compresa fra i 15 e i 16 anni che riportano un uso episodico durante gli ultimi trenta giorni prima dell'intervista è del 4% e del 12% per dieci o più volte, del 13% e del 23% per quaranta o più volte (le percentuali dipendono dal tipo di bevanda). Queste percentuali sono più alte per la birra che per il vino o gli altri tipi di alcolici. Tuttavia, mentre in generale in Europa gli adolescenti consumano alcolici più frequentemente ma in minore quantità, gli italiani presentano i dati più elevati per quanto riguarda la frequenza dell'età, cioè la percentuale di adolescenti che ha provato un alcolico durante l'adolescenza. In sé questa pratica, che può essere imputata più a un'attitudine culturale che a un comportamento a rischio, rivela tuttavia un campo urgente per la prevenzione²⁴.

Tabella 1. *Tendenza nell'uso di alcool durante il 1995 e il 1998 negli Usa (dati tratti rispettivamente dalle due ricerche MTF e YRBSS), Germania e Italia (in percentuale)²⁵.*

	1995	1995	1995	1995	1998	1998	1998	1998
	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Germania	Italia	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Germania	Italia
Frequenza dell'uso di alcool	--/70,5 --/80,7	78,2/79,6 85,0/86,0	<i>53</i>	<i>83</i> --/--	--/70,6 --/80,0	91,8/93,1 92,4/95,0	94/94 --/--	95/96 --/-- --/--
Uso corrente di alcool	--/38,8 --/51,3	48,6/50,4 53,6/59,5	--/-- --/--	--/-- --/--	--/40,0 --51,0	59,9/65,1 60,1/73,5	22/29 --/--	40/57 --/--
Abuso episodico	--/-- --/--	28,3/32,1 31,6/46,5	<i>24/30</i> --/--	<i>35</i> --/--	--/-- --/--	43,1/52,3 41,8/60,3	31/36 --/--	16/23 25/29

Legenda

Il primo dato si riferisce alle femmine, il secondo ai maschi. La presenza di un unico dato significa che non c'è distinzione di genere.

--/-- Indica che non ci sono dati né per le femmine né per i maschi.

I numeri in corsivo indicano che non si tratta di dati netti ma di tendenze.

Le cifre tra parentesi indicano la fascia d'età.

²⁴ YRBSS, 1995, 1998; *Monitoring the Future*, 2001, *op. cit.*; ESPAD, 1995 e 1999, *op. cit.*

²⁵ I dati relativi seguiti dalla sigla MTF riguardano gli adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17, mentre quelli seguiti dalla sigla YRBSS presentano anche una differenza di genere per i due gruppi d'età (15 e 17 anni). I dati tedeschi e italiani relativi al 1995 presentano un trend nell'uso di alcool fra gli adolescenti in età compresa fra i 15-17 anni senza differenza di genere (percentuale in corsivo), mentre i dati relativi al 1998 riguardano gli adolescenti di 15 anni (eccetto i dati relativi all'abuso episodico di alcolici), *Monitoring the Future*, *op. cit.*, 1995; YRBSS, 1995, 1999; ESPAD, 1995, *op. cit.*

3.2. Uso del tabacco (1995 e 1999)

L'analisi dei dati americani relativi all'uso del tabacco dimostra una tendenza differente rispetto all'uso di alcool. Mentre i dati di *Monitoring the Future* per questi due anni in questione presentano una lieve oscillazione che lascia prevedere una condizione stazionaria o un leggero aumento, i dati *YRBSS* indicano un aumento importante; alcuni dati tedeschi e italiani mostrano un aumento nella frequenza dell'età. Secondo i dati *YRBSS*, la frequenza dell'età è più alta per i maschi che per le femmine, mentre la proporzione è inversa per quanto riguarda l'uso corrente di sigarette (consumo quotidiano durante l'ultimo mese), e raggiunge quasi gli stessi valori per l'uso frequente di sigarette (quantità di sigarette fumate nei 30 giorni precedenti l'intervista). Le percentuali sono più alte per gli adolescenti di 17 anni sia per quanto riguarda l'uso corrente che quello frequente. Il confronto fra i dati americani, tedeschi e italiani presentano le tendenze generali in corsivo e, rivelando numerose lacune, indicano in modo implicito quanto questo problema sia stato trascurato dalle politiche educative.

Riguardo le indagini ESPAD, si può notare una tendenza simile in tutti gli Stati dove un quinto di tutti gli adolescenti di 15 anni è fumatore regolare di sigarette. Secondo i dati presentati dalla relazione europea sullo stato di salute dei giovani, il 23-25% di tutti gli adolescenti di 15 anni è fumatore abituale²⁶. Gli aumenti sono ripor-

Tabella 2. Tendenze nell'uso del tabacco durante il 1995 e 1999²⁷.

	1995	1995	1995	1995	1999	1999	1999	1999
	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Germania	Italia	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Germania	Italia
Frequenza dell'uso del tabacco	57,6/64,2	70,4/71,8 73,6/73,9	--/-- --/--	64 --/--	57,6/64,6	75,1/72,7 75,5/80,5	<i>50-80</i> --/--	<i>50-80</i> --/--
Frequenza dell'uso quotidiano di sigarette	--/-- --/--	--/-- --/--	<i>20</i>	<i>20</i>	--/-- --/--	27,7/26,3 28,8/34,3	--/-- --/--	--/-- --/--
Uso corrente di sigarette	27,9/33,5	35,1/31,1 36,4/35,5	--/-- --/--	36	25,7/34,6	35,7/33,6 40,5/45,2	23/25 --/--	43/37
Uso frequente di sigarette	--/-- --/--	13,2/13,5 18,8/19,6	--/-- --/--	--/-- --/--	--/-- --/--	15,3/15,0 20,3/26,1	--/-- --/--	28/22
Consumo di più di 10 Sigarette per giorno	--/--	--/-- --/--	--/-- --/--	--/--	--/-- --/--	3,0/5,2 7,2/10,8	--/-- --/--	--/-- --/--

²⁶ *Report on the state of young people's health in the European Union, art. cit., p. 34.*

²⁷ I dati MTF riguardano gli adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17 anni, mentre i dati relativi all'inchiesta svolta dall'YRBSS presentano anche una differenza di genere (eccetto per la frequenza relativa all'uso quotidiano e corrente di sigarette). I dati tedeschi e italiani sull'uso del tabacco relativi al 1995 fra gli adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17 anni non includono la differenza di genere, mentre i dati relativi al 1999 riguardano adolescenti di



tati soprattutto nella frequenza dell'età relativa all'uso di sigarette durante gli ultimi 30 giorni, e se paragonati con quelli relativi all'uso della marijuana, ne emerge un valore più elevato per la fascia di età dei 18-20 anni, periodo in cui il consumo regolare aumenta. Nel 1999, le ragazze di 15 anni che hanno riportato un uso quotidiano di sigarette hanno rivelato una percentuale maggiore rispetto a quella dei ragazzi nella maggioranza dei paesi²⁸.

