



REGIONE PUGLIA



## DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

*Direttore Dr. Antonio Taranto*

*Dirigente sociologo Dr. Claudio Poggi*

### PROGETTO

# “DDP 2000 reloaded”



Ricerca azione su disagio e dipendenza  
nella ASL BARI

a cura di operatori e utenti del  
Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL BARI

## **REGIONE PUGLIA**

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Lungomare Starita, 6 - 70123 BARI – P.I. 06534430721

### **QUAL È LO SCOPO DI QUESTO OPUSCOLO?**

Questo opuscolo contenente le risposte più frequenti sui rapporti fra ragazzi e dipendenze patologiche, è messo a disposizione degli operatori sociali, educatori e sanitari che interagiscono, per vari motivi, con adolescenti e giovani adulti che manifestano disturbi del comportamento, uso di sostanze psicoattive o di giochi e relazioni additive.

Questo opuscolo si propone di aiutare a:

- Fornire informazioni scientificamente condivise agli adolescenti e giovani adulti con disturbi del comportamento droga\correlati
- Capire come viene organizzato un trattamento terapeutico multidisciplinare
- Riconoscere segni legati all'uso di sostanze o a comportamenti additivi

### **COS'È L'OPUSCOLO INFORMATIVO PER I RAGAZZI E PER CHI LI ASSISTE?**

L'opuscolo informativo aiuterà i ragazzi e chi li assiste a riconoscere alcune fonti di rischio per la propria salute mentale e cosa possono fare per difendersi.

L'opuscolo contiene informazioni di base raccolte nell'esperienza quotidiana di lavoro con ragazzi la cui vita è stata inquinata dal fumo di THC, dall'alcol o da comportamenti additivi, cioè che, iniziati apparentemente per gioco, sono diventati "schiavizzanti" come il Gioco d'Azzardo Patologico.

## COSA C'È DA SAPERE SUI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO DROGA-CORRELATO?

### Cos'è una droga?

È droga qualsiasi sostanza con effetti sullo stato di coscienza, utilizzata in maniera voluttuaria (cioè per puro piacere e non per finalità chiaramente terapeutiche).

È droga anche qualsiasi comportamento e qualsiasi relazione umana (comportamenti "additivi") che, agendo sulle stesse strutture cerebrali che vengono attivate dalle droghe chimiche, generano effetti piacevoli che, nel tempo, distruggono la capacità di controllarne l'uso. Esempi di queste droghe immateriali sono il "gioco d'azzardo", alcuni "disturbi del comportamento alimentare", alcune "relazioni affettive sadomasochistiche", alcuni comportamenti sessuali.

*(curiosità: il comportamento del drogato è chiamato "additivo" perché richiama la condizione della persona che, nell'antica Roma, avendo contratto debiti che non poteva restituire veniva "addictus" al suo creditore fino a che questi non riteneva che i servizi ricevuti potevano far considerare estinto il debito)*

### Cos'è il comportamento?

È il modo in cui ciascuno di noi agisce e interagisce in relazione al proprio ambiente. La modalità con cui ciò si realizza è determinata dalla storia personale, dalla cultura, dalle proprie idee e convinzioni, dagli affetti e dalla genetica.

Le determinanti del comportamento sono in parte coscienti (cioè ce ne rendiamo conto) e in parte inconscie (cioè non riusciamo a spiegarcele).

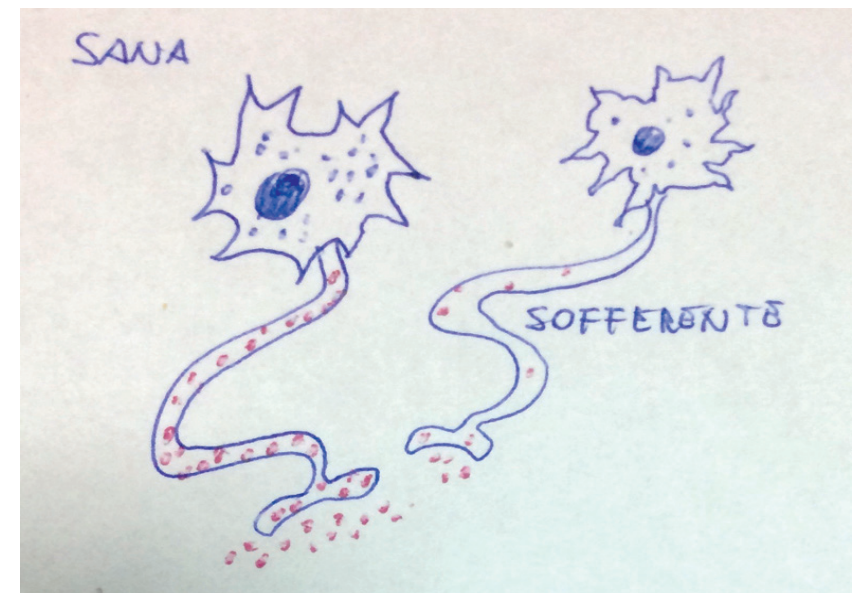
### Cos'è il piacere?

È una sensazione di soddisfazione o di appagamento di un bisogno, fisico o spirituale. La percezione di questa sensazione è determinata dall'attività di un complesso "circuito neuronale" (cellule nervose e neurotrasmettitori) definito rewarding system ("sistema di ricompensa"). Il funzionamento di questo circuito, grazie alle ricerche neuro-scientifiche, è abbastanza chiaro. Meno noto, invece, è il sistema di attivazione dello stesso. Infatti lo stimolo iniziale può essere strettamente chimico (per esempio una variazione della glicemia genera una tensione a cercare cibo; quando il cibo viene consumato l'aumento della glicemia ed altre variazioni neuroendocrine attivano il rewarding system che ci permette di sentirci appagati, cioè di provare piacere); in altri

casi lo stesso sistema è attivato da un pensiero, una fantasia, una parola. Anche questi elementi immateriali, in un modo che, oggi, non è ancora ben definito, innescano reazioni "elettrochimiche" che confluiscono sul sistema di ricompensa. Nel saggio "Al di là del principio del piacere", Sigmund Freud descrive il piacere come "riduzione di una generica tensione psichica"; quindi il piacere in sé è uno strumento naturale per rendere più sopportabile la "fatica" di compiere azioni necessarie come procurarsi il cibo, corteggiare un partner, costruire un rifugio ecc.. Nei comportamenti droga-correlati la patologia è (a parere dello scrivente) trasformazione di uno "strumento di vita" in "scopo di vita".

