



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

Sottosegretario di Stato, Sen. Avv. Carlo Giovanardi

COCAINA E MINORI

LINEE DI INDIRIZZO PER LE
ATTIVITA' DI PREVENZIONE E
L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE
DELL'USO DI SOSTANZE

Con il patrocinio di:



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

fimp  Federazione italiana
Medici *Pediatrui*

Per informazioni

Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Sottosegretariato di Stato per la Famiglia, Droga e Servizio Civile
Via della Vite, 13 – 00187 – Roma
Tel. 06 67793666 - Fax 06 67796452
dipartimentoantidroga@governo.it
www.dronet.org
www.politicheantidroga.it

Pubblicazione no profit e non sponsorizzata - Vietata la vendita

Progetto grafico ed impaginazione a cura di Davide Filippini e Alessandra Gaioni

Stampato da Cierre Grafica, Sommacampagna (Verona), 2009

Ulteriora mirari, praesentia sequi.

Publio Cornelio Tacito

A cura di:

Giovanni Serpelloni	<i>Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>
Antonello Bonci	<i>Ernest Gallo Clinic and Research Center - University of California Presidente del Comitato Scientifico - Dipartimento Politiche Antidroga Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>
Claudia Rimondo	<i>Consulta Nazionale degli Esperti e degli Operatori Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri</i>

Gruppo di revisione *(in ordine alfabetico)*:

Francesco Bricolo	<i>Unità di Neuroscienze - Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona</i>
Roberto Cafiso	<i>Servizio di Psicologia e Psicoterapia - ASL 8 Siracusa</i>
Corrado Celata	<i>Servizio Prevenzione Specifica delle Dipendenze - ASL Città di Milano</i>
Antonia Cinquegrana	<i>Dipartimento delle Dipendenze - ASL Brescia</i>
Mario Cruciani	<i>Centro di Medicina Preventiva - Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona</i>
Doriano Dal Cengio	<i>Unità di Prevenzione - Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona</i>
Maurizio Gomma	<i>Centro di Medicina Preventiva - Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona</i>
Liliana Leone	<i>Studio CEVAS - Consulenza e Valutazione nel Sociale</i>
Teodora Macchia	<i>Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco</i>
Vincenzo Marino	<i>Dipartimento tecnico-funzionale per le dipendenze - ASL Varese</i>
Maria Rita Munizzi	<i>Movimento Italiano Genitori - MOIGE</i>
Caterina Pesce	<i>Università degli Studi di Roma "Foro Italico"</i>
Luigi Ruggeroni	<i>Unità di Prevenzione - Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona</i>
Fabrizio Schifano	<i>University of Hertfordshire School of Pharmacy</i>
Lorenzo Somaini	<i>Servizio Tossicodipendenza e Alcolologia ASL 12 Piemonte</i>
Paola Ulivi	<i>Direzione Centrale Servizi Antidroga - DCSA</i>
Francesco Vismara	<i>Comunità San Patrignano - Coriano (Rimini)</i>

Introduzione	9
Presentazione	11
1. PREMESSE	13
1.1 Obiettivi	13
A. Stili di vita e prevenzione della sperimentazione	13
B. Identificazione precoce	17
1.2 Nuove realtà, nuove modalità di intervento	18
1.3 Coordinamento e concertazione: possibilità di azione	20
1.4 Fattori condizionanti l'espressione di comportamenti individuali orientati all'uso o al non uso di droghe e modello di intervento	20
2. LINEE DI INDIRIZZO	29
A. Programmi di prevenzione per le sostanze d'abuso: una rassegna della letteratura	29
B. Interventi di prevenzione a tre livelli	31
C. Prevenzione e agenzie educative	35
2.1 Informazione e comunicazione coerente (advertising statica e dinamica)	40
A. Campagne permanenti e criteri	40
B. I target	41
C. Valutazione ex-ante ed ex-post	43
D. Mezzi di comunicazione ed influenza sociale	43
E. Comunicazione ai genitori	45
2.2 Coinvolgimento diretto dei giovani nella preparazione e nella promozione delle campagne di prevenzione	46
2.3 Coinvolgimento del mondo dello spettacolo (inversione della tendenza)	46
2.4 Ruolo della famiglia e della scuola e impiego di strumenti multimediali	47
A. Ruolo della famiglia	47
B. Ruolo della scuola	50
C. Portali informativi governativi	54
2.5 Diagnosi precoce e supporto alle famiglie	56
A. Interventi precoci	56
B. Cura dei propri figli	56
C. Drug test professionale e preventivo	56
2.6 Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori	62
A. Programmi di allerta genitoriale	62
B. Comunicazione genitoriale anonima	63

C. Terapia familiare	65
2.7 Servizi o fasce orarie dedicate ai minori	66
2.8 Applicazione delle leggi contro la promozione e la pubblicizzazione dell'uso di droghe che possono nuocere, direttamente o indirettamente, a persone minorenni	67
2.9 Controlli antidroga e antialcol sui guidatori minorenni	67
A. Controlli sui guidatori	67
B. Segnalazioni	68
C. Drug test e certificazione	68
2.10 Controllo del traffico e dello spaccio	69
A. Politiche generali	69
B. Traffico illecito negli ambienti scolastici	69
C. Stadi, discoteche e locali di intrattenimento	69
D. Rave parties	70
E. Coinvolgimento delle Amministrazioni locali	70
F. Unità operative territoriali e Sistema Nazionale di Allerta Precoce	71
 3. VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI PREVENZIONE	 73
 BIBLIOGRAFIA GENERALE	 77
 SITI WEB	 87
 ALLEGATI	 91
1. Campagna informativa nazionale "Informazioni utili. Apri al dialogo, chiudi alla droga".	93
2. Scheda tecnica per il rilevamento comparato degli aspetti educativi nella persona minorenne e nei suoi genitori	99
3. Aspetti farmacologici e clinici dei vari prodotti a base di cocaina: scheda tecnica riassuntiva	119
4. Le complicanze infettive legate all'abuso di cocaina	127
5. I trattamenti per i disturbi correlati alla cocaina: evidenze disponibili da revisioni sistematiche e meta-analisi di studi clinici	129
6. Principi generali per l'organizzazione dei sistemi sanitari per i trattamenti della dipendenza da cocaina	133
7. Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali nella prevenzione della tossicodipendenza	143
8. Prevenire l'uso di droghe tra i bambini e gli adolescenti. Una guida per genitori, educatori e amministratori basata sulla ricerca scientifica	145
9. Il counseling individuale nella dipendenza. Una guida per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina attraverso il counseling	151

Introduzione



Sen. Carlo Giovanardi
Sottosegretario di Stato per la Famiglia, Droga e Servizio Civile

E' stato osservato che oggi per alcune persone minorenni, il consumo di droga, ed in particolare di cocaina, non viene ancora considerato un comportamento dannoso, pericoloso e da evitare. Al contrario, pare che proprio coloro che fanno uso di sostanze rappresentino modelli di trasgressione da ammirare, quando non addirittura da imitare. L'esigenza di fare prevenzione precoce costituisce sempre di più una prerogativa importante nel contesto globale delle politiche relative al fenomeno droga. A tal proposito, ci si è resi conto, però, che le tradizionali forme di intervento rivolte alla prevenzione dell'uso di sostanze non hanno mostrato particolare efficacia né nell'evitare il consumo di sostanze né nell'anticipare il contatto di persone già consumatrici con il fine di inserirle in adeguati percorsi di primo intervento e, se necessario, di trattamento.

La necessità di individuare nuovi approcci per gli interventi di prevenzione risente anche dei cambiamenti che interessano le modalità di traffico e spaccio delle sostanze illecite. La droga commercializzata in Internet, o rivenduta nelle scuole, o resa disponibile all'interno di luoghi di intrattenimento, spesso sfruttando il coinvolgimento di persone minorenni, o il suo consumo prima di mettersi alla guida di moto o autoveicoli, rappresentano scenari preoccupanti che evidenziano il bisogno di un piano d'azione più contingente ed eclettico. In altre parole, i futuri interventi di prevenzione dovranno prendere in considerazione i cambiamenti di scenario che hanno interessato il fenomeno della droga tra i giovani negli ultimi anni e dovranno prevedere il coinvolgimento coordinato e coerente dei diversi attori, dagli insegnanti, alle famiglie, alle Forze dell'Ordine, e anche di personaggi del mondo dello spettacolo in grado di rappresentare, per i giovani, modelli di successo e affermazione in un contesto che necessariamente deve essere di libertà da alcol e droga.

Da qui nasce l'idea di elaborare delle linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze, puntando soprattutto al fenomeno emergente dell'uso di cocaina nei minori. Partendo, quindi, dal presupposto che il consumo di cocaina sembra particolarmente "di moda" in questo periodo e utilizzando questo aspetto come "drive" emozionale e comunicativo, si è arrivati a definire articolate linee di indirizzo utili per formulare un programma di intervento preventivo nei confronti di tutte le sostanze psicoattive e dell'abuso alcolico di cui le moderne politiche antidroga dovrebbero tenere conto.



Presentazione

Le presenti linee di indirizzo sono state realizzate dal Dipartimento Politiche Antidroga e sono rivolte a tutti coloro che, a vario titolo, sono chiamati ad occuparsi della salute dei giovani e che hanno la facoltà di intervenire concretamente per prevenire il consumo di droga e tutti i danni ad esso legati. Destinatari di questo documento, quindi, sono principalmente i genitori, gli educatori, gli operatori sanitari, le Forze dell'Ordine, le Amministrazioni regionali e locali, le Amministrazioni centrali. Tale approccio si spiega con la necessità di sviluppare un impegno comune, strutturato su più fronti, che preveda la compartecipazione e la concertazione delle politiche nazionali e regionali che, in modo sinergico, possano incidere significativamente sul fenomeno.

Il documento è stato elaborato da professionisti della materia, sia in ambito sanitario che sociale che legale, e rappresenta il risultato di un confronto tra esperti che, ognuno per le proprie competenze ed in maniera integrata, sono giunti ad individuare i principali elementi che possono costituire le politiche di prevenzione sui minori. Le proposte contenute in questo elaborato risultano essere perfettamente coerenti con i principi delle Nazioni Unite in materia di lotta alla droga.