3.3. Uso della marijuana (1995, 1997/98 e 1999)

I dati riguardanti l'uso della marijuana negli Stati Uniti sono concordi nell'indicare che la frequenza dell'uso della marijuana sta aumentando per tutte le età, nonostante il declino registrato dal 1993²⁹. Come negli Stati Uniti, in Germania e in Italia c'è stato un incremento della frequenza durante gli anni Novanta, quando le percentuali hanno oscillato fra il 25% per gli adolescenti in età fra i 15 e i 16 anni e il 40% per quelli di 18 anni. Nell'arco di tempo che va dal 1989 al 1993, la percentuale di adolescenti in età compresa fra i 14 e i 25 che ha provato le droghe illegali è stata del 21% e ha raggiunto il 22% nel 1997³⁰. Le interviste tedesche presentano oscillazioni molto importanti in relazione al contesto geografico e socioculturale del consumo della marijuana. Quelle realizzate nel 1995 a Monaco su un campione di adolescenti e giovani in età compresa fra i 14 e i 24 anni presentano percentuali molto alte (fino al 32,9%), mentre le inchieste svolte nel 1997/1998 rivelano una percentuale del 31,9% fra gli adolescenti in età compresa fra i 14-20 anni (Dortmund, Bielefeld e Herford).

Quest'ultima inchiesta è particolarmente interessante perché rivela che le percentuali presentano variazioni specifiche alla zona geografica, poiché le percentuali sono più alte nelle regioni dell'ovest che in quelle dell'est, e nel nord rispetto al sud. Inoltre, i consumatori della Germania dell'ovest presentano percentuali molto alte nell'uso corrente di marijuana: 50% ha fumato fino a cinque volte, mentre l'11% ha fumato fino a 200 volte. Benché la marijuana sia la droga più consumata nelle nuove regioni tedesche, tuttavia, le percentuali relative al suo consumo sono più basse rispetto alle regioni dell'ovest (rispettivamente del 10% e del 20%). Basse percentuali (del 5 e del 12%) sono state registrate durante le interviste

15 anni di età con una differenza di genere. I dati in corsivo rappresentano una tentenza; *Italy-country Profile of the ESPAD 1995 survey*, art. cit., pp. 1-4; *Report on the State of Young People's Health*, op. cit., 2001, p. 34; *Monitoring the Future*, op. cit., 2001; YRBSS, 1995, 1999; ESPAD, 1995; HBSC, 2001.

²⁸ *Ibidem*; *Italy-country Profile of the ESPAD 1995 survey*, art. cit., pp. 1-4.

²⁹ J. Bachman, P.M. O'Malley, J.E. Schulenberg, L.D. Johnston, A.L. Bryant, A.C. Merline (Institute for Social Research University of Michigan), *The decline of Substance Use in Young Adulthood. Changes in Social Activities, Roles, and Beliefs*; Mahwah, New Jersey London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2002.

³⁰ YRBSS, 1995 e 1999, *Monitoring the future*, op. cit., 2001.

ste realizzate fra gli adolescenti in età fra i 14 e i 16 anni nella Westfalia del Nord mentre a Berlino e a Monaco i due gruppi con la più alta percentuale di consumatori (60%) appartengono ai frequentatori delle discoteche o dei grandi concerti techno dove la marijuana è utilizzata in quantità simile all'ecstasy, amfetamine e LSD. Infatti questi due gruppi denotano un comportamento caratterizzato dall'uso multiplo di amfetamine (45%), allucinogeni (40%) e cocaina (35%). Infine, gli adolescenti e i giovani italiani presentano le stesse tendenze nel consumo della marijuana, oltre che un aumento dell'uso multiplo di droghe in particolare nelle discoteche³¹.

Tabella 3. *Tendenze dell'uso della marijuana durante il 1995, 1997/98 e 1999³².*

	1995	1995	1995	1995	1997	1997/98	1997/98	1999	1999	1999
	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Germania	Italia	USA (YRBSS)	Germania	Italia	USA (MTF)	USA (YRBSS)	Italia
Frequenza dell'uso della marijuana	34,1/41,7	39,5/43,2 43,6/48,0	32,9 (14-24)	19 --/--	39,8/44,9	31,9 (14-20)	35,8 (17-23)	40,9/49,7	46,7/51,6 53,2/63,8	23/28 --/--
Uso corrente di marijuana	28,7/34,7	22,6/28,2 25,1/30,1	--/-- --/--	--/-- --/--	20,4/21,9		--/--	32,1/37,8	24,3/31,4 26,3/36,9	12/17

Legenda

--/-- manca la distinzione di genere.

Le cifre fra parentesi indicano la fascia di età.

3.4. Uso di ecstasy (1995, 1996/97, 1997/1999)

Fin dall'inizio degli anni Novanta il comportamento a rischio include il consumo di un nuovo tipo di amfetamina con proprietà allucinogene nota come ecstasy (MDMA), consumata soprattutto nelle discoteche a causa delle suo effetto prolungato che permette un'esperienza fisica ed emotiva particolarmente intensa. Tuttavia, nonostante inizialmente si sia registrato un aumento nell'uso di questa nuova sostanza in tutti i gradi e gruppi di età, in particolare nelle discoteche e nelle manifestazioni di musica techno, negli ultimi due anni si è registrata una diminuzione quasi generale nei tre paesi in questione. Negli Stati Uniti, dopo un rapido aumento fra i giovani, la frequenza fra gli adolescenti di 17 anni è raddop-

³¹ *Illegale alltagsdrogen, op. cit.*, pp. 49-50; *Italy-country Profile of the ESPAD 1995 survey, op. cit.*, pp. 1-4.

³² I dati MTF riguardano una percentuale di adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17 anni senza differenza di genere, mentre i dati YRBSS presentano anche la differenza di genere relativa ai due gruppi di età di 15 e 17 anni. I dati tedeschi e italiani sull'uso della cannabis relativi al 1995 e al 1997/1998 riguardano fasce di età (indicate fra parentesi); *Monitoring the future, op. cit.*, 1995 e 1996; YRBSS, 1995 e 1999; *Illegale alltagsdrogen, op. cit.*, pp. 49-50; *Relazione annuale al Parlamento, op. cit.*, pp. 36-39.



piata dal 1998 al 2001 (passando dal 5,8% all'11,7%), mentre dal 2001 si è verificata una diminuzione in seguito alla percezione diffusa del pericolo del consumo di questa droga³³.