### In che modo le droghe influenzano il comportamento?

Le droghe chimiche alterano direttamente il funzionamento di alcune cellule nervose, creando una situazione di assoluto bisogno, come l'aria per respirare, in quelle cellule che, se non ricevono continuamente nuove dosi di droga, stanno molto male. Le droghe immateriali producono gli stessi effetti su quelle cellule attraverso meccanismi indiretti. Emozioni, affetti, sensazioni e percezioni le attivano inducendole a secernere i loro trasmettitori chimici, mettendo in moto i circuiti neuronali preposti all'elaborazione di sensazioni gradevoli, così come fanno le droghe più note, quali THC, alcol, eroina ecc.



### Come si comporta un ragazzo che usa droghe o comportamenti additivi?

Innanzitutto manifesta variazioni dell'umore, che è troppo euforico durante l'azione della droga, mentre diventa triste o apatico quando l'azione si esaurisce.

Normalmente vi è un calo del rendimento scolastico e lavorativo e l'abbandono degli hobby preferiti. Dopo un periodo iniziale in cui si ha l'impressione di ottenere un maggiore successo sociale, si ha una progressiva perdita degli amici.

C'è un gran bisogno di denaro, per cui facilmente si compiono atti illeciti, a cominciare dal piccolo spaccio di sostanze ritenute droghe leggere e dai piccoli furti in casa propria.

Il proprio corpo viene gestito in maniera poco rispettosa, esponendolo a frequenti piccoli incidenti e utilizzandolo, spesso, come oggetto da decorare, per esempio con tattoos o piercing esagerati, piuttosto che come intima essenza di cui godere.

Anche il carattere cambia: allegria e giovialità lasciano progressivamente il posto a irritabilità e sciattezza.

### Quali sono i primi indizi di un abuso di sostanze o di comportamenti additivi?

Il cambiamento di abitudini.

Il cambiamento di amici.

L'irriverenza nei confronti delle persone care e di chiunque rappresenti l'autorità.

L'evitamento del confronto e del dialogo.

Il rapporto con il denaro.

Improvvisi cambiamenti nelle abitudini e nei gusti alimentari.

Gli occhi fortemente arrossati (quando si fumano le "canne") e un odore molto acuto di tipo resinoso.

Disturbi del sonno, cefalee mattutine, **amnesie**, alitosi alcolica sono indizi di abuso di alcol.

La pupilla piccola piccola anche in ambiente poco illuminato, tendenza ad addormentarsi, a grattarsi potrebbero far sospettare l'utilizzo di sostanze oppiacee.

La pupilla molto larga anche in piena luce, attenzione aumentata, energia aumentata potrebbero far sospettare l'utilizzo di sostanze eccitanti.

Il forte consumo di denaro, l'allontanamento dagli amici e l'assenza di segni di tipo fisico potrebbe far sospettare il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).



### COSA C'È DA SAPERE SULLE MODALITÀ DI APPROCCIO AL MONDO DELLE DROGHE?

Una caratteristica sana e irrinunciabile di ogni adolescente è l'istinto all'esplorazione. Qualsiasi ragazzo sano e intelligente deve sperimentarsi in situazioni nuove e in contrasto con gli insegnamenti ricevuti: è la strada predisposta da madre natura per conquistare la conoscenza della vita e la conoscenza di sé come persona autonoma e diversa dagli altri. In questo ambito si collocano le esperienze trasgressive che i ragazzi fanno. Il compito degli educatori, da questo punto di vista, è diviso in due fasi:

1. Fornire ai bambini gli strumenti materiali, culturali, emotivi e affettivi per affrontare le esperienze dell'adolescenza;
2. Predisporre nel tessuto sociale spazi per le "sperimentazioni trasgressive" e adeguati sistemi di protezione.

I ragazzi che giungono all'adolescenza con la giusta dose di maturità e affrontano le esperienze trasgressive senza soccombere ai rischi in esse insiti, saranno adulti più maturi, assertivi e creativi.

I ragazzi che giungono all'adolescenza con scarsa o disarmonica maturazione emotiva/affettiva saranno più vulnerabili allo sviluppo di dipendenze patologiche.

I ragazzi che, pur essendo abbastanza maturi, saranno esposti a rischi sproporzionati rischieranno di farsi molto male.

### **Un esempio neutro:**

un ragazzo che sa guidare bene la moto, è abbastanza maturo per capire che deve indossare il casco e che il posto per correre a 200 km all'ora non è la strada, ma la pista, potrà vivere l'esperienza della velocità con una bassa dose di rischio. Ma se il gestore della pista ne trascura la pulizia e lascia le macchie d'olio sull'asfalto, anche quel ragazzo maturo rischia di farsi molto male!

## **COSA C'È DA SAPERE SULLE MODALITÀ DI CURA DEI RAGAZZI CHE USANO DROGHE O COMPORTAMENTI ADDITIVI?**

### **È necessaria una cura per il semplice fatto di aver fumato una "canna"?**

No. Ma è sicuramente opportuno verificare le seguenti condizioni:

- Il ragazzo è consapevole dei rischi che corre?
- Il ragazzo è dotato dei requisiti di maturità che gli consentono di discernere fra situazioni rischiose e situazioni sicure?
- Il tessuto sociale è dotato dei necessari elementi protettivi?

### **Come si verifica se il ragazzo è maturo?**

Naturalmente qui si parla della maturità biologica, emotiva e affettiva. La valutazione viene fatta attraverso colloqui basati su un modello di funzionamento mentale e su semplici strumenti psicodiagnostici. Inoltre, anche per verificare l'attendibilità e la disponibilità del ragazzo, si possono effettuare esami tossicologici, cioè di ricerca delle droghe nelle urine.

### **Se il ragazzo manifesta segni di immaturità, cosa si può fare?**

Se l'immaturità è legata ad un fattore biologico (per esempio una sindrome depressiva, o una nevrosi ansiosa) si può fare una terapia farmacologica.

Se, invece, essa è legata a carenze affettive, si può fare una psicoterapia, cioè una cura senza farmaci, basata sulla relazione fra paziente e terapeuta.