Questo Dipartimento rende disponibili le presenti linee di indirizzo come contributo tecnico-scientifico anche a tutte le Regioni e Province Autonome del nostro Paese, che potranno, in piena autonomia e senza alcun vincolo, utilizzare questo contenuto nella maniera ritenuta opportuna.

Convinti che l'attenzione per la salute dei giovani costituisca oltre che un dovere anche una vera e propria forma di investimento per il futuro del Paese, questo Dipartimento si augura che coloro che si sono fino ad ora adoperati, in varie forme nella lotta contro la droga apprezzino gli aspetti innovativi messi in evidenza da questo scritto e continuino a mantenere alti gli sforzi e l'impegno per le attività di prevenzione.

Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Sottosegretariato di Stato per la Famiglia, Droga e Servizio Civile

1. Premesse

1.1 Obiettivi

A. Stili di vita e prevenzione della sperimentazione

Secondo le stime dell'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenti (OEDT/EMCDDA), in Europa la cocaina è la seconda sostanza più utilizzata tra la popolazione generale, dopo la cannabis. Nello specifico, il 3,7% della popolazione tra 15 e 64 anni (12 milioni di persone circa) ha consumato cocaina almeno una volta nella propria vita. Il consumo sembra particolarmente elevato soprattutto in Spagna, Italia e Regno Unito. Focalizzando sul consumo tra i giovani (15-34 anni), rispetto alla popolazione adulta la prevalenza d'uso è maggiore, con circa 7,5 milioni di giovani che dichiarano di averla usata almeno una volta nella vita. In sei Paesi, la prevalenza d'uso nel corso della vita va oltre il 5% (Danimarca, Germania, Spagna, Italia, Olanda e Regno Unito), a fronte di una prevalenza media europea del 2%. Tra i consumatori adulti il rapporto maschi e femmine è di una femmina ogni 2,5 maschi; tra i giovani consumatori, tale rapporto è di 1:2,4. I consumatori di cocaina spesso associano anche l'uso di alcol e tabacco o di altre droghe illecite, inclusi cannabis e altri stimolanti (poliabuso). Si registra una relazione positiva tra la prevalenza del consumo di cocaina e quello di cannabis nell'ultimo anno: i Paesi dove c'è un'alta prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo anno hanno mostrato anche un'alta prevalenza del consumo di cocaina. I dati mostrano un trend in crescita nell'uso di cocaina tra i 15-34enni dagli anni '90 nella maggior parte dei Paesi europei. Attualmente, questo trend rimane invariato, anche se in alcuni Stati pare si stia stabilizzando. In Danimarca e in Italia, la prevalenza d'uso risulta ancora in marcato aumento.

Uso di cocaina
tra i giovani:
alcuni dati

La prevenzione dell'uso di cocaina in fasce d'età sempre più giovani deve essere ritenuta una priorità da parte di tutte le organizzazioni che, a vario titolo, sono investite della responsabilità e dei conseguenti doveri di intervento in materia. Il problema riveste particolare importanza soprattutto se si considera la questione da un punto di vista neuropsicologico. Infatti, grazie alle moderne tecniche di ricerca e ai nuovi risultati scientifici raggiunti, oggi sappiamo che il cervello completa la sua maturità verso i 22 anni, quando la corteccia cerebrale termina lo sviluppo delle proprie connessioni interne. Particolarmente importante, quindi, risulta il periodo della preadolescenza, durante il quale lo sviluppo cerebrale è ancora in atto e durante cui si verifica il cosiddetto "pruning" sinaptico, cioè la moltiplicazione di nuovi collegamenti tra le cellule del tessuto nervoso, i neuroni. Questi collegamenti costituiscono la base delle connessioni neurali del cervello adulto.

Va da sé che il periodo antecedente i 22 anni, quindi, rappresenta un momento particolarmente delicato per lo sviluppo cerebrale poiché le strutture e i meccanismi di funzionamento neuro-cognitivo, durante l'adolescenza, sono estremamente sensibili e vulnerabili a sollecitazioni farmacologiche e tossicologiche derivanti

Adolescenza
e sviluppo
cerebrale

dall'uso di sostanze psicoattive e alcoliche.

Il fatto che queste sostanze agiscano producendo un'azione chimica che va ad interagire con l'assetto biochimico cerebrale alterandolo, risulta un fattore di notevole importanza anche per gli assetti personologici che si organizzeranno in futuro. E' dimostrato che più l'uso, ad esempio di cannabinoidi, è precoce (prima di 15 anni) e frequente (quotidiano o settimanale) molto maggiori sono le possibilità di sviluppare negli anni successivi disturbi dell'umore, in particolare ansia e depressione.

E' necessario focalizzare l'attenzione sul particolare problema del consumo di droga nei giovani e, nel caso particolare, di cocaina, attivando programmi specifici, indirizzati sia alle persone minorenni che agli adulti, finalizzati all'identificazione precoce dell'uso di sostanze, anche saltuario, e all'attivazione immediata di risposte personalizzate, modellate in base alle caratteristiche, ai bisogni e ai contesti del minore e della sua famiglia. Come recentemente emerso da un'indagine su circa 1800 giovani (ASL Roma F, 2009) sulla percezione dei rischi legati al consumo di sostanze psicoattive, il 50% dei giovani 14-19 anni risulta considerare la cocaina una droga "non pericolosa", addirittura "ben accetta", rafforzando l'immagine del consumatore di cocaina come di una persona di successo, da valutare positivamente e da imitare.

Ciò costituisce un grave problema di tipo informativo e, al contempo, educativo che evidenzia la necessità di definire dei programmi di intervento che, per quanto indirizzati alla prevenzione dall'uso di qualsiasi sostanza psicoattiva tra i giovani, ed in particolare tra gli adolescenti, tengano in forte considerazione la sempre più marcata pressione verso il consumo di cocaina. Tale pressione si esplicita sia in termini di aumentata disponibilità della sostanza sul mercato illecito, essendo venduta a prezzi particolarmente ridotti rispetto al passato ed essendo disponibile per l'acquisto in numerosi luoghi frequentati prettamente da giovani (discoteche, scuole, stadi, ecc.), sia in termini di "accettazione e tolleranza sociale" quando non addirittura di "modello comportamentale" da imitare. Va marcata in tal senso anche una forte responsabilità dei media, in genere, che veicolano modelli dai valori fasulli ed erronei (top-model cocainomani, calciatori coinvolti in festini a base di droghe, ecc.).

Il fenomeno del sempre più marcato consumo di cocaina tra i giovani, con le sue caratteristiche di diffusione e di target interessato, va affrontato considerandone gli aspetti specifici e inserendolo in un'ottica generale di prevenzione dal consumo di tutte le droghe. Pertanto, partendo da questo fenomeno particolarmente attuale e utilizzandolo come "drive" emozionale e comunicativo, è possibile arrivare a definire un articolato programma di intervento preventivo nei confronti di tutte le sostanze psicoattive e dell'abuso alcolico.

Pertanto, è necessario considerare fin da subito che la specializzazione degli interventi preventivi, e la conseguente organizzazione dei servizi che ne potrebbe derivare, potrebbero essere un errore strategico. Ma è anche opportuno considerare che utilizzare una tematica come quella della cocaina, in questo momento molto sentita sia dai giovani sia dagli adulti sia dalle amministrazioni competenti, potrebbe dimostrarsi utile per elevare il livello di attenzione su tutto il problema dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol.

Una persona minorenne che usa qualunque tipo di droga necessita di un intervento educativo che non è legato al consumo di questa o quella sostanza. Infatti, i problemi che sottendono l'espressione di comportamenti problematici legati all'uso di sostanze o all'abuso alcolico hanno radici indipendenti dalla sostanza utilizzata. I meccanismi di controllo volontario di assunzione o di non assunzione risentono fortemente dei modelli educativi utilizzati con la persona minorenne

Consumo
di droga
tra i giovani

L'intervento sui
giovani
e la cocaina:
un "drive"
per le politiche
antidroga

Il problema di
fondo: il modello
educativo contro
tutte le droghe

L'intervento
sul minore:
l'educazione
di base



fin dai suoi primi anni di vita. In altre parole, la disponibilità a sperimentare l'uso di droghe o l'abuso di alcol durante la preadolescenza e l'adolescenza è strettamente legata alla qualità dei modelli operativi interiorizzati durante l'infanzia e riguardanti in specifico ciò che ci fa bene ed è positivo per noi e ciò che invece ci fa male ed è negativo per noi. Sulla qualità di queste interiorizzazioni entrano inevitabilmente in gioco i modelli educativi adottati dai genitori, o da altri adulti di riferimento, ed il livello di coerenza delle relazioni educative.

L'obiettivo principale da porsi nella formulazione di proposte e nella gestione di attività di prevenzione dall'uso di droga, ed in particolare di cocaina, nei minori è, in primo luogo, quello di puntare ad aumentare la probabilità che i giovani e gli adolescenti che vengono per la prima volta a contatto con la droga riescano ad esprimere fin da subito comportamenti preventivi di diniego all'uso. Infatti, un importante obiettivo da porsi è quello di aiutare i giovani che entrano a contatto con le droghe a scegliere di non usarle. Tra costoro, inoltre, vi potrebbe essere qualcuno portatore di fattori di vulnerabilità che si manifestano con aggressività, iperattività, disattenzione, deficit cognitivi, eventi stressanti. Per questo gruppo di soggetti, oltre ad interventi di tipo supportivo, finalizzati a rafforzare i comportamenti di diniego, sarebbe opportuno attivare ulteriori trattamenti di tipo psico-educativo.

Comportamenti
preventivi
di diniego

Consapevoli della difficoltà di raggiungere pienamente gli scopi fin qui dichiarati, se gli interventi vengono iniziati già in fase di rischio, va considerata anche la difficoltà di far acquisire fattori motivazionali e comportamenti preventivi a persone che hanno già una personalità definita in senso trasgressivo e una forte attrazione verso l'uso di droghe, e per le quali i modelli culturali e la pressione sociale contribuiscono ad orientarle in tal senso. Ci si dovrebbe, quindi, porre come obiettivo quello di incentivare e preparare i giovani, precocemente e fin dalla fase preadolescenziale, ad elaborare in anticipo una forte consapevolezza dell'opportunità di sviluppare e mantenere comportamenti e stili di vita preventivi e riuscire a dire di no all'offerta di droga, evitando anche la cosiddetta sperimentazione, cioè il consumo sporadico e "per curiosità", di anche solo una volta, delle sostanze in circolazione.