In confronto con i dati americani, le interviste tedesche presentano informazioni assai preziose riguardo alle modalità di consumo. Per questo motivo, prenderemo in considerazione da una parte tre interviste svolte durante il 1995-1997 a Monaco, Dortmund, Bielefeld e Herford, che dimostrano un aumento del consumo, e dall'altra le interviste realizzate durante le manifestazioni di musica techno nel 1996 a Berlino, Amburgo, Norimberga, Magdeburgo e Brollin. La frequenza varia dal 3,1% a Monaco nel 1995 al 5,1% nel 1996/1997, e al 3,9% a Dortmund, Bielefeld, Herford nel 1997/1998. Tuttavia la percentuale aumenta fino al 49,1% a Berlino e Amburgo durante il 1996 fra gli adolescenti in età compresa fra i 12 e i 25 anni. In generale, l'ecstasy è comunemente associata con le manifestazioni di musica techno dove il 30-50% dei giovani ne ha fatto uso; il 16-35% fra questi ultimi ha consumato ecstasy negli ultimi mesi, ma la percentuale può raggiungere il 28-40% durante le feste "casalinghe" fra amici. Secondo lo studio condotto a Dortmund, Bielefeld e Herford, la frequenza fra gli adolescenti in età compresa fra 14 e 25 è del 2,5%, mentre in generale la prima esperienza avviene fra i 15 e i 17 anni; dopo quest'età la percentuale aumenta dell'1% fino ai 24 anni³⁴.

La frequenza varia in dipendenza dell'età, genere, esperienza e consumo delle varie droghe. L'uso di ecstasy è normalmente associato con altre droghe, cioè con la marijuana e le amfetamine (a Berlino) o allucinogeni e cocaina. In ogni caso, la quantità dei consumatori di ecstasy è difficile da definire perché una parte significativa di consumatori non sa cos'ha assunto (amfetamine, allucinogeni o entacotogeni?). Il 67,4% dei consumatori assume ecstasy durante il fine settimana, il 22,1% durante particolari occasioni, e, infine, il 17% consuma una pastiglia durante la settimana. Si tratta di uno stile di consumo che ha molto in comune col cosiddetto "binge drinking", perché viene associato a particolari contesti e a particolari "cocktail" di sostanze stupefacenti. Secondo uno studio condotto nel 1997, il 63% ha assunto 1-5 pastiglie, il 20% da dieci a cento, e il 6% circa un centinaio. Queste tendenze sono confermate dallo studio effettuato a Dortmund, Bielefeld e Herford dove il 63% dei consumatori di ecstasy non ha assunto neppure una pastiglia nel mese precedente l'intervista, il 10,5% ha assunto una pastiglia, il 10% da una a tre pastiglie, e il 7,2% ha assunto un massimo di 8 pastiglie. Gli adolescenti e i giovani hanno assunto ecstasy nelle manifestazioni di musica techno e nelle discoteche, mentre il 28-40% l'ha consumata a casa con gli amici³⁵.

³³ *Monitoring the Future, op. cit.*, pp. 3 e 28; *Focus Adolescent Service. Teens and Ecstasy (MDMA)*, <<http://www.focusas.com/Ecstasy.html>>, pp. 1-4 (26 marzo 2001).

³⁴ *Illegale alltagsdrogen, op. cit.*, pp. 50-53.

³⁵ *Ibidem*.

Il contesto del consumo spiega sia le ragioni delle oscillazioni di questo consumo che l'attitudine nei confronti di questa pratica: il 90% dei consumatori ha pensato di smettere, l'83% pensa di aver già interrotto, mentre il 10% non ha alcuna motivazione per rinunciare definitivamente. Le stesse interviste rivelano anche l'alta percentuale di amfetamine, allucinogeni e cocaina. Lo studio di Monaco indica il 2,6% del consumo di amfetamine, 2,1% di allucinogeni e 4% di cocaina. Lo studio relativo a Dortmund, Bielefeld e Herford per lo stesso tipo di sostanze presenta percentuali del 4,2, 4,6 e 2,0%. Alte percentuali emergono durante le manifestazioni di musica techno dove esse raggiungono il 44,4%, il 37% e il 30,7%. Questo stile di consumo deve essere spiegato da un profondo cambiamento della funzione socioculturale dell'uso delle droghe. In alcuni casi, i consumatori combinano queste sostanze, in altri "cominciano la serata" con l'ecstasy, in seguito passano a un sostanza denominata speed, e "finiscono la serata" con una terza droga, di solito con la marijuana. Infatti, secondo alcune interviste, il 41% di tutti i consumatori di ecstasy usa tre o più tipi di droga, secondo altre l'85% dei consumatori di ecstasy ha fumato marijuana o bevuto alcool, il 60% ha preso ecstasy con speed. L'uso di sola ecstasy è raro, perché solamente il 6% dei consumatori di ecstasy non assume altre droghe, anche se fuma o beve alcool. Alcuni studi mostrano che il 38% ha usato due o più sostanze nell'ultimo mese, 27% ne ha usato tre, 22% ne ha usato solo una, mentre il 43% nessuna. In ogni caso, lo stile di consumo più diffuso consiste nel combinare l'ecstasy con la marijuana (28%); segue quello che unisce marijuana, ecstasy e speed (10%), ai quali alcuni consumatori aggiungono allucinogeni o cocaina (8%)³⁶.

I dati italiani sull'ecstasy confermano l'aumento del consumo di questa nuova droga con percentuali che oscillano fra il 5,5% e l'8%. Un'intervista realizzata durante il 1996 nel Veneto su 343 giovani frequentatori di discoteche ha dimostrato che il 47% ha assunto ecstasy almeno una volta. La maggioranza di questi consumatori (86%) ha consumato questa sostanza con altre (alcool 60%, marijuana 59%, calmanti 33%, cocaina 31%, amfetamina 9,9%, K speciale 4%). Il 6% ha assunto l'ecstasy anche durante una partita di calcio. Inoltre, un'inchiesta svolta a Roma nel 1997-1998 fra 1697 giovani in età compresa fra i 17 e i 23 anni (con una media di età di 18-19 anni), di cui 50,8% maschi, studenti dell'ultimo anno delle scuole superiori di 3 sezioni differenti, ha rivelato che il 41,7% ha assunto droghe. Il 35,8% ha fatto uso di hashish e di marijuana almeno una volta, il 9,5% di sedativi, il 5,5% di ecstasy, il 3,7% di LSD, il 3,4% di stimolanti, lo 0,5% ha usato eroina almeno una volta, il 9% cocaina. Per quanto riguarda la frequenza durante tre mesi, il 24,5% ha usato hashish e marijuana, il 4,5% analgesici, il 2,2% ecstasy, l'1,9% stimolanti, lo 0,7% LSD, lo 0,2% cocaina. Altre inchieste svolte

³⁶ *Ibidem*, pp. 45-63.



dall' "Istituto Europeo per la ricerca dei fattori a rischio dei bambini (IREFREA)" conferma la tendenza dell'uso multiplo: il 98,4% ha fatto uso di alcool, il 96,1% di sigarette, il 96,0% di marijuana, il 64,5% di cocaina, il 51% di amfetamine, il 50% di LSD, il 33,3% di altre droghe (non specificate), il 25,7% di funghi e il 21,2% di eroina³⁷.