Se il problema è legato alla mancanza di fattori protettivi nel tessuto sociale, si dovrà intervenire con una modalità di lavoro "di rete", cioè di azioni integrate fra tutti gli attori del welfare.

### **Quali sono gli elementi protettivi del tessuto sociale?**

In primo luogo la struttura e la solidità della famiglia. Poi la qualità della scuola che deve offrire, oltre al sapere nozionistico, anche un metodo di apprendimento e opportunità di socializzazione e di sperimentazione delle proprie capacità.

Infine la comunità, cioè l'intera città che deve offrire spazi adeguati all'espressione della creatività, all'esercizio sano delle funzioni ludiche e anche trasgressive.

Accanto a questi elementi positivi il tessuto sociale deve avere anche elementi meno gradevoli, quali le regole di educazione civica e gli strumenti di controllo del territorio, cioè forze dell'ordine preventive e non repressive.

### **In cosa consiste la psicoterapia?**

È la relazione fra un soggetto, lo psicoterapeuta, e un'altra persona o un gruppo di persone che condividono l'obiettivo di promuovere l'autorealizzazione di chi non riesce a realizzarsi per motivi interni al sé e non dipendenti direttamente da cause esterne.

La relazione terapeutica è caratterizzata da regole molto rigide che governano le scelte e gli atteggiamenti del terapeuta, mentre i pazienti godono della più ampia libertà di espressione. Il terapeuta, attraverso le proprie risorse culturali e relazionali, utilizzerà il setting, le interpretazioni e varie tecniche psicologiche per fornire ai pazienti la capacità di fare scelte consapevoli e di riconoscere i propri limiti.

Il terapeuta non fornisce consigli e non condiziona alcuno a fare cose contrarie alla propria volontà.

### **La psicoterapia si può fare anche in gruppo?**

Si e, in alcuni casi, come i disturbi di personalità, è la tecnica preferibile.

### **I gruppi sono solo terapeutici o possono servire anche ad altro?**

La tecnica di lavoro con i gruppi è stata molto florida di applicazioni. Ne riportiamo, qui di seguito, qualche esempio:

- Workshop: gruppi finalizzati allo svolgimento di un lavoro specifico. Per esempio si può riunire un gruppo di adolescenti per produrre un messaggio di salute rivolto ad altri adolescenti.
- Psicoterapie tematiche: rivolte a gruppi omogenei di pazienti (per esempio familiari di tossicodipendenti) in cui si ricreano situazioni di tipo familiare e si possono analizzare le dinamiche emotive, riconoscendo quelle meno costruttive e cercando nuove strategie comportamentali.

- Gruppi “AMA” (Auto-Mutuo-Aiuto) caratterizzati da un orientamento solidaristico in cui il paziente “esperto” mette a disposizione di quelli meno “esperti” la propria storia.

In qualsiasi tipo di gruppo si creano delle dinamiche che possono essere considerate “assiomi”, cioè leggi naturali del gruppo. Queste dinamiche (come per esempio la formazione di coppie all’interno del gruppo stesso, o moti aggressivi nei confronti di altri membri del gruppo) diventano strumenti terapeutici quando un conduttore esperto riesce a riconoscerle e a riorientarle in un modo più costruttivo. Fra i punti di forza del gruppo c’è sicuramente la condivisione di un problema o di una passione che alimenta un istinto primario che è quello della gregarietà. Fra i punti critici del gruppo c’è il rischio che le spinte distruttive (anch’esse rientranti nell’istintività) prevalgano su quelle costruttive.

Un altro punto di forza può essere quello che, riconosciuto una cinquantina di anni fa da Folukes, nel gruppo si crea una sorta di tessuto connettivo (il “milieu terapeutico”) che valorizza le potenzialità terapeutiche inconsapevoli di ciascuna persona. Anche l’operaio addetto alla pulizia della stanza, coinvolto dalle dinamiche del gruppo, può offrire un contributo terapeutico semplicemente rimettendo le sedie in un determinato ordine: è il segnale che le persone dell’ambiente che ci sta intorno si accorgono di noi e ci “regalano” una goccia di attenzione. Pensiamo a quanto possa fare bene, un così semplice gesto, a chi, normalmente, si sente emarginato, disprezzato o addirittura escluso.

**Indagine sul consumo di sostanze psicotrope negli studenti delle scuole secondarie di secondo grado della Puglia - a.s. 2013/14**

**a cura dell’Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia  
Sintesi e osservazioni a cura del DDP ASL BARI**

In questa pubblicazione si presenta una sintesi di alcuni dati più significativi emersi nella ricerca campionaria effettuata nell’anno scolastico 2013-14 nella Regione Puglia.

Il report di ricerca è reperibile a questo indirizzo internet:

<http://www.sanita.puglia.it/documents/36126/4921952/REPORT+SPS+%28School+Population+Survey%29+Puglia+2015/792b040b-5465-4bb0-bcd1-f4b80e1f54cc>.

oppure digitando su google: **Ricerca scuole Puglia SPS**

-----  
Hanno partecipato alla ricerca **6.409** studenti di **74** scuole pugliesi.

Per la provincia di Bari hanno risposto al questionario **1.570** studenti di **19** scuole, così ripartiti: **270** licei ed ex magistrali; **850** Istituti tecnici; **370** Istituti professionali; **80** Istituti e licei artistici.

La distribuzione per età di tutto il campione è la seguente:

14 anni	133	2,1
15 anni	1.149	17,9
16 anni	1.229	19,2
17 anni	1.210	18,9
18 anni	1.160	18,1
19 anni	1.174	18,3
20 anni +	354	5,5
<b>Totale</b>	<b>6.409</b>	<b>100,0</b>

Nell’analizzare i dati prendiamo in considerazione tutto il campione regionale, evidenziando alcuni scostamenti più significativi con il sottocampione della provincia di Bari.

## IL CONTESTO

### 1. Tempo libero

Tabella 6.

Distribuzione (%) degli intervistati per frequenza con cui riferiscono attività nel tempo libero. Puglia, AS 2013/14.