Stili di vita
e comportamenti
preventivi

A tal proposito, va evidenziato che l'inizio del consumo di droghe viene spesso preceduto dal consumo di sostanze quali alcol e/o tabacco che rimangono comunque dannose per la salute dei soggetti, soprattutto dei più giovani. In merito a ciò, si ricorda che il consumo di alcol e di tabacco tra i minori di 16 anni non è legale. La letteratura è ricca di studi che presentano l'alcol e il tabacco come "gateway drugs", cioè sostanze il cui uso abituale può indurre, con alta probabilità, al futuro uso di sostanze più pericolose per la salute. E' dimostrato che il cervello degli adolescenti risente in particolar modo degli effetti acuti e cronici della nicotina e dell'etanolo e che l'esposizione a queste sostanze, durante l'età evolutiva, accresce la possibilità di un successivo uso di cocaina e di altre droghe negli anni successivi.

Alcol e tabacco

La prevenzione dell'uso di alcol, tabacco, e anche cannabis, dovrebbe costituire il primo terreno di convergenza tra prevenzione universale aspecifica e prevenzione specifica rispetto anche alle altre sostanze psicoattive. Ciò deve avvenire attraverso la realizzazione di azioni di tipo preventivo già fin dalla scuola dell'obbligo (es. secondaria di primo grado), frequentata da adolescenti. E' importante pertanto, come suggerito anche dal National Institute on Drug Abuse (NIDA), non differenziare gli interventi relativi alle varie sostanze, ma attuare programmi di prevenzione che includano tutte le forme di abuso di sostanze.

Intervento
globale

Inoltre, viene riportato in letteratura che oggi il contatto con le sostanze, ed in particolar modo con la cocaina, oltre che per “desiderio di sperimentazione” a volte può avvenire anche con l'intento di ottenere una riduzione dello stimolo della fame. Ciò avviene specialmente tra la popolazione giovanile femminile che tende ad assumere cocaina anche per sfruttarne l'effetto inibitore ed ottenere, quindi, una riduzione, anche rapida, del proprio peso corporeo. L'attività anoressizzante della cocaina, quindi, costituisce da un lato una forte attrattiva per ragazze che vogliono a tutti i costi emulare modelli di fisicità molto longilinei con cui si confrontano quotidianamente attraverso la pubblicità e il gruppo dei pari, dall'altro rappresenta anche un'ulteriore minaccia alla preservazione della salute tra i giovani. Ad aggravare la questione è il fatto che l'uso della cocaina per i suoi effetti anoressizzanti sembra costituire prassi normale anche tra alcuni personaggi del mondo della moda e dello spettacolo. Ciò contribuisce a trasmettere ai giovani la falsa ed erronea percezione che il fenomeno sia “socialmente accettabile”, quando anche non addirittura “da emulare”.

Cocaina e
anoressia

E' opportuno sottolineare l'importanza di intervenire con attività di prevenzione in fasi particolari della vita di preadolescenti e adolescenti, cioè nei cosiddetti momenti di transizione, dal momento che questi risultano accompagnati da marcati vissuti emotivi ed elevato stress. Generalmente, i momenti di transizione più significativi nella vita di un giovane avvengono in età scolare e sono: l'inserimento alle scuole primarie, il passaggio dalle scuole primarie a quelle secondarie di primo grado, da queste alle secondarie di secondo grado e, infine, in occasione dell'accesso all'università. A questi, però, si possono associare anche altri momenti di transizione quali, ad esempio, l'acquisizione del patentino per la guida dei motocicli o della patente, la maturazione sessuale, l'inizio di un nuovo lavoro, ecc.

Momenti di
transizione:
fattori di rischio
e fattori
protettivi

Questi stadi vengono considerati fasi della vita che ognuno, o per lo meno una vasta proporzione della popolazione, attraversa e che possono costituire momenti in cui il “rischio droga” o il “rischio alcol” aumentano. Alla luce di questo, è necessario che la pianificazione delle attività di prevenzione focalizzi la sua attenzione proprio in questi momenti. Nelle fasi di transizione, infatti, i soggetti possono risultare maggiormente vulnerabili, con una maggior probabilità di manifestare un comportamento a rischio.

E' quindi opportuno porre particolare attenzione verso i soggetti in fase di transizione, come gli adolescenti, in termini di accrescimento di fattori protettivi. Le azioni di prevenzione, infatti, dovrebbero intervenire in modo mirato e tempestivo per contrastare il procedere di un percorso a rischio eventualmente già avviato, attraverso il rafforzamento dei fattori protettivi, tra cui la resistenza socio-culturale al fenomeno dell'uso di sostanze, il possesso di abilità di autocontrollo, il supporto costante da parte degli insegnanti, l'affetto, la cura e il controllo da parte dei genitori, ecc. Prima si è in grado di intervenire e maggiori saranno le probabilità che il soggetto non acceda o prosegua su percorsi di rischio. Un intervento precoce sui fattori di rischio (quali, ad esempio, comportamenti aggressivi, amici che fanno uso di sostanze, tolleranza sociale verso le droghe, ecc.), ha spesso un impatto maggiore rispetto ad un intervento operato successivamente, e può modificare il percorso di vita di un ragazzo per portarlo da comportamenti problematici verso comportamenti preventivi e conservativi dello stato di salute.

Uno stile di vita attivo, caratterizzato dalla pratica di attività motorie, può contribuire, se esercitate in un ambiente intollerante all'uso di sostanze, alla prevenzione dell'abuso di sostanze, sia ergogeniche che psicoattive. Inoltre, l'educazione fisica e sportiva offrono ampie opportunità per implementare efficacemente programmi di educazione delle life skills, anche se tali programmi, nella maggioranza dei casi, non sono stati ancora finalizzati specificatamente alla prevenzione del consumo di droghe. Invece, la pratica sportiva agonistica e volumi elevati di allenamento aumentano il rischio del policonsumo di sostanze dopanti e psicoattive.

Stili di vita,
modelli
'prestazionali'
e sostanze



L'abuso di sostanze ergogeniche è un fenomeno di dimensioni crescenti, ha relazioni multiple con l'abuso di sostanze psicoattive ed in particolare di quelle, come la cocaina, a valenza "prestazionale". Infatti:

1. esiste una "clusterizzazione" dei comportamenti, per cui chi fa uso di sostanze dopanti è maggiormente a rischio di uso di anche altre droghe;
2. l'abuso di sostanze ergogeniche e quello di sostanze psicoattive sono accomunati da alcuni fattori di rischio psicologici;
3. alcune sostanze dopanti, come le amfetamine, sono a tutti gli effetti anche psicoattive, ed altre sostanze dopanti, come gli steroidi, non hanno solo effetti anabolizzanti e quindi dopanti, ma provocano anche alterazioni comportamentali e psicologiche, dipendenza e tolleranza analogamente alle sostanze psicoattive.

Questi tre argomenti giustificano la necessità di integrare i modelli di prevenzione contro l'abuso di sostanze psicoattive con quelli volti al contrasto dell'abuso di sostanze ergogeniche.

B. Identificazione precoce

L'uso costante di sostanze è un evento che si verifica generalmente al termine di un percorso costituito da tre tappe:

1. passaggio da non uso all'uso di almeno una volta;
2. passaggio dall'uso di almeno una volta all'uso sporadico/occasionale;
3. passaggio dall'uso sporadico/occasionale ad un uso costante.

"Early detection" vs ritardo di diagnosi

L'identificazione precoce dei soggetti che sono nella prima fase (transizione dal non uso all'uso) consente di effettuare in maniera adeguata interventi preventivi efficaci nelle fasi successive. Nello specifico, i tipi di diagnosi precoci possibili sono due: la diagnosi di "aumentato rischio di uso" (stato di vulnerabilità) e la diagnosi di "uso effettivo". Il primo tipo di diagnosi si rivolge ai soggetti vulnerabili che non hanno ancora avuto contatto con le sostanze ma che sono portatori di fattori che ne aumentano il rischio d'uso e di successiva dipendenza (vedi prevenzione selettiva). La diagnosi di uso effettivo di sostanze individua, invece, i soggetti che hanno iniziato ad usare sostanze, in particolare bevande alcoliche, nicotina e cannabis.

Ne consegue che un secondo obiettivo da porsi è quello di promuovere a tutti i livelli un'adeguata e tempestiva offerta di diagnosi precoce e di supporto psicologico ed educativo ai genitori dei minori, in un contesto sanitario specifico professionale e riservato. L'obiettivo deve essere quello di incentivare l'individuazione precoce dell'uso di sostanze ("early detection") anche mediante l'uso del drug testing professionale, in modo da individuare quanto prima le persone minorenni che utilizzano sostanze, già fin dalle loro primissime fasi di consumo. Il ritardo di diagnosi, in questo caso, comporta la fissazione di stereotipi e di modelli comportamentali difficilmente modificabili successivamente e che alterano i rapporti fiduciari e le relazioni interne al gruppo familiare, introducendo meccanismi di difesa quali la menzogna e il disagio nei confronti dei genitori.

1.2 Nuove realtà, nuove modalità di intervento

Negli anni passati, la maggior parte degli interventi non si è dimostrata particolarmente efficace né nel prevenire il fenomeno del consumo di droga tra i giovani e gli adolescenti, ed in particolare di cocaina, né nell'agevolare il contatto precoce delle persone che utilizzano tale sostanza per inserirli in percorsi di trattamento adeguati. In particolare, l'approccio prevalente fino ad oggi attivato sconta il prezzo di una proposta obsoleta e inidonea, che ha focalizzato l'intervento principalmente sulla costruzione di servizi di accoglienza e cura mutuando spesso le metodologie di intervento da quelle precedentemente strutturate per la dipendenza da eroina e, di fatto, non adeguate al target attuale, caratterizzato, sostanzialmente, dal fatto di non riconoscere la propria patologia e/o di non considerare l'uso di cocaina come un comportamento problematico, sottovalutando fortemente i rischi per la propria salute e per la sicurezza di terze persone.