Tabella 4. *Tendenza dell'uso di ecstasy durante il 1995, 1996/97, 1997/1999*³⁸.

	1995	1995	1995	1996	1996/97	1996	1996	1997	1997/98	1997/9	1999
	USA	Germania	Italia	USA	Germania	Germania (manifestazioni di musica tecno)	Italia (discoteche)	USA	Germania	Italia	USA
Frequenza dell'uso di ecstasy	--/--	3,1 (14-24)	4,0	4,6/4,6	5,1 (15-19)	49,1 (12-25)	47%	5,7/6,9	31,9 (14-20)	5,5 (17-23)	6,0/8,0
Frequenza durante trenta giorni precedenti l'intervista	--/--			1,8		35,4		1,3/1,9			1,8/2,5

Questi dati, che mostrano un aumento generale del consumo delle droghe lecite e illecite, indicano la necessità di differenziare il trattamento non solo nei confronti delle diverse sostanze stupefacenti, ma anche nei confronti delle bambine e dei bambini, delle adolescenti e degli adolescenti. Essi suggeriscono di anticipare l'adozione delle strategie di prevenzione nei confronti di chi la curiosità per l'uso di queste sostanze si fa più forte e nei confronti di chi il controllo degli adulti si fa più debole. Queste cifre, tuttavia, che potrebbero essere allarmanti, non devono limitarsi a suscitare l'adozione di programmi di prevenzione volti a un maggior senso di responsabilità degli adolescenti e dei giovani. Esse devono anche far riflettere sulla necessità di moltiplicare i fattori protettivi che neutralizzino "il disordine emotivo" degli adolescenti più a rischio. È per questo motivo che è stato avviato un ampio dibattito sugli scopi della prevenzione già a partire dalla fine degli anni Settanta, allorché le droghe leggere venivano considerate il primo passo verso la tossicodipendenza. Al di là del dibattito che può sorge-

³⁷ *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe, op. cit.*, pp. 23, 59-61; *Relazione annuale al Parlamento, op. cit.*, pp. 36-39; S. Piccone Stella, *art. cit.*, p. 1062.

³⁸ I dati americani MTF e italiani riguardano una percentuale di adolescenti in età compresa fra i 15 e i 17 anni, mentre i dati tedeschi riguardano una fascia di età compresa fra i 14 e i 24 anni (per il 1995). Questi ultimi, relativi al 1996/1997, concernono l'uso durante tre mesi. Le fasce d'età sono indicate in corsivo tra parentesi; YRBSS, 1995 e 1999; *Monitoring the Future, op. cit.*, 1996 e 1997; *Illegale alltagsdrogen, op. cit.*, pp. 50-55; *Relazione annuale al Parlamento, op. cit.*, pp. 36-39.

re sulle conseguenze reali dell'uso più o meno prolungato delle droghe leggere sul percorso e sulla salute degli individui³⁹, va ricordato che recentemente sono state avviate campagne di promozione della salute nelle scuole, di cui cercheremo di ricostruire sinteticamente l'evoluzione storica.

4. La prevenzione è una scienza

Per analizzare meglio le strategie di prevenzione sperimentate nei confronti delle droghe leggere, lecite e illecite, è necessario premettere che la prevenzione si suddivide in vari tipi, a seconda del momento in cui interviene per modificare il comportamento degli adolescenti. La *prevenzione primaria* è la prevenzione vera e propria, perché tende a impedire l'insorgenza stessa del comportamento a rischio. Nel caso della *prevenzione secondaria*, si tratta di prevenire gli effetti deleteri di un uso già avviato e possibilmente di interromperlo, mentre la *prevenzione terziaria*, se così si può definire, si propone di elaborare misure di disintossicazione per guarire un tipo di consumo che presenta già segni di dipendenza⁴⁰. Per quanto riguarda il primo tipo di prevenzione, che preoccupa maggiormente gli specialisti della prevenzione, è necessario premettere che esistono quattro paradigmi principali, elaborati dalla fine degli anni Settanta ai giorni nostri, che è necessario presentare sinteticamente con un'attenzione particolare al dibattito che hanno suscitato: 1) il modello informativo; 2) i modelli alternativi; 3) il modello educativo-emotivo/di abilità sociali; 4) il modello dell'ambiente sociale/di apprendimento⁴¹.

Il primo modello, quello informativo, che predominava negli anni Sessanta e Settanta, delegava agli insegnanti il compito di informare i loro alunni sui rischi e pericoli dell'uso delle droghe. Numerosi studi svolti a partire dai test hanno messo tuttavia in evidenza che "l'informazione sulle droghe" non aveva alcun effetto sul comportamento, anche se aveva suscitato una lieve diffidenza nei confronti dei consumatori di droghe leggere⁴², oltre che aver modificato la percezione delle droghe e dei loro effetti sullo stato psicofisico⁴³. Tuttavia, malgrado la mancanza di risultati concreti dal punto di vista del comportamento, questo modello è sta-

³⁹ A.M. Pagliaro, L.A. Pagliaro, *Substance Use among Children and Adolescents. Its nature, Extent, and Effects from Conception to adulthood*, New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, John Wiley & Sons, Inc., 1996, pp. 96-100.

⁴⁰ *Ibidem*, pp. 229-267.

⁴¹ *Ibidem*, pp. 232-234.

⁴² D.J. Hanson, *Drug education. Does it work?*, in F.R. Scarpitti, S.K. Dantesman (a cura di), *Drugs and youth culture*, Beverly Hills London, Sage Publications, 1980, pp. 251-282.

⁴³ Si veda ad esempio M.D. Newcomb e P.M. Butler (a cura di), *Consequences of adolescent drug use: impact on the lives of young adults*, Newbury Park, California Sage Publications, 1988.



to applicato all'educazione alla salute (all'educazione sessuale, soprattutto), suscitando anche in questo campo numerose controversie sull'efficacia dell'informazione sulle decisioni degli adolescenti⁴⁴. Il secondo modello, quello alternativo, al pari del primo, non si basava su una teoria del comportamento deviante dei bambini o degli adolescenti, ma proponeva attività fisiche e ricreative per aiutare i bambini e gli adolescenti ad acquisire fiducia in sé, stima personale, abitudine a essere impegnati e produttivi anche in lavori sociali⁴⁵.