Attività (%)	Mai	Poche volte l'anno	1 o 2 volte al mese	1 volta a settimana	Più volte a settimana	Ogni giorno
Leggere	26,3	38,8	15,6	5,9	8,7	4,7
Uscire la sera	3,9	8,2	11,0	25,2	37,6	14,1
Altri hobbies (suonare cantare)	22,0	11,7	9,5	12,7	25,8	18,3
Uscire con gli amici per andare al centro commerciale, parco	3,6	5,4	11,6	19,8	37,3	22,3
Navigare su Internet per svago	2,4	1,0	2,3	5,1	24,7	64,5
Giocare con le slot machine o videopoker	81,4	8,6	3,6	2,7	2,2	1,5
Divertirsi con il computer e videogiochi	12,0	9,4	12,0	12,9	31,3	22,4
Praticare attività fisica	18,4	12,1	8,1	11,8	36,6	13,0
Andare al cinema o a teatro	10,6	42,5	37,5	7,1	2,0	0,3
Assistere ad eventi musicali o concerti o eventi sportivi	19,4	43,2	19,2	9,7	6,9	1,6
Partecipare ad un rave party	78,3	12,4	5,3	2,0	0,9	1,1

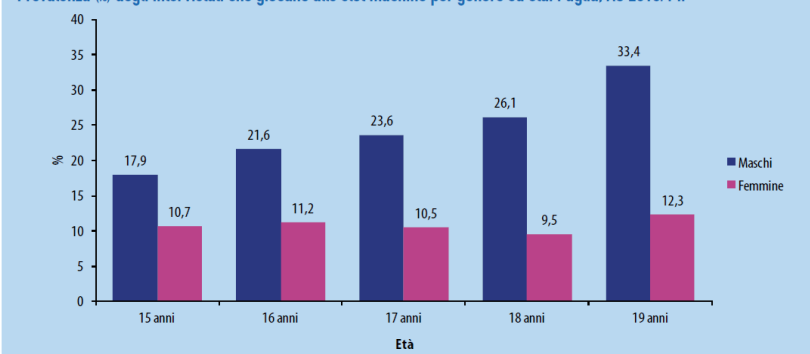
#### Considerazioni

- i consumi culturali presentano qualche criticità: più di **1/4** degli intervistati (**26,3%**) non legge mai, il **38,8%** legge poche volte all'anno, complessivamente, quindi, più di **2/3** dei ragazzi pugliesi di fatto non ama leggere nel tempo libero; mentre il **53%** non va mai o quasi mai a cinema o a teatro;
- più di **1/5** degli intervistati (**21,7%**) ha partecipato a rave party;
- il **30,5%** dei ragazzi non pratica mai o quasi mai attività fisica
- il **18,6%** dichiara di giocare (da *poche volte l'anno* a *ogni giorno*) con slot machine o videopoker

Vediamo che per i maschi la pratica di quest'ultima attività aumenta all'aumentare dell'età, ed è abbastanza consistente il divario di genere. Un terzo dei 19enni maschi ha dichiarato di giocare o aver giocato alle slot machine.

GRAFICO 13

Prevalenza (%) degli intervistati che giocano alle slot machine per genere ed età. Puglia, AS 2013/14.



### 2. Devianza

COMPORAMENTO CONTRO LE REGOLE SOCIALI O LE LEGGI	Mai	Una volta	Più di una volta	Non risp.
Coinvolto in una o più risse (a scuola, a casa, nei locali)	77,4	12,9	5,9	3,8
Rubato qualcosa di qualcun'altro o in un negozio	85,0	7,1	3,9	4,0
Provocato danni di proposito a scuola o negli ambienti pubblici (parchi, strade, locali)	86,6	6,5	2,8	4,1
Essere messo nei guai con la polizia per qualcosa che hai fatto	91,8	3,1	1,0	4,0
Partecipato con altri per prendere in giro qualcuno	53,9	21,8	20,2	4,0
Partecipato con altri per far del male a qualcuno	87,3	5,2	3,3	4,2
Partecipato a una banda/gruppo di ragazzi che ha provocato una rissa contro un'altra banda/gruppo di ragazzi	89,9	3,8	2,2	4,1
Venduto merce rubata	92,9	1,5	1,0	4,6

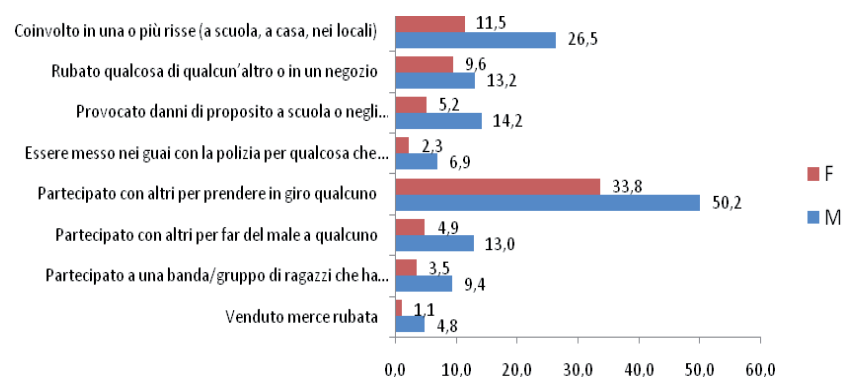
È possibile costruire una *scala di devianza* assegnando il punteggio di 0 a Mai, 1 a Una volta, 2 a Più di una volta, e sommando per ciascun studente il punteggio ottenuto in tutti gli 8 items. Complessivamente l'**80,7%** degli studenti si colloca in una situazione di "normalità" (punteggio tra 0 e 2, cioè attorno al punteggio medio del campione, che è di **1,48**), il **13,4%** denota una lieve situazione di devianza (punteggio tra 3 e 5), il **3,7%** mostra un livello di devianza che si colloca tra i punteggi 6 e 8, il **2,2%** superiore a 8.

Le province di Bari e Taranto hanno una percentuale più elevata di soggetti collocati in queste due ultime categorie (complessivamente 7,2% Bari e 6,3% Taranto).

Esiste una correlazione significativa positiva, abbastanza lineare, tra livello di devianza e presenza di comportamenti legati al consumo di sostanze stupefacenti.

Anche in questo caso è evidente, si veda il grafico successivo, la differenza di genere, nel senso che i maschi denotano comportamenti più devianti.