Interventi
inadeguati

Vi è pertanto la necessità di rielaborare un piano globale più specifico che esca definitivamente dalla logica assistenziale tardiva, assumendo in modo deciso una visione del problema orientata alla vera e concreta "diagnosi precoce", che superi i "confini" regionali costruendo una politica unitaria nazionale, basata sull'idea che la droga non ha confini né rispetta quelli posti dalle varie Amministrazioni competenti.

Nuovi
orientamenti

In altre parole, è necessario che le Amministrazioni centrali e le Amministrazioni regionali (territorialmente competenti della programmazione e dell'attuazione degli interventi) ritrovino unitarietà di intenti e di metodi uscendo da atteggiamenti ideologici e di controllo politico che, a volte, portano a non realizzare strategie concordate e strutturate su vari aspetti nell'ambito delle tossicodipendenze.

Il quadro istituzionale attuale richiede un ulteriore e preciso chiarimento dei ruoli e delle responsabilità dei diversi soggetti. Attualmente, molti compiti e responsabilità tra le diverse Amministrazioni mostrano la necessità di un ulteriore e preciso chiarimento. Sarà, quindi, necessario rivedere e fissare nuove regole di coordinamento e operatività in modo da perseguire sinergicamente, nel rispetto delle singole competenze, questi obiettivi preventivi, evitando i conflitti o le inerzie che hanno spesso minato l'azione preventiva in passato. Inoltre, è estremamente importante che le varie amministrazioni riconoscano in via prioritaria i bisogni preventivi ed assistenziali della popolazione e, in ogni caso, che venga unanimemente riconosciuto che utilizzare sostanze psicoattive o psicotrope, anche occasionalmente, è un illecito e può fortemente danneggiare il soggetto consumatore e chi gli sta attorno. Deve, inoltre, essere condivisa l'idea che il consumo di sostanze psicoattive rappresenta un comportamento "trasmissibile" ad altri pari e, quindi, "contaminante" verso forme e stili di vita che devono essere considerati sicuramente a rischio per la propria salute e per quella di terzi.

Le linee di azione devono tener conto altresì del fatto che attualmente, ed in futuro sempre di più, il commercio di droga avviene anche via Internet, attraverso siti web che vendono farmaci senza prescrizione medica (benzodiazepine, oppiacei, barbiturici, ecc.), sostanze d'abuso, smart drugs, club drugs, sostanze vegetali sintetiche e semisintetiche, funghi allucinogeni, nonché strumenti per incrementare gli effetti dell'assunzione di queste sostanze e veri e propri manuali per coltivare piante dagli effetti psicoattivi ed allucinogeni. Non mancano neppure siti web che costituiscono dei veri e propri "vademecum dello sballo" in cui vengono indicati, città per città, i luoghi in cui è possibile acquistare droga "di qualità", le varietà disponibili, i prezzi praticati, il livello di tolleranza registrata tra le Forze dell'Ordine nei confronti dei consumatori, nonché consigli su come evitare i controlli e i posti di blocco delle Forze dell'Ordine.

La rete
web



L'ampia disponibilità di questi prodotti e la facilità con cui possono essere acquistati, sia per la loro economicità sia per il completo anonimato che caratterizza le procedure di acquisto e di spedizione del prodotto, si accompagnano anche ad una sempre maggiore disponibilità di informazioni scambiate via web relativamente a numerose sostanze, anche non ancora note o descritte in letteratura. La reclamizzazione può avvenire anche attraverso i cosiddetti spazi di espressione individuale su web. Tali spazi, che includono social forum, Blog, Chatroom, e social network, come Myspace, Facebook, Netlog (per citarne alcuni), risultano essere frequentati da un altissimo numero di giovani nella fascia di età tra i 13 e i 28 anni, e costituiscono un'area estremamente ricca di informazioni, soprattutto in merito alla comparsa di nuove sostanze disponibili per il consumo (come è stato, ad esempio, con il 2C-T-7, conosciuto anche come "Blue Mystic"), a nuove modalità di consumo, a modalità per la preparazione delle sostanze stesse, ai luoghi per l'acquisto, ai prezzi di vendita, ai consigli per incrementare l'effetto delle sostanze consumate.

Spazi virtuali
di espressione
individuale

E' opportuno, quindi, che le azioni che si vorranno porre in essere per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze prendano in considerazione sia le nuove tipologie di consumatori sia le nuove sostanze disponibili sul mercato e le nuove modalità di consumo, così come i nuovi canali di trasmissione delle informazioni tra consumatori. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe, unità operativa del Dipartimento Politiche Antidroga, costituisce uno strumento cui attraverso cui rilevare informazioni utili in merito ai fenomeni droga-correlati che possono interessare la popolazione generale e rappresentare carattere di nuovo pericolo nell'ambito del consumo di sostanze tra i giovani (nuove droghe, nuove modalità di consumo, sintomi inattesi dopo il consumo, offerte particolari, aree maggiormente a rischio di traffico e spaccio, ecc.) fornendo un supporto tecnico-scientifico ed informatico (www.allertadroga.it) attraverso cui elaborare attività di prevenzione maggiormente adeguate e pertinenti rispetto alle reali caratteristiche e ai reali bisogni della popolazione dei consumatori e non.

Sistema
Nazionale di
Allerta Precoce

Considerata l'esigenza di definire delle linee di intervento adeguate alla nuova realtà, rispetto alle azioni intraprese in passato relativamente al tema della prevenzione, i futuri interventi, oltre a continuare a considerare l'individuo in tutte le sue dimensioni, dovranno essere caratterizzati anche da una maggior attenzione rispetto alle caratteristiche del consumatore (età, sostanza consumata, possibilità di accesso ai servizi, ecc.), da una maggior efficienza nell'identificazione precoce dei soggetti con fattori di vulnerabilità e di quelli che ancora non hanno sviluppato un uso costante di droghe, e da una maggior versatilità anche in termini di trasmissione delle informazioni nell'impiego di nuovi strumenti di comunicazione.

Linee di
intervento
più efficaci

1.3 Coordinamento e concertazione: possibilità di azione

Va ricordato che nell'attuale assetto normativo le Amministrazioni centrali di Governo hanno di fatto la reale possibilità di azione solo relativamente alla formulazione di linee generali di intervento, alla stesura di norme e alla ricerca e realizzazione di campagne di informazione nazionali.

Amministrazioni
centrali

Gli interventi a livello locale e territoriale, che prevedono il coinvolgimento di strutture ed operatori con impegno ed impiego di risorse, sono di competenza specifica delle Regioni e delle Province Autonome, in conseguenza della riforma del Titolo V della Costituzione della Repubblica Italiana.

Interventi sul
territorio

E' evidente come questa suddivisione di responsabilità comporti la necessità di perseguire la compartecipazione e la concertazione delle politiche nazionali e regionali e che questo, oltre che auspicabile, sia anche l'unico modo per poter realmente incidere in modo efficace sul fenomeno. Sicuramente da evitare sono il frazionamento e la parcellizzazione dell'intervento con modalità e messaggi differenziati da Regione a Regione. Il problema della eterogeneità degli interventi sui vari territori regionali risulta particolarmente rilevante e spesso dipendente da impostazioni e pregiudizi ideologici più che da reali e concrete differenze di valutazione nei confronti delle politiche antidroga. Queste posizioni hanno spesso radici in una vecchia visione del problema che manifesta una tolleranza ed accetta implicitamente una normalizzazione dell'uso di sostanze. E' sicuramente necessario superare definitivamente questa visione se si vorrà anche raggiungere in Italia buoni risultati in termini di prevenzione e contenimento del fenomeno.

Coordinamento
e concertazione

1.4 Fattori condizionanti l'espressione di comportamenti individuali orientati all'uso o al non uso di droghe e modello di intervento

Al fine di chiarire alcuni meccanismi di base e condividere un linguaggio tecnico comune in relazione ai vari aspetti della prevenzione, si forniscono alcune considerazioni sui fattori in grado di condizionare il comportamento, sia in senso preventivo, sia di rischio.

Alcuni principi
di base

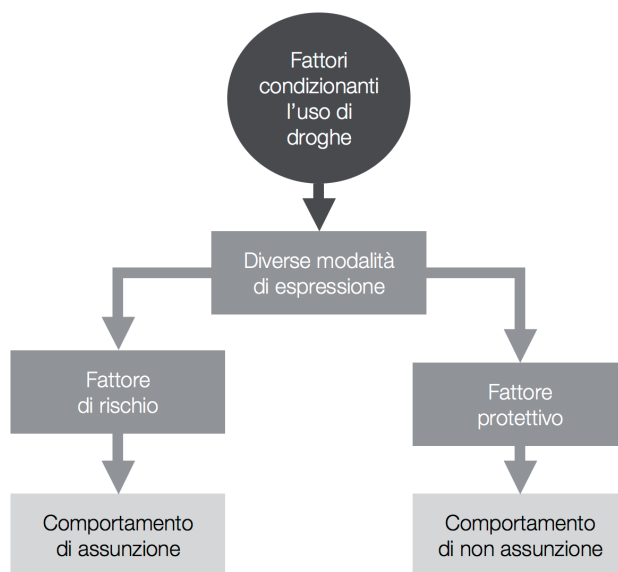
Esistono una serie di fattori e/o condizioni in grado di condizionare l'espressione dei comportamenti individuali relativamente all'assunzione di droghe. A seconda del tipo di espressione/presenza di tali "fattori condizionanti", i comportamenti individuali possono orientarsi verso:

Fattori
condizionanti

- comportamenti a rischio relativamente all'uso o al non uso di sostanze
- comportamenti preventivi relativamente all'uso o al non uso di sostanze

Per poter meglio interpretare le dinamiche di espressione comportamentale, va messo in evidenza che i fattori condizionanti possono agire sull'individuo nel corso delle varie fasi della sua vita e della sua crescita, con effetti diversificati che dipendono sia dal contesto in cui il soggetto vive sia dalle caratteristiche personali ed intrinseche del soggetto stesso.

Figura 1 - Modalità di espressione dei fattori condizionanti l'uso di droghe in senso protettivo o di rischio.