Il terzo e il quarto modello, invece, si fondano su teorie comportamentali particolari. Prima di affrontarli vale la pena di sottolineare, come affermano i due studiosi americani Anne Marie e Louis Pagliaro, che esistono quasi cento teorie eziologiche del comportamento a rischio (biologiche, psicologiche, sociologiche ed eclettiche), fra le quali le più interessanti sono sicuramente quelle di R. e S. Jessor, G. e E. Botvin e di M. Newcomb e P. Beutler⁴⁶. Prima di passare alla descrizione di questi modelli, occorre ricordare che i principali modelli interpretativi del comportamento a rischio sono stati presentati in uno studio da Marcella Ravenna, che ha svolto un'inchiesta sull'uso delle droghe leggere da parte dei giovani in discoteca. Secondo le teorie psicologiche americane, non esiste una causa unica che spinga verso la curiosità delle droghe e dei loro effetti stimolanti. La mancanza di relazioni sociali stimolanti e l'accresciuto sentimento di impotenza, la mancanza di abilità sociali (S. Shiffman e T.A. Wills, 1985), l'incapacità di regolare gli stati emozionali e la percezione di una vita di routine (E.W. Labovie, 1986) potrebbero costituire i primi segnali del disagio psicologico che indebolisce la resistenza alla curiosità⁴⁷.

Sulla base di ricerche longitudinali (cioè di uno stesso gruppo di adolescenti intervistato a distanza di 5 o 7 anni) riguardanti l'interazione di questi fattori di iniziazione (J. Block *et al.*, 1988) e "il fattore personalità", Marcella Ravenna sottolinea l'importanza della ricerca di sensazioni non convenzionali e di esperienze complesse. Per questi individui che vengono definiti "sensation seekers", infatti, si

⁴⁴ Si tratta di un dibattito in corso anche per quanto riguarda l'educazione sessuale, *Sex Ed Teachers Believe They Are Not Meeting Students' needs for Reproductive Health Information-One in Four Are Told Not to teach About Contraception*, in «News Release», <<http://www.agi-usa.org/pubs/archives/newsrelease3205.htm>>, pp. 1-3 (27 settembre 2000). Sulla "riduzione del rischio" si veda il dibattito intrapreso dalla Rivista dell'Associazione Medica Canadese (Canadian Medical Association Journal, *CMAJ*), e, in particolare P.G. Erikson, *Reducing the harm of adolescent substance use*, in «CMAJ», n. 156, pp. 1387-1393, in <<http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-10/1387.htm>> (30 aprile 2001), pp. 1-11. Per quanto riguarda la valutazione del programma avviato in Nova Scotia nel 1996, cfr. C. Poulin, D. Elliott, *Alcohol, tobacco and cannabis use among Nova Scotia adolescents: implications for prevention and harm reduction*, *ibidem*.

⁴⁵ A.M. Pagliaro, L.A. Pagliaro, *op. cit.*, pp. 233-234.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 32.

⁴⁷ M. Ravenna, "Fattori cognitivi, motivazionali e di personalità nell'iniziazione alla droga", in N. Colecchia (a cura di), *Adolescenti e prevenzione. Disagio, marginalità devianza*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995, pp. 115-136.

tratterebbe non tanto di alterare lo stato psicofisico, ma di ottenere un “livello ottimale di stimolazione”. Infatti, numerose ricerche sull’iniziazione hanno mostrato che la ricerca di sensazioni comporta una serie di caratteristiche personali (ribellione, impulsività, incapacità a posticipare la gratificazione, valore di autonomia e di indipendenza, orientamento esterno del *locus of control*, basso livello di stima personale, scarsa attitudine critica verso la società e le attitudini devianti, debole interesse verso gli scopi educativi e il successo personale, forte orientamento verso i coetanei), che possono determinare un comportamento problematico (R. Jessor e S. Jessor, 1980)⁴⁸.

Una teoria complessa, elaborata successivamente (M.D. Newcomb, P.M. Bentler, 1988)⁴⁹, insiste su una serie di fattori scatenanti per il comportamento a rischio: 1) modificazione dello stato di coscienza e ricerca di sensazioni; 2) ricerca di identità e personalità; 3) autonomia e emancipazione; 4) relazione più intensa e frequente con i coetanei; 5) disagio o stati psicologici negativi o bisogno di ridurre lo stress. Secondo un altro gruppo di psicologi, invece, T. Anderson, L.R. Bergman e D. Margusson (1989), L.N. Robins e L. Mc Evoy (1990), l’infanzia dei consumatori di droghe è segnata da una cosiddetta “sindrome psicologica latente”, cioè dall’incapacità di creare relazioni personali, di investire le energie nella scuola e nel lavoro⁵⁰.

Sulla base di questi elementi, emerge la difficoltà di elaborare delle strategie educative che curino questi disagi e sindromi, perché essi rivelano in modo indiretto anche un contesto problematico (la famiglia) sul quale le strategie di prevenzione dovrebbero concentrarsi in ugual misura che nella scuola dove gli insegnanti possono individuare queste anomalie in relazione allo scarso rendimento scolastico. Ritornando ai modelli precedentemente enumerati, il terzo è fondato sulla teoria di alcuni psicologi (Jessor e Jessor, 1977; Botvin e Botvin, 1993), ed è stato applicato dalla metà degli anni Settanta alla metà degli anni Ottanta. L’idea principale di questi psicologi è che l’uso delle droghe deve essere imputato all’incapacità di perseguire scopi precisi da parte degli adolescenti a causa della scarsa stima personale e della mancanza di valori. In caso di insuccesso scolastico, ad esempio, gli adolescenti potevano compensare questi deficit comportamentali attraverso atteggiamenti ‘trasgressivi’ al fine di guadagnare un’immagine di stima fra i coetanei e indipendenza rispetto agli adulti. Pertanto, l’aumento dell’autostima e l’apprendimento dei valori, la soluzione dei problemi, la presa di decisioni e le capacità comunicative sembravano costituire i rimedi per affrontare “fallimento atteso, noia, ansia sociale, infelicità, rifiuto, isolamento sociale, bassa stima per-

⁴⁸ *Ibidem*, pp. 125-127.

⁴⁹ M.D. Newcomb e P.M. Bentler, *Impact of Adolescent Drug Use and Social Support on Problems of Youth Adults: A Longitudinal Study*, «Journal of Abnormal Psychology», 1988, n. 97 (1), pp. 64-75.