Presenza di comportamenti “devianti” - differenza per sesso (val. %)

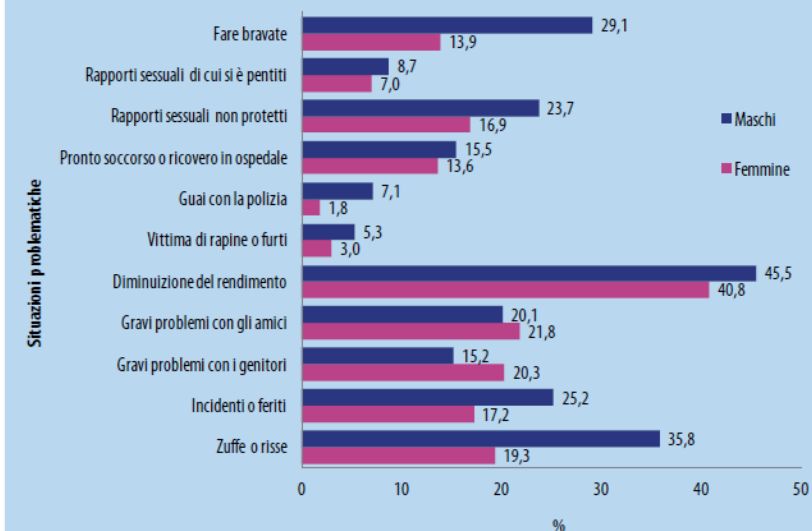


### 3. Situazioni problematiche

Dal grafico seguente vediamo che le ragazze sono maggiormente coinvolte nelle situazioni problematiche a sfondo relazionale (rapporti con gli amici e con i genitori) rispetto ai maschi.

GRAFICO 18

Prevalenza (%) degli intervistati che sono coinvolti in singole situazioni problematiche negli ultimi 12 mesi, per genere. Puglia, AS 2013/14.

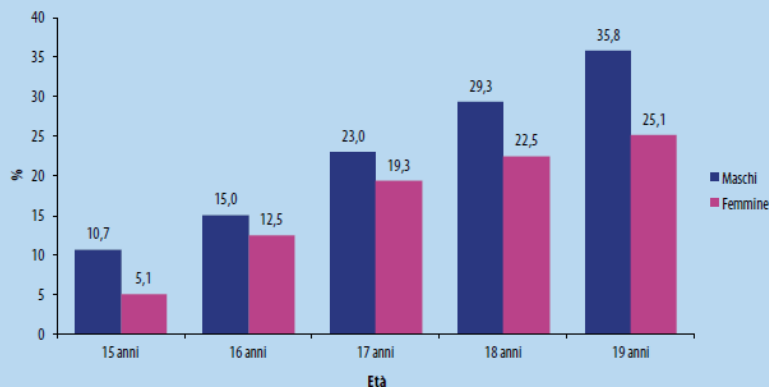


È da segnalare, inoltre, che la percentuale di **rapporti sessuali non protetti sale al 35,8%** tra i maschi 19enni (più di un terzo!). Il dato è preoccupante. Infatti è da ricordare che: “Nel 2014, la maggioranza delle nuove diagnosi di infezione da HIV è attribuibile a rapporti sessuali senza preservativo, che costituiscono l’84,1% di tutte le segnalazioni (eterosessuali 43,2%; MSM 40,9%)” (fonte: Notiziario dell’ISS).



**GRAFICO 19**

Prevalenza (%) degli intervistati che hanno avuto rapporti sessuali non protetti negli ultimi 12 mesi, per età e genere. Puglia, AS 2013/14.

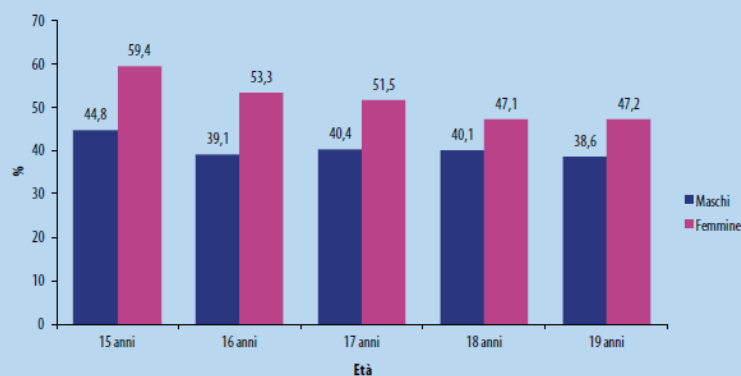


## 4. Sentimenti verso se stessi

Il 46,1% degli studenti pugliesi intervistati riferisce di sentirsi "a volte inutili": tale sensazione è più frequentemente riferita dalle femmine (52,0%), rispetto ai maschi (40,6%). Analizzando la prevalenza per età, emerge che questo sentimento decresce con l'aumentare dell'età (Grafico 21).

**GRAFICO 21**

Prevalenza (%) degli intervistati che dichiarano di ritenersi a volte inutili, per età e genere. Puglia, AS 2013/14.



## IL CONSUMO DI SOSTANZE PSICOTROPE

### 1. Alcol

#### 1.1 - Consumo (bevute di alcol)

Prevalenza di soggetti che hanno bevuto alcol, per genere. Puglia, AS 2013/14.

Consumo di alcol (%)	M	F
Almeno una volta in tutta la vita	86,8	81,0
Almeno una volta nell'ultimo anno	79,5	70,4
Almeno una volta nell'ultimo mese	64,7	50,3

Prevalenza di intervistati che riportano il consumo (%) di alcol negli ultimi 30 giorni, per sesso, età e frequenza. Puglia, AS 2013/14.

	M	F
<b>ETÀ</b>		
15 anni	45,9	33,5
16 anni	60,1	43,3
17 anni	65,2	57,6
18 anni	75,6	59,8
19 anni	74,2	57,4
<b>Frequenza di consumo</b>		
1-9 volte	52,4	45,0
10-19 volte	6,4	3,8
20 o più volte	5,9	1,6

Il consumo di alcolici per età evidenzia, sia per gli studenti che per le studentesse, un tendenziale progressivo incremento con l'aumentare dell'età, più evidente tra i maschi (Tabella 25). In relazione all'età del primo uso, le bevande alcoliche vengono provate per la prima volta a 14 anni, senza differenza tra il consumo di birra o vino, mentre i super alcolici e i *cocktails* vengono provati per la prima volta mediamente intorno ai 16 anni (Tabella 26).