Pertanto, per comprendere come i fattori condizionanti possano agire sul soggetto, si consideri che, durante l'adolescenza per esempio, essi possono fortemente modulare la tendenza e la modalità di ricerca e sperimentazione di sostanze. Ciò costituisce un primo livello di rischio per l'individuo. Successivamente, durante la fase adolescenziale, i fattori condizionanti possono influenzare l'uso abituario di sostanze da parte del soggetto (secondo livello di rischio) e, quindi, la possibilità futura di sviluppare dipendenza (terzo livello di rischio) nel corso del tempo.

Livelli di rischio:
1. ricerca e sperimentazione
2. uso abituario
3. dipendenza

E' necessario prendere in considerazione la variabilità e la mutabilità dell'azione dei vari fattori condizionanti, in relazione sia alla dinamicità dell'evoluzione dell'individuo sia del contesto. I principali fattori in grado di condizionare il comportamento dell'individuo, cui si associano tre relativi domini logici, sono:

Domini logici

- fattori individuali
- fattori ambientali
- fattori dipendenti dalle caratteristiche della sostanza

A seconda della loro presenza o assenza, della tipologia di espressione/manifestazione e soprattutto della reciproca interazione, si possono creare diverse condizioni in grado di articolare il comportamento espresso dal soggetto. La modalità di azione di questi vari fattori è quindi di due tipi: una modalità diretta nei confronti dell'individuo e una modalità interattiva attraverso la quale i vari fattori possono reciprocamente modificarsi.

Azione diretta e interazione tra fattori

I principali fattori individuali sono:

Fattori individuali

1. l'assetto genetico e il conseguente assetto neurobiologico dei sistemi di gratificazione e del controllo volontario del comportamento;
2. il tipo di temperamento (es. novelty seekers, harm avoidance, ecc.);
3. altri fattori correlati all'espressione di comportamenti aggressivi precoci.

I fattori individuali possono subire forti condizionamenti (sia in senso positivo che negativo) dai fattori ambientali, anch'essi in grado di produrre importanti modificazioni e condizionamenti.

Fattori ambientali

I principali fattori ambientali sono:

1. la famiglia e il tipo di relazioni esistenti e di cure e di controllo parentale che vengono espressi dai genitori;
2. il gruppo dei pari e la prevalenza d'uso di sostanze, l'atteggiamento sociale del gruppo verso l'uso, la polarizzazione verso obiettivi di competenza sociale positiva;
3. la scuola, le politiche e le attività messe in atto contro la diffusione e l'uso di droga;
4. l'ambiente sociale esterno, l'esistenza di regole anti-droga, l'esistenza di messaggi promozionali contro l'uso di droghe e di una cultura prevalente che stigmatizzi il comportamento d'uso di sostanze (non la persona consumatrice);
5. la densità di ambienti di intrattenimento incentivanti la disponibilità e l'uso di sostanze legali o illegali (alcol, tabacco, droghe);
6. la presenza, la forza e la direzione della comunicazione delle "agenzie educative virtuali" (Internet, TV e altri media, pubblicità, mondo dello spettacolo) che possono sensibilizzare particolarmente gli adolescenti;
7. la disponibilità e l'accessibilità di sostanze sul territorio, che dipendono dalla rete di traffico e spaccio e dalle forme di contrasto messe in atto e presenti sul territorio.

I fattori dipendenti dalle caratteristiche della sostanza sono costituiti principalmente dalle caratteristiche farmacologiche della sostanza che può risultare più o meno legante in base a caratteristiche farmacologiche, all'effetto gratificante evocabile e percepito dal soggetto in maniera più o meno forte, alla rispondenza ai bisogni funzionali del consumatore, alla possibilità di instaurare sindrome da astinenza, craving, tolleranza, ecc. Le sostanze, infatti, possono indurre dipendenza in diversi modi e possono dare effetti diversamente percepiti come gratificanti e/o funzionali dal soggetto in relazione ai suoi bisogni, alle sue aspettative e alle sue condizioni psichiche. Inoltre, tra i fattori dipendenti dalla sostanza si inserisce anche la disponibilità ambientale della sostanza stessa.

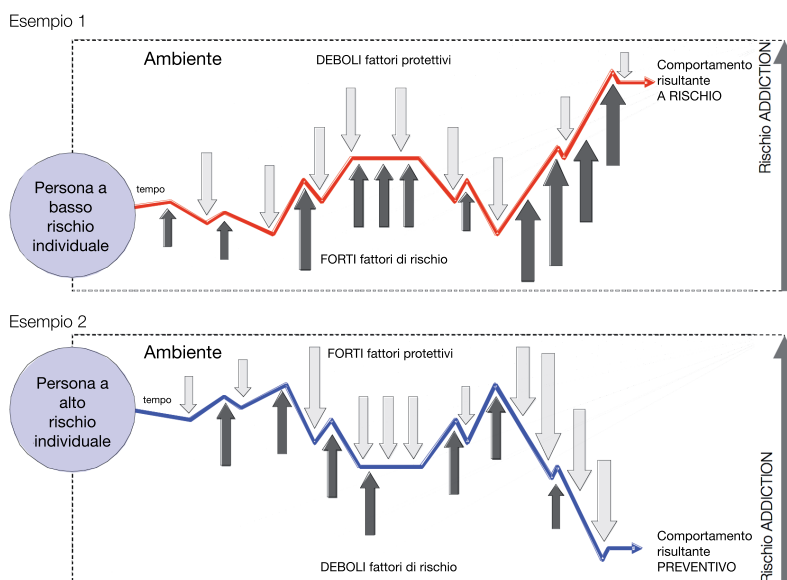
Fattori
dipendenti
dalle
sostanze

I vari fattori condizionanti si possono esprimere come fattori di rischio quando incentivano le condizioni di rischio d'uso di droghe, oppure come fattori protettivi quando, invece, sono in grado di controllare e limitare quelle condizioni. In altre parole, lo stesso fattore condizionante (individuale, ambientale, della sostanza) può agire sul soggetto in una duplice direzione: se si esprime in un modo, la sua presenza può indurre ad un maggior rischio di uso di sostanze o di sviluppo di dipendenza (fattori di rischio), se si esprime in un altro modo può inibire o ritardare (fattore protettivo) tale problema.

Fattori
di rischio e
fattori
protettivi

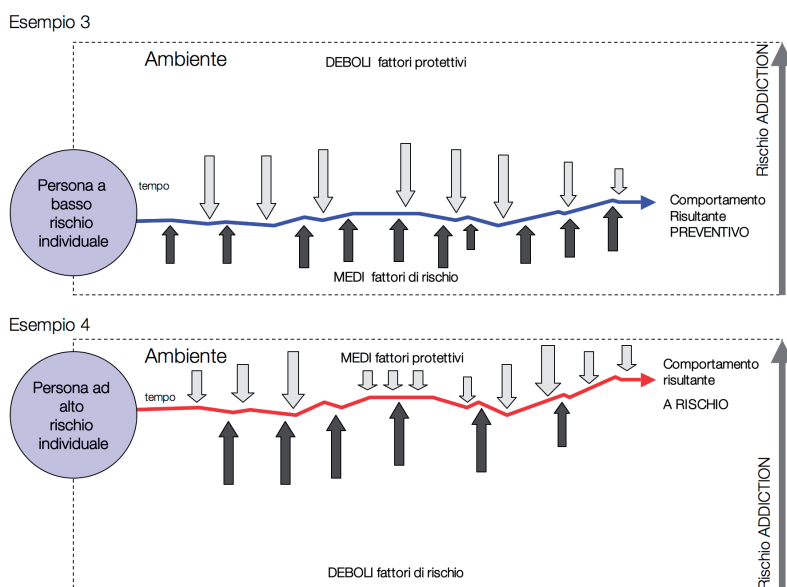


Figura 2a - Esempi di possibili evoluzioni comportamentali in base al bilanciamento delle azioni dei fattori di rischio e dei fattori protettivi.



Nota 2a: il rischio individuale di base può variare in relazione alla presenza di condizioni in grado di creare uno stato di vulnerabilità del soggetto indipendentemente dall'ambiente. L'esempio 1 riporta la possibile evoluzione di una persona con basso rischio individuale che nel tempo viene condizionata nei comportamenti da deboli fattori protettivi e forti fattori di rischio, con la risultante di un comportamento espresso a rischio d'uso di sostanze e, quindi, di addiction. In questo caso, si tratta di una vulnerabilità sostenuta soprattutto da fattori ambientali. L'esempio 2 mostra la possibile evoluzione di una persona con stato di vulnerabilità individuale elevato (e quindi potenzialmente più a rischio) già all'inizio del suo percorso evolutivo, che però, nel tempo, incontra forti fattori protettivi di tipo ambientale a fronte di deboli fattori di rischio, esprimendo quindi un comportamento risultante di tipo preventivo, a basso rischio di addiction.

Figura 2b - Esempi di possibili evoluzioni comportamentali in base al bilanciamento delle azioni dei fattori di rischio e dei fattori protettivi.



Nota 2b: in questi esempi, invece, sono i fattori individuali a giocare un ruolo preponderante. Nell'esempio 3, la persona a basso rischio individuale è inserita in un ambiente con medi fattori di rischio e deboli fattori protettivi, ma verosimilmente per le proprie caratteristiche sviluppa un comportamento risultante di tipo preventivo. Nell'esempio 4, per la presenza di forti fattori di rischio di tipo individuale, anche a fronte di deboli fattori di rischio ambientali e nonostante la presenza di medi fattori protettivi, l'individuo sviluppa un comportamento risultante a rischio.

La direzione del comportamento dipende da come i fattori condizionanti agiscono sull'individuo: se agiscono come fattori di rischio, il soggetto avrà una condizione di "vulnerabilità" all'addiction con aumentate possibilità di cominciare a fare uso di sostanze o di sviluppare dipendenza; se agiscono come fattori protettivi, il soggetto avrà maggiori possibilità di non iniziare a fare uso di sostanze.