⁵⁰ M. Ravenna, *art. cit.*, pp. 129-132.



sonale e una mancanza di efficacia personale”⁵¹. Attraverso i metodi proposti dal modello alternativo, si mirava dunque a sviluppare una *competenza sociale* che veniva definita come l’abilità di discordare, rifiutare, fare domande e iniziare una conversazione. Tuttavia, questo modello non sembrò dare risultati, perchè prevedeva l’insegnamento di valori senza che fossero calati nel contesto delle situazioni concrete nelle quali gli adolescenti avrebbero dovuto reagire e difendersi dal rischio. Il modello più utilizzato è il quarto, quello dell’ambiente sociale/apprendimento, che è stato applicato dalla metà degli anni Ottanta fino ad oggi.

Questo modello è basato sulla teoria dell’apprendimento sociale-cognitivo, che sostiene che le diverse forme di influenza sociale (genitori, coetanei e media) hanno un effetto significativo sull’uso delle droghe e che i bambini possono essere allenati a resistere alla pressione sociale esercitata dall’uso delle droghe. Il più famoso di questi metodi è il *Life skills Training* che coinvolge anche i coetanei dei ragazzi come assistenti dell’insegnante o come *counselors* della scuola. Oltre che ad insegnare agli studenti come *dire di no* alle droghe, questi programmi si propongono di creare un clima scolastico in grado di incoraggiare lo sviluppo dello spirito di indipendenza e responsabilità e un’identità positiva, di favorire le opportunità per utilizzare le abilità acquisite, guadagnare una nuova fiducia e competenza, affrontare le difficoltà, e stimolare gli adolescenti a rispondere al bisogno di aiuto dei compagni. Si tratta di un modello che ha mostrato risultati efficaci nella prevenzione o nella diminuzione stessa dell’uso delle droghe⁵².

Per capire il successo di questo modello, che è stato applicato a un programma di apprendimento preciso, è necessario prendere in considerazione un articolo cruciale per lo sviluppo di questi programmi, perché attribuisce all’ambiente circostante un ruolo non meno importante che al trattamento educativo degli adolescenti stessi. Pubblicato nel 1993 col titolo “La prevenzione è una scienza”, questo articolo mostrava che per combattere le devianze non era necessaria solamente una serie di misure di prevenzione, ma anche lo sviluppo di un’insieme di misure di protezione in grado di neutralizzare i rischi sociali⁵³. Per valutare meglio le misure sperimentate nei vari paesi, basti evocare qui la definizione di *scienza della prevenzione* data da John D. Coie e dai suoi colleghi, che affermavano che “lo scopo della scienza della prevenzione è quello di prevenire o moderare le disfunzioni umane più importanti”⁵⁴. Al fine di eliminare le cause del disordine, essi proponevano di studiare sia “i fattori a rischio” che “i fattori protettivi”. Essi mettevano in evidenza che i fattori a rischio

⁵¹ A.M. Pagliaro, L.A. Pagliaro, *op. cit.*, p. 235.

⁵² *Ibidem*, pp. 234-241.

⁵³ J.D. Coie, N.F. Watt, S.G. West, J.D. Hawkins, J.R. Asarnow, H.J. Markman, S.L. Ramey, M.B. Shure, and B. Long, *The Science of Prevention, A Conceptual framework and Some Direction for a National Research Program*, «American Psychologist», October 1993, pp. 1013-1022.

⁵⁴ *Ibidem*, p. 1013.

avevano complesse relazioni con il disordine clinico e, a partire da questo postulato, formulavano i cinque principi seguenti, fondamentali per i programmi di prevenzione: 1) la necessità di identificare la catena degli effetti attraverso la quale gli interventi sono chiamati a influenzare rischi identificati e processi protettivi così come a prevenire il disordine; 2) l'utilità dell'intervento preventivo in età precoce, allorché i fattori a rischio predicono disfunzioni, e in particolare a partire dai 10 anni; 3) l'intervento deve essere indirizzato agli individui che manifestano un alto rischio per lo sviluppo di disfunzioni attraverso l'esposizione a fattori multipli di rischio; 4) una prevenzione efficace richiede un'azione coordinata in ogni parte dell'ambiente circostante (famiglia, scuola, coetanei, comunità e media); 5) per la nascita della scienza della prevenzione risultano cruciali da una parte le ricerche longitudinali che costituiscono la "finestra privilegiata" per studiare la nascita e il corso della psicopatologia, e dall'altra il postulato secondo il quale l'adattamento umano viene interpretato meglio attraverso la formula *Persona X interazione dell'ambiente*⁵⁵. Questi elementi hanno sicuramente rappresentato una piccola rivoluzione nelle concezioni preventive, in quanto prendono in considerazione aspetti fino ad allora ignorati del comportamento.

Dal punto di vista empirico, si constata che nei vari programmi preventivi, il modello informativo non è stato completamente abbandonato, perché è stato integrato con veri e propri programmi di prevenzione. Negli Stati Uniti, esso sembra aver avuto un impatto importante sul cambiamento della percezione nei confronti del consumo di ecstasy, determinando un calo dell'attrazione verso questa sostanza⁵⁶. Tuttavia, per modificare il comportamento problematico, il modello che è risultato più efficace è quello del *Life skills Training*, poiché ha rappresentato una metodologia volta a rinnovare le capacità didattiche e comunicative degli insegnanti, che, attraverso il coinvolgimento dei genitori, hanno cercato di stimolare un nuovo stile di apprendimento e di vita scolastica in generale. Fra le sperimentazioni più importanti va ricordato il "Project ADAPT"⁵⁷, che consiste in un programma di preven-

⁵⁵ *Ibidem*, pp. 1014-1016.

⁵⁶ *Monitoring the Future*, op. cit., p. 4.