Anche in questo caso nella provincia di Bari si nota una percentuale più elevata, rispetto alle altre province, di ragazzi che dichiarano di bere alcol.

## 1.2 - Ubriacature

Frequenza	Maschi	Femmine	Totale
Almeno 1 volta nella vita	47,4	37,0	42,4
Almeno una volta nell'ultimo anno	34,9	27,0	31,1
Almeno una volta nell'ultimo mese	16,7	13,4	15,1

## 1.3 - Binge Drinking - abbuffate alcoliche

Il fenomeno del *binge drinking* è definito come il consumo negli ultimi 30 giorni di eccessive quantità di alcol (cinque o più bevute di fila di un bicchiere/bottiglia/lattina di birra di circa 33 cl o 2 bicchieri/bottiglie di *soft drink* di 66 cl o un bicchiere di vino di circa 15cl o un bicchierino di liquore o di super alcolico di circa 5 cl o un *cocktail*).

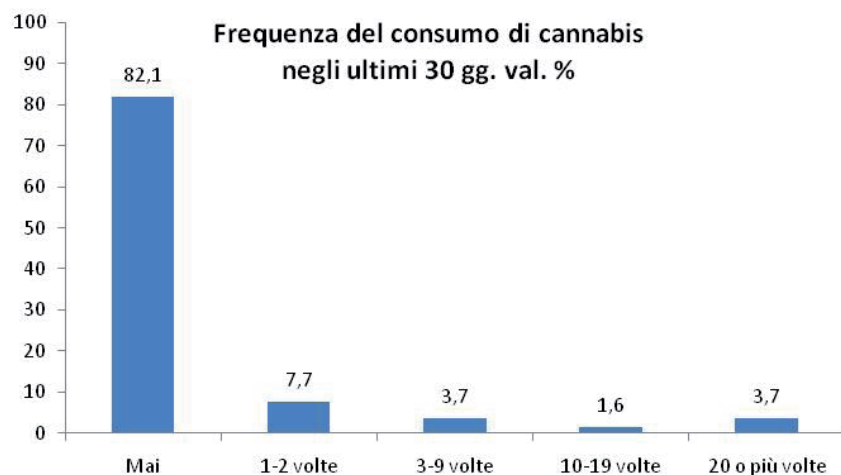
È un fenomeno che è stato sperimentato, nel corso della vita, dal **28,5%** del totale degli studenti pugliesi, ma dal **31,8%** degli studenti della provincia di Bari.

## 2. Sostanze psicotrope illegali

La prevalenza dei consumatori di sostanze psicotrope illegali e di farmaci assunti senza prescrizione medica, dichiarata dai ragazzi intervistati, è riassunta nella tabella sottostante. Il campione totale viene messo a confronto con il sottocampione dei ragazzi che frequentano le scuole della provincia di Bari. Si evidenzia la percentuale di chi ha consumato le sostanze almeno una volta in tutta la vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi 30 giorni.

Distribuzione degli intervistati per frequenza di consumo di singole sostanze stupefacenti	IN TUTTA LA VITA		NEGLI ULTIMI 12 MESI		NEGLI ULTIMI 30 GG	
	TOT campione	prov Bari	TOT campione	prov Bari	TOT campione	prov Bari
<b>SOSTANZE PSICOTROPE</b>						
Cannabis (marijuana o hashish)	26,0	26,7	23,2	24,1	16,9	17,9
Cannabis in associazione con alcol per sballare	16,5	17,8	14,2	15,5	9,7	10,6
Cocaina	2,9	3,1	2,1	2,1	1,1	1,0
Sostanze inalanti (colle, solventi, popper)	2,7	3,9	1,3	2,3	0,7	0,9
Tranquillanti o sedativi (assunti senza prescrizione medica o senza indicazione dei tuoi genitori)	2,4	2,0	1,4	1,2	0,7	0,6
Ecstasy	1,4	1,8	0,8	1,3	0,5	0,8
Funghi allucinogeni	1,3	1,4	0,7	1,0	0,4	0,5
Ketamina	1,2	1,6	0,8	1,0	0,4	0,5
Alcol in associazione con farmaci (pasticche) per sballare	1,2	1,5	0,9	1,0	0,5	0,6
Crack	1,1	1,6	0,5	1,1	0,3	0,6
Amfetamine	1,1	1,5	0,6	0,8	0,2	0,3
LSD	1,0	1,3	0,5	0,7	0,2	0,4
Altri oppiacei (metadone, morfina, codeina)	1,0	1,0	0,4	0,4	0,3	0,3
Altre sostanze (smart drug, salvia divinorum)	0,9	1,1	0,5	0,8	0,3	0,4
Eroina	0,5	0,8	0,3	0,4	0,1	0,2
Altri allucinogeni (mescalina, sintetici)	0,4	0,3	0,1	0,1	0,1	0,0
GHB (ecstasy liquida)	0,3	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Steroidi anabolizzanti	0,3	0,3	0,2	0,3	0,1	0,2

Per quanto concerne il **consumo di cannabis** rilevato negli ultimi 30 gg prima dell'intervista, la frequenza del consumo è evidenziata nel seguente grafico:



Questo dato ci può dare un'idea di quale sia la prevalenza del cosiddetto consumo regolare di cannabis tra i ragazzi intervistati.

Ma la percezione del comportamento dei propri amici nel gruppo dei pari fa capire quanto oggi sia facile, per i ragazzi venire in contatto con il mondo della droga.

Quanti dei tuoi amici pensi che facciano le seguenti cose	Nessuno	Pochi	Più o meno la metà	La maggior parte	Tutti
Bere alcolici (birra, soft drink, vino, liquori)	11,5%	18,9%	21,3%	36,2%	12,1%
Ubriacarsi	24,9%	34,1%	19,1%	17,0%	4,8%
Fumare marijuana o hashish (cannabis)	41,2%	30,6%	13,1%	12,1%	3,1%
Usare Tranquillanti o sedativi	89,9%	8,2%	0,8%	0,7%	0,4%
Usare Ecstasy	89,9%	8,0%	1,1%	0,5%	0,5%
Usare Cocaina	81,9%	14,3%	2,3%	1,1%	0,5%
Usare Eroina	90,6%	7,4%	1,1%	0,5%	0,4%

Le percentuali di chi dichiara che il proprio gruppo è indenne dal contatto con le sostanze psicotrope sono quelle riportate nella prima colonna.