Come evidenziato in Tabella 1, se un soggetto presenta dei disturbi comportamentali, che si manifestano, ad esempio, in un comportamento aggressivo precoce, ciò può rappresentare il sintomo della presenza di un fattore di rischio per un futuro uso di sostanze da parte del ragazzo. Tuttavia, spesso, se si interviene su tale disturbo lavorando sui meccanismi di auto-controllo del soggetto (fattore di protezione), aumenta la possibilità che il ragazzo non assuma atteggiamenti e abitudini che possono implicare il consumo di droghe.

Similmente, se il fattore ambientale condizionante "famiglia" agisce sul soggetto esercitando poca, o alcuna, supervisione sul soggetto, questo vedrà aumentato il rischio d'uso. Al contrario, una famiglia in cui il controllo genitoriale è forte, il soggetto sarà maggiormente protetto rispetto all'assunzione di comportamenti d'uso di sostanze.

Analogamente, qualora il gruppo dei pari (fattore condizionante) eserciti una pressione sull'individuo indirizzata all'uso di sostanze, ciò costituirà un fattore di rischio. Tuttavia, se il soggetto viene coinvolto in ambienti e attività che rafforzino le sue capacità di decision making, ad esempio, ciò costituirà un fattore di protezione che lo incentiverà a prendere le distanze da atteggiamenti favorevoli all'uso.

Inoltre, anche la disponibilità di sostanze negli ambienti scolastici può rappresentare un alto fattore di rischio che trova, però, la sua controparte nel fatto che adeguate politiche antidroga possono contribuire a limitare e a porre fine a tale disponibilità, rappresentando, quindi, un fattore di protezione per il soggetto.

E' opportuno, comunque, ricordare che la maggior parte degli individui a rischio d'uso di droghe non inizia sempre a fare uso di droghe, o non sviluppa sempre dipendenza, e che ciò che può costituire un fattore di rischio per un soggetto può non costituirlo per un altro in quanto tale fattore potrebbe essere mitigato o soppresso, nella sua azione negativa, dalla presenza di fattori protettivi come, ad esempio, l'influenza positiva genitoriale. Infatti, persone con uguali fattori di rischio individuali possono avere destini diversi in relazione alla presenza di diversi fattori protettivi familiari e/o ambientali.

La presenza di un'alta concentrazione di fattori di rischio definisce la condizione di "vulnerabilità" all'addiction di un individuo.

Sulla base di queste differenze sarà opportuno e necessario differenziare anche gli interventi che devono essere attivati nei confronti dei vari target adottando interventi di tipo selettivo. L'importante ruolo delle politiche di prevenzione sarà quello di lavorare sulla bilancia dei fattori di rischio e di quelli di protezione per fare in modo che i secondi siano di più e più pesanti dei primi.

Vulnerabilità
all'addiction

Uguali fattori
di rischio,
diversi
destini

Vulnerabilità e
differenziazione
degli interventi



Tabella 1 - Schema indicativo dei principali fattori condizionanti e della loro possibilità di espressione (G. Serpelloni 2006).

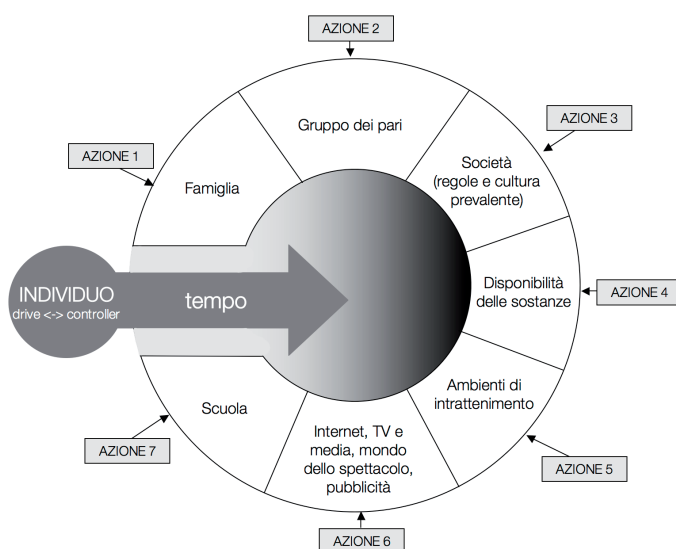
Fattori
condizionanti
il comportamento e
la gamma
delle espressioni

Espressione del fattore in senso di rischio	← FATTORE CONDIZIONANTE IL COMPORTAMENTO →	Espressione del fattore in senso protettivo
Novelty seeker	Temperamento	Harm avoidance
Alta attitudine e alta percezione del rischio	Attitudine al rischio e percezione del rischio	Bassa attitudine e alta percezione del rischio
Scarsa capacità con alta e precoce aggressività espressa	Capacità di autocontrollo (efficacia della corteccia prefrontale) e livello di aggressività comportamentale	Buona capacità con basso livello di aggressività espressa
Timidezza eccessiva, bassa assertività	Modalità relazionali e grado di assertività	Estroversione, alta assertività
Assente o ridotta	Social conformity	Presente
Assente, non vissuta in comunità	Spinta al trascendente, spiritualità, osservanza religiosa	Presente, vissuta in comunità
Deboli e negativi	Legami famigliari di attaccamento	Forti e positivi
Assente o discontinuo e incapace	Controllo genitoriale, supervisione genitoriale dei comportamenti dei figli e delle attività che conducono con i pari	Presente, costante e capace
Assenti, incoerenti o non fatte rispettare	Regole di condotta in famiglia	Presenti, coerenti e fatte rispettare
Presente	Uso di sostanze, abuso alcolico o farmaci non prescritti da parte dei genitori	Assente
Tollerante, di approvazione anche implicita del consumo	Atteggiamento dei genitori nei confronti dell'uso di droghe o abuso alcolico	Non tollerante, di stigmatizzazione del comportamento di consumo (non della persona che usa droghe o con dipendenza)
Alta prevalenza di uso, atteggiamento di accettazione e promozione dell'uso	Uso di sostanze nel gruppo dei pari	Assenza o bassa prevalenza di uso, atteggiamento di non accettazione e stigmatizzazione dell'uso
Assenti e/o orientati a modelli negativi	Atteggiamento del gruppo verso obiettivi di competenza sociale positiva	Presenti e persistenti

Presente e precoce	Attrazione verso l'uso di sostanze stupefacenti	Assente
Presente e precoce	Attrazione verso l'abuso di alcol	Assente
Presente e precoce	Tabagismo	Assente
Assente, insuccessi e non acquisizione di competenze scolastiche, uscita precoce dai circuiti scolastici	Impegno e competenze scolastiche	Presente con successo, acquisizione di competenze e permanenza nei circuiti scolastici
Alta	Disponibilità, accessibilità delle sostanze sul territorio	Bassa
Povertà diffusa, alto grado di disoccupazione, basso livello di scolarizzazione	Condizioni sociali	Povertà ridotta, basso grado di disoccupazione, alto livello di scolarizzazione
Presenza di organizzazioni criminali (es. Mafia, ecc.) e microcriminalità diffusa	Condizioni di legalità sociale	Legalità istituzionale presente e percepita, bassa microcriminalità
Assente o mal funzionante e non nota	Rete dei servizi territoriali per famiglie e giovani	Presente, nota, accessibile e ben organizzata
Tolleranti e normalizzanti il consumo	Politiche e cultura sociale	Antidroga, esplicite e permanenti
Presente e tollerata	Drugs advertising (pubblicità)	Assente e non tollerata
Presente e tollerata	Alcohol advertising (pubblicità)	Assente e non tollerata
Presente e tollerata	Tobacco advertising (pubblicità)	Assente e non tollerata
Presenti, con messaggi promozionali, accessibili e non controllate	Agenzie "educative" virtuali non regolamentate (Internet, TV e altri media, mondo dello spettacolo, ecc.)	Assenti o accessibili sotto controllo e regolamentate
Assente o poco attivo	Controllo e repressione del traffico e dello spaccio	Presente ed attivo

Nel formulare una strategia complessiva di azione, è necessario operare con un framework di lavoro che identifichi e scomponga azioni specifiche, fattibili e sostenibili su ogni fattore condizionante, tenendo conto che alcune condizioni a volte, purtroppo, non possono essere modificate o, comunque, basso o nullo è il grado di influenza che su di esse si può esercitare attraverso qualsivoglia azione. In Figura 3 si evidenziano le azioni che vengono proposte nel presente documento, in quanto elementi di una strategia complessiva di azione, finalizzati ad intervenire sui fattori condizionanti che possono, nel tempo, rafforzare nell'individuo atteggiamenti contro l'uso di sostanze (fattori di protezione).

Figura 3 - Elementi della strategia complessiva di azione per l'intervento sui fattori condizionanti l'uso di sostanze nell'individuo.



Per comprendere meglio i fattori generanti i comportamenti a rischio, le loro relazioni e la loro rilevanza nel determinare e modulare il comportamento futuro del soggetto nei confronti dell'uso di sostanze, è opportuno introdurre un modello interpretativo "integrato" tra neuroscienze, scienze del comportamento e della maturazione, e scienze sociali ed educative. Ciò si giustifica considerando che, oltre ai fattori sociali ed ambientali che possono agire sull'individuo, le sue caratteristiche neuro-psico-comportamentali e la sua evoluzione nel tempo costituiscono un importante punto di partenza per la comprensione dell'azione che i fattori condizionanti possono esercitare sul soggetto.

Oltre a nuovi modelli interpretativi, vi è anche la necessità di uscire dalla logica ideologica che spesso sottende la lettura del fenomeno "uso di droga" e di entrare in una logica di sanità pubblica applicando modelli di comunicazione e informazione che parlino chiaro in merito ai danni, potenziali e reali, derivanti dall'uso di droghe. E' indispensabile uscire definitivamente dalle logiche dell' "uso tollerato o normalizzato" perché nel target adolescente tale messaggio viene recepito ed elaborato come un implicito e consequenziale "permesso all'uso". Inoltre, è auspicabile uscire da logiche politiche che agevolano spesso il finanziamento di progetti ed organizzazioni con il solo scopo di ottenere un forte impatto a livello comunicativo finalizzato alla creazione di consenso elettorale, ma, piuttosto, incentivare programmi evidence based che possano determinare un effettivo impatto positivo sulla salute pubblica.