⁵⁷ Si tratta di un programma elaborato da G.J. Botvin, Direttore dell'Istituto della Ricerca sulla Prevenzione presso il Dipartimento di Salute Pubblica della Cornell University. Si veda ad esempio G.J. Botvin, A. Eng, C.L. Williams, *Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training*, «Preventive Medicine», 1980, n. 9, pp. 135-143; G.J. Botvin, E. Baker, E.M. Botvin, A.D. Filazzola and R.B. Millman, *Prevention of alcohol misuse through the development of personal and social competence. A pilot study*, «Journal of Studies on Alcohol», 1984, n. 45, pp. 550-552; G.J. Botvin, E. Baker, L. Dusenbury, S. Tortu, and E.M. Botvin, *Preventing adolescent drug abuse through a multimodal cognitive-behavioral approach: results of a three-year study*, «Journal of Consulting and Clinical Psychology», 1990, n. 58, pp. 437-446. Per la valutazione dei suoi risultati positivi, si veda G.J. Botvin, E. Baker, L. Dusenbury, E.M. Botvin, T. Diaz, *Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population*, «Jama», 1995, n. 273 (14), pp. 1106-1112; G.J. Botvin, *Life Skills Training: Promoting health and personal development*, Princeton NJ, Princeton health Press, 1998.



zione sviluppato in 10 scuole rurali della Pennsylvania sotto la direzione di *counselors* scolastici. La caratteristica principale di questo progetto consiste nel calare il programma di apprendimento nelle lezioni scolastiche, cioè in un contesto di apprendimento preciso: “Lo scopo di questo progetto è di infondere o integrare le capacità di resistenza, ‘decision making’, attitudini verso il mondo esterno, conoscenza delle droghe, miglioramento personale, miti pubblicitari, educazione alle norme, capacità di comunicazione, abilità sociali, allenamento a imporsi”⁵⁸. Questo metodo presenta numerosi benefici fra i quali risultano la sua fusione nel *curriculum* regolare e nel processo di apprendimento, e, l’apprendimento concreto da parte degli alunni di “abilità di vita” nelle diverse discipline e situazioni. Il progetto comprende inoltre anche un “compito” domestico affidato ai genitori. I suoi risultati si spiegano in primo luogo con la durata assai prolungata (3 anni) nelle scuole di 6 e 7 grado, e, in secondo luogo, con l’adozione parallela da parte di uno o più insegnanti del programma, che consiste di 15 lezioni durante il primo anno e di 10 durante il secondo e il terzo anno⁵⁹.

Questo programma, i cui risultati sono accertati dai test, è stato integrato anche in altre sperimentazioni fra le quali si possono citare quella del Dipartimento di Salute e Servizi umani, che mira a prevenire tutta una serie di disagi giovanili, e non solo quelli che portano all’uso delle droghe leggere⁶⁰; il “Progetto Famiglia”, elaborato dall’Istituto per la Ricerca sulla società e sul comportamento (Università di Stato di Iowa), che coinvolge la partecipazione della famiglia e della comunità, e infine quello che si propone di educare i ragazzi a un miglior utilizzo del tempo libero⁶¹.

In Germania e Italia dove le inchieste sul comportamento a rischio sono assai recenti, il modello informativo è stato il più praticato fino alla metà degli anni Novanta, anche perché in mancanza di dati statistici, era arduo decidere quale fosse il male da combattere e quale rimedio adottare. In Italia, infatti, le prime inchieste sull’uso degli stupefacenti risalgono alla fine degli anni Settanta (a Trento e a Terni)⁶². D’altra parte, l’aumento della delinquenza minorile (46.000 denun-

⁵⁸ J.D. Swisher, L. Bechtel, K.L. Henry, J.R. Vicary, and Ed Smith, *A model substance abuse prevention program*, in D.C. Locke, J.E. Myer, E.L. Herr (a cura di), *The handbook of counseling*, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage Publications, 2001, pp. 551-559 (cfr. p. 553).

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *School Health Programs: An Investment in Our Nation's Future*, in <<http://www.cdc.gov/nccdphp/dash>>, 27 marzo 2002, pp. 1-4.

⁶¹ L. Caldwell, C. Baldwin, S. Dubrouillet, J. Persing (a cura di), *Draft-TimeWise. Learning Lifelong Leisure Skills*, febbraio 2001. È possibile trovare un quadro delle strategie di prevenzione che ricorrono ai coetanei e alla famiglia in N. Colecchia, *La prevenzione mirata: dagli indicatori dischio ai fattori di protezione del sé*, in «Adolescenti e prevenzione», *op. cit.*, pp. 1-43.

⁶² E. Gius, C.M. Nator, *Cultura giovanile, realtà sociale e droga*, in E. Gius (a cura di), *La questione droga. Prospettive di ricerca e problemi di intervento*, Milano, Giuffrè, 1982, pp. 165-269; L. Biagetti e L. Fabbri, *op. cit.*, pp. 33-34.

ce del 1995 – delle quali il 18% per traffico di droga – contro 24523 denunce del 1988) ha reso assai urgente l'elaborazione di misure di prevenzione dei comportamenti problematici⁶³. Fra le più recenti va citata quella svolta in una discoteca di Bologna durante il 1996 su 117 ragazzi e 107 ragazze in età compresa fra i 18 e i 30 anni, che ha rivelato che la ricerca di sensazioni insolite costituisce il fattore principale che spinge i giovani a fare uso di ecstasy⁶⁴. Un'importante indagine è stata svolta in diverse città europee (Coimbra, Madrid, Modena e Lyon) durante il 1996/1997 al fine di elaborare un programma preventivo che studiasse la relazione fra l'uso delle droghe e la condizione familiare, e, a partire da questa, elaborare un programma di prevenzione (ispirato alla concezione di K. L. Kumpfer) inserito nell'intera comunità⁶⁵.

Lo svolgimento di inchieste, tuttavia, ha ricevuto un impulso importante dalla prima conferenza della "Rete Europea di Promozione della salute nelle scuole" (European Network of Health Promoting Schools, fondata nel 1991/1992). Durante la conferenza, tenuta nel 1997 (Halkidiki, Grecia), è stato deciso l'avvio di un'attività didattica volta soprattutto alla prevenzione primaria dell'alcool⁶⁶. Dal 1998, in Italia, sono stati impiantati vari programmi per la promozione della salute (direttiva 463 del 26/11/1998) nelle scuole quali "Studentesse e studenti", "Centri di informazione e consulenza", "Famiglia", "Programma e formazione", e addirittura nell'esercito e nella marina⁶⁷. Fra gli esempi di prevenzione secondaria, sono degni di nota quelli adottati da alcuni Servizi per le Tossicodipendenze in Friuli e in Umbria, che hanno esteso anche la loro rete di intervento nei confronti di altre patologie (anoressia e abulimia), coinvolgendo anche le famiglie⁶⁸. Tuttavia, si può parlare di una politica europea sulle droghe solamente a partire dalla fondazione del "Centro Europeo per il Monitoraggio delle Droghe" (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction by the European Community, EMCDDSA) nel 1998, in seguito alla quale anche in Italia è stato impiantato il modello social-co-

⁶³ *Ragazzi al margine. Emergenze e aree a rischio nella devianza minorile*, Torino, Elle Di Ci, 1998. Sulla questione della devianza durante la preadolescenza si veda anche *Non solo sfruttati o violenti*, op. cit., pp. 147-153.

⁶⁴ M. Ravenna, A. Palmonari, *Esperienze della discoteca: studio preliminare su un campione di frequentatori occasionali*. Atti della Conferenza Internazionale, Bologna, 18-19 novembre 1996, citati in *Characteristics and social representation of ecstasy in Europe*, op. cit., pp. 145-146.