L'area "grigia" della possibilità di conoscenza e contatto con le sostanze è quindi più ampia di quella dell'effettivo consumo, come testimoniano anche questi dati che abbiamo ricavato da una precedente ricerca da noi svolta nel territorio della ex ASL BA/3 (Altamura e Acquaviva) nel 2007/8, intervistando 2.185 studenti delle scuole medie superiori della zona.

<b>Mi è capitato</b>	Di conoscere persone che fanno uso di droga	<b>60,9%</b>
	Di vedere qualcuno che faceva uso di droga	<b>60,1%</b>
	Di parlare con chi ha fatto uso di droga	<b>55,3%</b>
	Che qualcuno mi offrisse della droga	<b>31,6%</b>
	Di aver preso in mano della droga	<b>26,4%</b>
	Di sentire il desiderio di provare droga	<b>25,8%</b>

Del resto, oggi possiamo parlare di "normalizzazione del consumo della droga", non tanto nel senso del "tutti lo fanno", ma in relazione al significato che viene dato alle sostanze stupefacenti intese come "merce", come mero "prodotto di consumo", e al loro utilizzo. Infatti:

- la rete di distribuzione della droga è rivolta a soggetti NON tossicomani, che provengono da diversi contesti socio culturali (quindi non più solo marginali), replicando le modalità di offerta di altre tipologie di merci;
- le sostanze psicotrope si associano sempre più a simboli, luoghi, contesti, oggetti che appartengono alla cultura dominante, definendo stili di vita e format di consumo compatibili e integrabili pienamente negli standard di vita attuali (si parla anche di droghe "prestazionali" alludendo alla cocaina, all'ecstasy, alla ketamina, ecc.).

Tale processo di normalizzazione si è evoluto progressivamente nel corso degli ultimi 30 anni: la sensazione **di "Sentire il desiderio di provare la droga" era stata dichiarata dal 4,5% dei giovani italiani nel 1987 e dal 14% nel 1996 (cfr. Indagini IARD sulla condizione giovanile in Italia) mentre nell'indagine su riportata sfiora il 26% degli intervistati.**

I ragazzi, quindi, vivono in un contesto in cui la possibilità di utilizzo di droghe è pervasiva ma, come per tutte le altre merci, la scelta del consumatore finale è orientata da fattori che non sono più strettamente riconducibili all'idea di trasgressione e devianza, com'era negli anni '70 e '80 o all'idea di controcultura tipica degli anni '60.

La curiosità, lo "sballo", il puro e semplice divertimento diventano quindi i fattori più importanti per spiegare l'approccio alle sostanze stupefacenti degli adolescenti, come emerge anche dalla ricerca pugliese. Alla domanda "**Per quale ragione/i hai provato questo tipo di droghe**" il 30% circa degli studenti pugliesi intervistati, che hanno dichiarato di avere o aver avuto esperienza con le sostanze psicotrope, ha dato queste risposte:

Ero curioso	70,7%
Volevo sballare	33,2%
Volevo aumentare il divertimento	25,0%
Volevo dimenticare i miei problemi	16,7%
Non ricordo	12,0%
Volevo stare meglio con me stesso	11,2%
Non avevo niente da fare	9,2%
Non volevo rimanere escluso dal gruppo	7,5%

Quindi si tratta di capire perché, nonostante *le seduzioni del "supermarket" delle droghe*, che è a disposizione dei nostri giovani, **solo una parte di costoro** (diciamo un terzo) sperimenta, prova, consuma più o meno regolarmente droghe e alcol (percentuale più elevata per quest'ultima sostanza), e poi solo una **piccola parte** diventa **tossicodipendente**.

Nell'indagine svolta nel territorio della ex BA3 (Altamura e Acquaviva) prima ricordata, avevamo chiesto ai ragazzi anche le motivazioni del non uso delle sostanze e le loro risposte sono evidenziate nella seguente tabella.

### Le motivazioni del non uso (val. %) - indagine Altamura / Acquaviva

perché sto bene anche senza "sballare"	59,2
per paura che mi faccia male	16,9
per altri motivi	14,4
perché non ha avuto occasione	5,2
perché è illegale	3,4
per paura dei genitori	0,8

Come si vede, gli aspetti di dissuasione "negativi", come la paura per la propria salute o, addirittura, l'illegalità e le regole imposte dai genitori, sono elementi secondari e poco rilevanti rispetto all'idea positiva dello "star bene anche senza sballare".

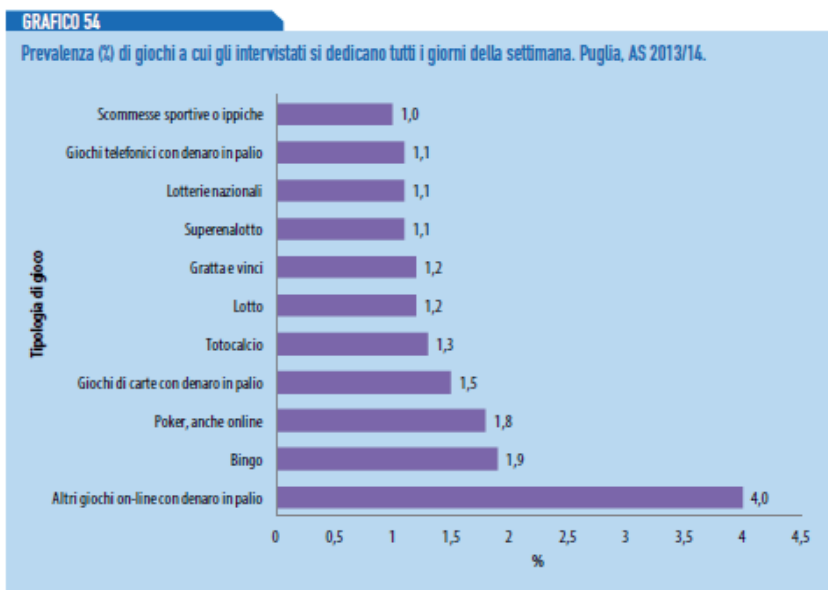
Sulla percezione dell'assunzione di sostanze psicotrope come elemento di rischio per la propria salute riportiamo nella seguente tabella i dati ricavati dalla ricerca pugliese.