2. Linee di indirizzo

A. Programmi di prevenzione per le sostanze d'abuso: una rassegna della letteratura

Allo scopo di elaborare delle linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze, si è voluto identificare, attraverso una rassegna della letteratura disponibile, quali fossero gli elementi di comprovata efficacia che possono caratterizzare, e sulla base dei quali, definire dei programmi di prevenzione a livello nazionale. E' importante, infatti, che programmi e azioni di questo tipo siano evidence-based, cioè che si basino su evidenze scientifiche che ne giustifichino, in maniera oggettiva, la ragion d'essere in termini di efficacia, intesa come l'impatto che tali programmi hanno nel prevenire, ritardare o ridurre il consumo di sostanze psicotrope e psicoattive tra la popolazione giovanile.

Sono stati valutati circa 20 articoli, pubblicati su PubMed, relativi a vari programmi di intervento per le sostanze d'abuso. Uno dei primi aspetti che è emerso dalla revisione della letteratura è che non esiste un ampio numero di studi relativamente all'efficacia degli interventi di prevenzione e, soprattutto, sono pochi gli studi che giungono a conclusioni significative circa la loro dimostrata efficacia.

Oltre a questo, un altro aspetto da tenere in considerazione è che per la maggior parte dei programmi osservati si parla di follow up per un massimo di 12 mesi dal termine del programma. Pochi sono, invece, gli studi relativi a periodi di follow up più lunghi.

Infine, non sono stati individuati programmi di prevenzione rivolti solamente a soggetti consumatori di cocaina: tutti i programmi promuovono azioni e misure volte alla prevenzione dall'uso di tutte le sostanze, molto spesso includendo anche alcol e tabacco.

Nonostante queste osservazioni, l'analisi ha evidenziato che alcune azioni di tipo preventivo sembrano avere un concreto effetto sulla riduzione dell'uso di sostanze o sul prolungamento del periodo di non uso tra i giovani. Di seguito si riportano i principali aspetti di alcuni degli studi considerati.

In Islanda, l' "Icelandic model" basato sulla riduzione dei fattori di rischio d'uso di droghe tra la popolazione adolescente (14-16 anni) e sul rafforzamento dei fattori protettivi attraverso la famiglia, la scuola, la comunità, prende vita da una collaborazione tra policy makers, studiosi del comportamento, operatori ed esponenti di comunità (Sigfúsdóttir I.D. et al., 2009). La valutazione dell'efficacia del modello, valutata su oltre 7000 adolescenti, mostra che il numero di coloro che hanno fumato tabacco o assunto sostanze negli ultimi 30 giorni è diminuito gradualmente dal 1997, anno di inizio del programma, al 2007, confermando l'efficacia di interventi basati sul rafforzamento dei fattori protettivi all'interno della famiglia, della scuola e della comunità.

Scarsità di
prove di
efficacia

Icelandic
model

Il programma "Positive Youth Development" (PYD) (Tebes J.K. et al., 2007), Connecticut, enfatizza la promozione di atteggiamenti positivi tra gli adolescenti relativamente al rifiuto dell'uso di droghe. Inserito nel contesto dei programmi del "dopo-scuola", infatti, il PYD si propone di rafforzare le abilità di decision making tra gli adolescenti nel tempo in cui questi non sono a scuola. I risultati mostrano che, rispetto agli adolescenti che non hanno partecipato al programma PYD, coloro che hanno partecipato mostrano opinioni più negative relativamente all'uso di sostanze e, ad un anno dalla conclusione del programma, riportano aumenti nell'uso di alcol e di sostanze illecite più ridotti rispetto ai non partecipanti.

Positive Youth
Development

Un'analisi dei dati di follow up ottenuti dal progetto "Towards No Drug Use", California, dopo 5 anni dal termine del progetto (Sun W. Et al., 2006), ha evidenziato che tra i 1578 soggetti coinvolti nel progetto il consumo di droga negli ultimi 30 giorni era diminuito nel 46% dei casi. Ciò ha dimostrato l'efficacia nel lungo periodo degli effetti di tipo comportamentale che si possono ottenere attraverso azioni basate sul rafforzamento delle abilità sociali e di quelle di decision making.

Towards
No Drug Use

Similmente, l'European Drug Abuse Prevention Trial (Eu-Dap), un programma di prevenzione dall'uso di tabacco, alcol e droghe, svolto all'interno delle scuole e basato su un approccio di social-influence (Faggiano F. et al., 2008), si è mostrato efficace nel prevenire che gli adolescenti non fumatori iniziassero a fare uso di tabacco e che i fumatori occasionali iniziassero a fumare quotidianamente. Tuttavia, tale programma non è risultato efficace nel ridurre il numero di soggetti fumatori.

Eu-Dap

L'analisi elaborata da Gates S. e colleghi (2006) su 25 interventi per la prevenzione dall'uso di droghe tra i giovani in ambienti extra-scolastici ha evidenziato che mancano prove di efficacia relative a questo tipo di interventi. Uno dei problemi principali per poter definire una reale efficacia di questi programmi è l'elevato numero di soggetti che vengono persi durante il follow up, impedendo, quindi, di giungere a risultati significativi. La meta-analisi condotta ha evidenziato che 4 sono i principali tipi di intervento che generalmente vengono adottati quando si implementano programmi di prevenzione: motivazionale, basato sul rafforzamento delle abilità sociali e decisionali, rivolto alle famiglie e rivolto alla comunità. Tuttavia, solo i programmi basati sui fattori motivazionali e quelli che coinvolgono le famiglie mostrano effetti positivi nella prevenzione dall'uso di sostanze, soprattutto dall'uso di cannabis. Le altre tipologie di intervento, invece, non mostrano particolari differenze nei risultati rispetto ai gruppi di controllo.

Meta-analisi

Conclusioni simili vengono riportate anche da Skara S. (2003) nella meta-analisi eseguita su oltre 20 programmi di intervento rivolti agli adolescenti per la prevenzione dall'uso di tabacco e di droghe. L'efficacia dei programmi di social-influence nel prevenire o ridurre l'uso di sostanze fino a 15 anni dopo il termine del programma, non può essere confermata perché troppo pochi sono i dati di efficacia riportati.

Risulta evidente che è necessario approfondire ulteriormente la ricerca per determinare l'efficacia dei programmi di prevenzione. Infatti, se guardando al singolo programma sembra che tutte le azioni di prevenzione possano portare a risultati significativi, il confronto tra più programmi sembra non avvalorare tali conclusioni. Inoltre, uno degli aspetti che raramente viene trattato nella descrizione degli outcome è quello economico, ovvero il rapporto costo-efficacia che caratterizza ciascun intervento, impedendo, quindi, un'ulteriore valutazione su come organizzare e gestire al meglio questi programmi.

Osservazioni

Uno studio promosso dal Federal Centre for Health Education di Colonia, Germania, e riportato dall'EMCDDA (2008) ha preso in considerazione circa 50

Elementi di
efficacia



articoli tra reviews e meta-analisi relativi alle misure di prevenzione dall'uso di sostanze. Sulla base del confronto condotto, si sono evidenziati i seguenti aspetti che vengono raccomandati come elementi efficaci nei programmi di prevenzione dall'uso di sostanze:

- nell'ambiente familiare, offrire misure “comprehensive” che combinino percorsi di training per i genitori, per i giovani e per tutta la famiglia;
- in ambito scolastico, realizzare programmi interattivi di social-influence e di rafforzamento delle life skills;
- in ambito scolastico, evitare sessioni informative estemporanee, iniziative educativo-emozionali isolate e altre misure non interattive;
- utilizzare campagne mediatiche a supporto di altre misure di prevenzione, mantenendo linearità e coerenza di messaggi.

Tali elementi dovranno essere opportunamente tenuti in considerazione e riproposti nell'elaborazione delle linee di indirizzo nazionali per le attività di prevenzione.

B. Interventi di prevenzione a tre livelli

Le linee di indirizzo che vengono qui presentate per la realizzazione di interventi di prevenzione, fanno riferimento ad un concetto di prevenzione che segue le definizioni generalmente accettate dalle più autorevoli organizzazioni internazionali (UNODC, NIDA, WHO). In particolare, si assume una differenziazione dei livelli di prevenzione basata sulle diverse caratteristiche della popolazione a cui è diretto l'intervento. Questo concetto è fondamentale e permette di distinguere tre livelli di intervento: prevenzione universale, prevenzione selettiva e prevenzione indicata, secondo le definizioni di seguito riportate.

La **prevenzione universale** si rivolge alla totalità della popolazione; è orientata principalmente verso aspetti preventivi generali attraverso raccomandazioni di base, tese a comunicare i rischi e i pericoli legati all'uso di droghe, alcol e tabacco e al possibile sviluppo della dipendenza. Appoggia, favorisce e struttura interventi orientati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute, rivolti a tutta la popolazione.

Prevenzione
universale

La **prevenzione selettiva** è rivolta a gruppi considerati “vulnerabili” o in contesti a rischio, cioè ha come target gruppi o fasce della popolazione in cui sono prevalenti dei fattori di rischio connessi al consumo di sostanze (ad es. persone con disturbi comportamentali, figli di genitori tossicodipendenti, giovani che presentano particolare aggressività, iperattività, disattenzione, deficit cognitivi, eventi stressanti). Queste persone presentano un rischio specifico di malattia superiore alla media, legato alla presenza di fattori individuali e/o ambientali quali, per esempio, la presenza di un temperamento “novelty seeking” o il fatto di vivere o frequentare ambienti dove l'offerta di droga è alta o dove si faccia uso di sostanze. L'identificazione di questi soggetti consente di elaborare in anticipo degli interventi educativi e terapeutici adeguati. La prevenzione selettiva, quindi, sviluppa interventi che aiutano a superare lo stato di crisi, integrando, però, in modo mirato, essenziale ed efficace, le attività di prevenzione universale.