⁶⁵ *Family Relationships and Primary Prevention of Drug Use in Early Adolescence*, op. cit., pp. 23-35, 148-149.

⁶⁶ *ENHPS Conference Resolution*, <<http://www.who.dk/enhps/page/intenglish.html>>, pp. 10-13 (19 aprile 2001).

⁶⁷ *Relazione annuale al Parlamento*, op. cit., pp. 24-26.

⁶⁸ A. Palmonari, G. Rigon, *Servizi socio-sanitari e prevenzione delle situazioni a rischio*, in P. Giannino, P. Avallo (a cura di), *I servizi di assistenza ai minori*, Padova, Cedam, 2000, pp. 141-150. Sulla prevenzione secondaria, e in particolare sul servizio Deta di Cologno Monzese organizzato nel 1987, risultano molto interessanti Gaetano De Leo (a cura di), *Cultura preventiva e azione comunicativa con i ragazzi autori di reato. Guida per operatori all'applicazione del DPR 448/88*, Milano, Franco Angeli, 1997, pp. 25-35; G. Barbarotti, P. Iacobino, *Comunità per minori. Pratiche educative e valutazione degli interventi*, Roma, Carocci, 1998, p. 21.



gnitivo⁶⁹. Secondo Gian Vittorio Caprara, membro del comitato teorico scientifico del programma nazionale “Peer education: una strada europea per la lotta alla droga fra i giovani del 2000”, questo nuovo programma preventivo del *Life skills Training* e della *peer education* contribuisce a “liberare potenzialità altrimenti inesprese, a trarre beneficio da opportunità altrimenti sprecate, ad affrontare con successo ostacoli e sfide dai quali altrimenti si sarebbe sopraffatti, ad estendere in definitiva il governo di ciascuno su se stesso e sulla propria vita”⁷⁰.

Un esempio interessante di connubio fra il modello informativo e quello sociale-cognitivo è offerto dal programma svolto in Germania con un gruppo di 1055 studenti di varie scuole tedesche (*Gymnasium, Gesamtschule, Berufsbildende Schule*) di Bielefeld e Herford, in età compresa fra i 14 e i 22 anni nel 1997. Questa inchiesta è stata svolta grazie alla suddivisione delle classi in due gruppi, dei quali il secondo era considerato un gruppo di controllo. Interrogati due volte a distanza di otto mesi (ottobre 1997 e giugno 1998), dopo aver assistito a 14 lezioni che combinavano informazione sul rischio e *Life skills Training*, questi ragazzi hanno rivelato i fattori a rischio e quelli protettivi nei confronti dell’iniziazione alle droghe. Il programma, infatti, si proponeva di infondere un’attitudine più responsabile nei confronti del problema delle droghe e una migliore informazione sull’uso meno pericoloso (prevenzione dell’overdose e del consumo multiplo) e anche un miglioramento del comportamento (soluzione dei problemi, competenze comunicative e comportamentali) oltre che il miglioramento dell’atmosfera scolastica e l’educazione a tempo libero, sentimenti e corpo⁷¹. Altre sperimentazioni del modello informativo sono state condotte ad Amburgo, Hannover e a Berlino nei confronti dell’uso di ecstasy al fine di far sorgere esitazione fra i non consumatori attraverso la distribuzione di Carte di informazione diverse per i due generi, che sembrano aver fatto sorgere dei meccanismi protettivi nei non consumatori⁷².

Queste sperimentazioni, che rivelano quanto complessi siano i meccanismi di prevenzione, mostrano in che misura la giusta percezione del rischio possa costituire un deterrente per particolari fasce d’età. Per i giovani, invece, una recente ricerca americana ha mostrato che una serie di fattori legati al passaggio verso l’età adulta contribuirebbero a un declino significativo dell’uso delle droghe leggere⁷³.

⁶⁹ *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, 2000, in <<http://www.emcdda.org>> (16 aprile 2001).

⁷⁰ G.V. Caprara, “Introduzione” alla raccolta di saggi consacrata a *Formazione alle life skills e sperimentazione della peer education in Italia*, «Scuola e città», 2002, n. 3, pp. 3-8 (cfr. p. 7); C. Pastorelli, M. Gerbino, M.R. Giunta, *Modelli teorici e valutazione degli interventi di prevenzione: un’esperienza italiana*, *ibidem*, pp. 9-29.

⁷¹ *Illegale alltagsdrogen*, *op. cit.*, pp. 108-113.

⁷² *Ibidem*, pp. 88-89.

⁷³ Si tratta della ricerca svolta dagli studiosi dell’Istituto per la Ricerca Sociale del Michigan, J.G. Bachman, P. O’Malley, J.E. Schulenberg, L.D. Johnston, A.L. Bryant, A.C. Merline, *op. cit.*

Si tratta sicuramente di pratiche che invitano a riflettere sui cambiamenti sociali, e su quella che il filosofo francese Jacques Derrida nel 1989 chiamava una “separazione sociale” nei confronti dei consumatori di droghe, che probabilmente, riflettono invece cambiamenti sociali, nuove norme e identità⁷⁴. È il contesto stesso del consumo delle droghe che invita a riflettere, infine, in quanto, proprio durante la musica e la danza il sociologo tedesco N. Luhmann, individua una sorta di “interpenetrazione” emotiva con il sistema sociale circostante, e quindi, una pratica sociale differenziata che attribuisce un nuovo significato alla corporeità e alla perdita del suo controllo, le quali sarebbero funzionali al cambiamento sociale riflesso dai comportamenti delle nuove generazioni⁷⁵. Le politiche educative e sanitarie sono chiamate a impedire che la curiosità di una sub-cultura si trasformi in una dipendenza patologica e/o letale e ad estendere le strategie di intervento nei confronti degli adolescenti che interrompono e/o abbandonano la scuola, e, che quindi sfuggono a un percorso di formazione normale oltre che al “controllo normativo” degli adulti⁷⁶.

⁷⁴ V. Ruggiero, *op. cit.*, p. 83.

⁷⁵ N. Luhmann, *op. cit.*, pp. 394-395.

⁷⁶ Questa questione è stata affrontata per il regno Unito da M.A. Plant, D.F. Peck, E. Samuel, *Alcohol, Drugs, and School Leavers* (con la collaborazione di Ray Stuart), London and New York, Tavistock Publications, 1985, pp. 10-13. Le statistiche della dispersione scolastica in Italia sono state pubblicate in *Dispersione scolastica: conferenza stampa del 26 luglio 2000*, in <<http://www.istruzione.it/mpi/ministro/dispersione.htm>>, (15 aprile 2001), pp. 1-4.