Percezione del rischio per la propria salute nell'uso delle sostanze (val. %)	non so	non rischioso	rischioso o molto rischioso
Usare Cocaina regolarmente (tutti i giorni)	12,8	4,2	82,0
Usare Eroina regolarmente (tutti i giorni)	13,5	4,3	81,4
Fumare Marijuana o Hashish regolarmente (tutti i giorni)	9,0	5,6	80,5
Usare Ecstasy regolarmente (tutti i giorni)	14,1	4,4	79,9
Bere cinque o più bicchieri di alcolici vari, solo durante il fine settimana senza bere però durante la settimana	7,0	6,9	69,8
Provare Eroina una sola volta	16,3	6,3	66,4
Provare Cocaina una sola volta	15,1	6,7	65,0
Fumare Marijuana o Hashish occasionalmente (massimo una volta alla settimana)	9,8	10,4	60,6
Provare Ecstasy una sola volta	17,4	7,5	59,9
Bere più di due bicchieri di vino/birra al giorno	5,5	8,9	59,1
Provare una sola volta Marijuana o Hashish	10,1	24,1	40,4
Bere al massimo uno o due bicchieri di vino o birra al giorno (senza superalcolici)	5,1	22,5	30,4

Come vediamo, è più la regolarità o meno dell'assunzione, e non tanto la sostanza in sé, che, secondo i ragazzi, determina tale rischio. Ma è da considerare anche la percentuale di coloro che esprimono incertezza o non consapevolezza al riguardo.

## LE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Nella ricerca è stata indagata anche l'esposizione degli studenti intervistati al gioco d'azzardo. I risultati sono evidenziati nella seguente tabella:



Pur di giocare, l'8,6% dei ragazzi ha dichiarato di aver mentito ai propri genitori sulla reale cifra spesa al gioco ed il 3,4% ha avuto proprio delle discussioni in famiglia per via del gioco. Solo il 4,9% ha però mentito mentre stava giocando sulla reale cifra vinta.

Una parte del questionario è dedicata ad analizzare le possibili criticità legate al gioco d'azzardo e, secondo le risposte fornite, il 10,5% di coloro che giocano presentano un profilo di rischio moderato o grave di sviluppare *gambling*. Il 14,1% dei ragazzi ha dichiarato di esser tornato a giocare dopo aver perso soldi solo per cercare la rivincita (Tabella 58).

Tabella 58.

Distribuzione dei ragazzi che hanno sentito il bisogno di ritornare a giocare per cercare di rivincere i soldi persi con il gioco, per frequenza riferita. Puglia, AS 2013/14.

	Frequenza	Percentuale
Mai	5.252	81,9
A volte	736	11,5
La maggior parte delle volte	103	1,6
Sempre	64	1,0
Mancanti	254	4,0
<b>Totale</b>	<b>6.409</b>	<b>100</b>

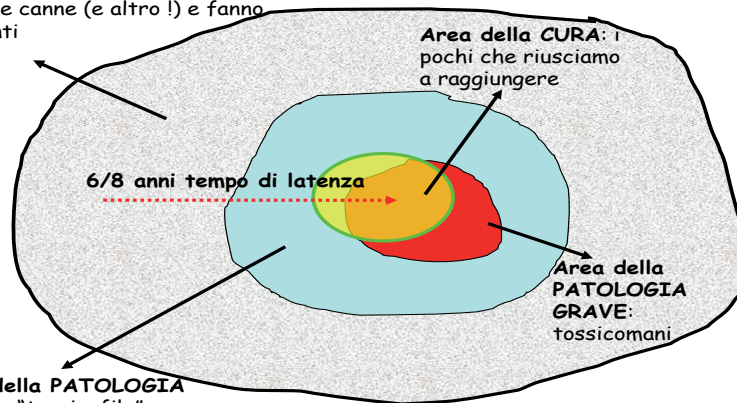
Il 4% afferma di essere stato criticato per via del vizio del gioco e non ammette che tale critica possa avere un fondo di verità. Il 5,2% ha avvertito il desiderio di non giocare più, non riuscendo però a mantenere tale volere. Tra gli intervistati, il 2,6% ha dichiarato di aver chiesto soldi in prestito pur di continuare a giocare ed il 2,6% di aver fatto assenze a scuola per andare a giocare.

## MINORI A RISCHIO E INTERVENTO DI RETE

Collegando quanto abbiamo appreso dalle ricerche sul "sommerso" con la nostra esperienza di operatori dei Ser.D, questa è la rappresentazione di come noi percepiamo il problema relativamente al consumo irregolare/regolare di sostanze psicotrope e alle sue possibili conseguenze.

**Area del CONSUMO IRREGOLARE**

Ragazzi e giovani che si ubriacano, fanno le canne (e altro !) e fanno incidenti



**Area della PATOLOGIA**

Persone "tossicofile", (consumatori regolari), in equilibrio precario con il proprio ambiente

1

Il passaggio dal consumo irregolare alla patologia più o meno grave è correlato alla **vulnerabilità** del soggetto che si manifesta a livello biologico, psicologico e sociale, e la cui comprensione (anamnesi, diagnosi) è fondamentale per poter impostare programmi di cura e di riabilitazione specialistici una volta che si sia instaurata la patologia della dipendenza.

Ci poniamo, quindi, il problema di come intervenire a livello preventivo, con una strategia di rete efficace, individuando quei fattori che impediscono al soggetto di:

- entrare nell'area grigia del consumo irregolare --> prevenzione primaria o universale
- passare dall'area del consumo irregolare all'area del consumo regolare e della tossicofilia --> prevenzione secondaria o selettiva.

Si tratta, inoltre, di aiutare le persone a fare il percorso a ritroso qualora si trovino in una situazione iniziale di comportamento tossicofilo.

**È da tenere presente che i minori inviati ai nostri Ser.D dai servizi sociali comunali o dal tribunale sono soggetti che si collocano, nella grande maggioranza, tra l'area grigia del consumo irregolare e l'area azzurra del consumo regolare.**

Per costoro vanno predisposti spazi appositi e programmi psicoeducativi adeguati anche, dove possibile, ricorrendo ad interventi gruppalmente che coinvolgano le famiglie e/o a interventi di sostegno della funzione educativa genitoriale.

Ricerca azione su disagio e dipendenza  
 nella ASL BARI  
 a cura di operatori e utenti del  
 Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL BARI