Prevenzione
selettiva

L'identificazione del target group è molto importante nel caso delle strategie di “prevenzione selettiva” dove l'intervento si focalizza prioritariamente su specifici target in cui si concentrano i fattori di rischio o i gruppi a rischio. Pertanto, occorre focalizzare l'attenzione sui seguenti fattori:

Selezionare i
contesti e
i gruppi
a rischio

- Fattori contestuali: selezionare luoghi in cui vi è alto consumo di sostanze illegali e alcol (i luoghi del divertimento notturno, bar, discoteche ma anche aree di edilizia residenziale ad alta marginalità o palestre note per utilizzo di sostanze dopanti e 'integratori'), contesti in cui vi è facilità di accesso e disponibilità di sostanze illegali (alcune piazze o quartieri), scarso senso di attaccamento alla comunità, quartieri o aree di edilizia residenziale ad alta densità di devianza e spaccio di sostanze, presenza di minori segnalati all'autorità giudiziaria, presenza di norme a livello di comunità propense a forme di violenza, quartieri caratterizzati da forte mobilità e flussi migratori/immigratori.
- Fattori di rischio familiare: come scarsa presenza di una figura adulta di riferimento, mancanza di supervisione e autorevolezza degli adulti o inconsistenza delle regole, tolleranza nei confronti del consumo di droghe lecite e illecite.
- Fattori di rischio in contesti scolastici: istituti scolastici in cui si concentrano ragazzi con precedenti o attuali problemi di fallimento scolastico o scarse performance.
- Fattori di rischio individuali tra cui: frequentare pari con problemi di consumo, forte propensione al rischio, praticare sport agonistici, iniziazione precoce al consumo, atteggiamento favorevole all'assunzione di sostanze, drop out scolastico o insuccesso.

La **prevenzione indicata**, infine, si rivolge e sviluppa il suo intervento a favore di persone ad alto rischio di malattia, che hanno già sperimentato sostanze psicotrope e stupefacenti e che evidenziano, quindi, problemi connessi all'adozione di tale comportamento. Essa può articolarsi su vari livelli con interventi di profilassi, di contenimento dei danni, di prevenzione delle ricadute e di aiuto all'integrazione e al reinserimento sociale per coloro che hanno vissuto l'esperienza della tossicodipendenza.

Prevenzione
indicata

Nella letteratura vi sono diverse evidenze a favore di programmi di prevenzione "comprehensive", in grado cioè di prevedere diverse metodologie di intervento rivolte a diversi target in modo tale che i messaggi indirizzati ai giovani risultino essere più coerenti e rafforzati dal fatto di pervenire da diverse fonti e agenzie educative (scuola, famiglie, associazionismo giovanile, campagne dei media a livello locale, ecc.)

Approcci
multicomponenti

Tipicamente questo approccio nei setting scolastici include diverse componenti nell'intervento tra cui: lezioni in classe, inserimento di interventi antidroga nelle politiche scolastiche, coinvolgimento dei familiari e interazione con la comunità locale per la promozione delle politiche antidroga.

Occorrerebbe rafforzare strategie di sviluppo di comunità (programmi di prevenzione community based) e attivare un network con il settore dell'istruzione, il mercato del lavoro, con le parti sociali e gli organismi del terzo settore attivi nella comunità (associazioni industriali e di categoria, associazioni di rappresentanza dei lavoratori, associazionismo giovanile, diocesi, ecc.). Un ingrediente di successo è costituito dalla capacità di utilizzare network esistenti e legami tra le organizzazioni della comunità sia governative che del privato sociale.

L'approccio
community
based: lavorare
con la comunità
locale

Le partnership a livello di comunità possono essere efficaci nel suscitare i cambiamenti sia a livello di sistema che di comportamenti dei singoli individui. La mobilitazione delle comunità deve avere influenza sull'innalzamento del livello di consapevolezza rispetto a problematiche connesse all'uso di droghe, alla dipendenza che ne può derivare e alla necessità di ridurre il consumo di alcol, tabacco e altre droghe, agendo contemporaneamente sulla percezione che la popolazione ha delle norme contro l'uso e la diffusione di sostanze.

Anche se si interviene all'interno di un ambito ristretto (es. scuola), l'azione promossa deve favorire il cambiamento dei modelli educativi e dei programmi



formativi piuttosto che il solo comportamento dei singoli nel gruppo classe, che resta comunque l'obiettivo finale dell'intervento.

Interventi di comunità volti a modificare politiche e pratiche per ridurre l'offerta e la disponibilità delle sostanze d'abuso, ed in particolare dell'alcol piuttosto che approcci mirati ai soli cambiamenti individuali, ottengono risultati migliori relativamente alla diffusione dell'uso di sostanze.

Un atteggiamento negativo in relazione alla cura della propria salute e del corretto utilizzo dei farmaci possono influenzare il consumo sia di sostanze lecite sia di sostanze illecite. La pediatria territoriale, come pure i Dipartimenti prevenzione delle ASL, possono offrire un valido contributo per sostenere modelli educativi basati su stili di vita salutari e ridurre l'abuso di sostanze o il consumo di farmaci non appropriato. Stili educativi propensi all'utilizzo di farmaci per problemi minori (raffreddamenti, stanchezza, influenze, dolori mestruali, mal di testa) possono offrire modelli comportamentali negativi che si riflettono sul consumo anche di altre sostanze e ridurre la fiducia dell'individuo nella capacità di far fronte, con le proprie forze e capacità, a situazioni di stress psicofisico.

Prevenzione e
modelli di cura
della salute

Non serve sempre parlare esplicitamente di cocaina o di altre sostanze illecite per fare prevenzione delle dipendenze. Tutte le componenti della prevenzione "universale" delle dipendenze, dalle life skills, alla capacità di far fronte alla pressione sociale, possono essere sviluppate a partire da interventi che inizialmente riguardano i contenuti informativi dell'educazione alimentare e gli acquisti a questa connessi. Ad esempio nella prima infanzia (4-10 anni) i contenuti informativi dei progetti di prevenzione dovrebbero riguardare la corretta alimentazione. In seguito, occorrerebbe concentrarsi sul consumo di alcol e tabacco e, quindi, sull'uso di sostanze illecite.

Percorso
preventivo
educativo
precoce

Tabella 2 - Elementi per un percorso preventivo educativo precoce.

Fasi del percorso educativo	Specifiche
1. Cura del proprio corpo	E' necessario, in primis, far acquisire abitudini igieniche e di cura del proprio corpo fin dai primi anni di vita, insegnando e controllando l'applicazione dell'igiene dentaria e della lavatura delle mani prima e dopo i pasti, prima e dopo l'uso dei servizi igienici e del proprio corpo. Va insegnato a non sottovalutare e a disinfettare accuratamente eventuali ferite e/o traumi; altrettanto importanti sono la cura del proprio aspetto e del modo di porsi.
2. Corretta alimentazione	Occorre educare il bambino a conoscere gli alimenti e a comprendere che è necessario saper scegliere la giusta nutrizione. E' necessario evitare di associare l'idea di 'buono e goloso' ad abitudini dannose o a consumi di prodotti preconfezionati e scarsamente salutari (es: merendine, dolci e snack, soprattutto se consumati mentre si guarda la TV, ecc.). La ricerca di un adeguato stile di vita e di alimentazione non va veicolata dalla paura di ingrassare ma dalla ricerca di esperienze piacevoli. Va sviluppata la capacità di scelta dei prodotti e le conoscenze dei bisogni dell'organismo.
3. Esclusione dell'uso di alcol e tabacco	Prima di tutto dandone esempio, va trasmesso al bambino il chiaro messaggio che l'uso di alcol e tabacco è nocivo per la salute. Soprattutto per l'alcol, va fatto comprendere che, proprio per ragioni biologiche (assenza nei più giovani dell'enzima che metabolizza l'alcol nel corpo – alcol deidrogenasi), l'alcol è completamente da evitare per lo meno fino all'età di 21 anni.
4. Esclusione dell'uso di droghe e di farmaci non prescritti	Prima di tutto dandone esempio, va trasmesso al bambino il chiaro messaggio che l'uso di droghe e farmaci non prescritti è nocivo per la salute. Soprattutto per le droghe, va fatto comprendere che qualsiasi tipo di droga è nociva per il nostro cervello ed è in grado di compromettere il regolare sviluppo del cervello e di alterare la personalità, il modo di sentire, il modo di essere, il modo di comprendere la realtà delle persone che le usano. Va soprattutto posta molta attenzione alle domande che i bambini pongono in merito a questi argomenti, fornendo loro risposte esaustive e rassicuranti ma sempre molto esplicite relativamente alla necessità e all'opportunità di non utilizzare mai alcun tipo di droga.



C. Prevenzione e agenzie educative

Facendo riferimento al concetto di educazione permanente, chi realizza il processo di formazione ed educazione sono le tre principali agenzie educative: famiglia, scuola e comunità.

Agenzie
educative

La famiglia è una cellula che opera attivamente nell'ambito del sistema socio-istituzionale, elargendo una nutrita progressione di funzioni ed avviando sinergie che generano effetti positivi, sia a livello pubblico che privato. Essa, infatti, provvede sostanzialmente a funzioni interne, erogate a favore dei componenti del nucleo familiare, ed a funzioni esterne, orientate verso la collettività. La famiglia è, ancora oggi, un potente ammortizzatore sociale, perché agisce da sistema di protezione dei propri componenti, nei passaggi da una fase all'altra del ciclo di vita. Inoltre, essa costituisce una risorsa fondamentale per la comunità stessa, nella misura in cui riesce ad attivare, al proprio interno, una solidarietà intergenerazionale favorendo l'inclusione di soggetti e gruppi a rischio di esclusione. Essa rappresenta il luogo della crescita, della solidarietà disinteressata e della prima socializzazione, in cui si instaurano i legami tra le generazioni.

Famiglia

La scuola, come luogo di educazione integrale, ha un ruolo significativo nella formazione della personalità delle nuove generazioni: ha il compito di valorizzare e stimolare, fin dai primi anni di vita, le capacità affettive, operative, cognitive, estetiche, sociali, morali e religiose dell'individuo, affinché possano, col tempo, tradursi in reali competenze, che ognuno sia in grado consapevolmente di mettere a frutto nelle diverse situazioni della vita. Inoltre, essa si pone come luogo d'incontro, di ascolto, di comunicazione, affinché i giovani discenti possano acquisire e sperimentare valori. Famiglia e scuola ricoprono, quindi, il ruolo centrale di agenzie di socializzazione e di mediazione fra bisogni, problemi, risorse e rischi in età evolutiva.

Scuola

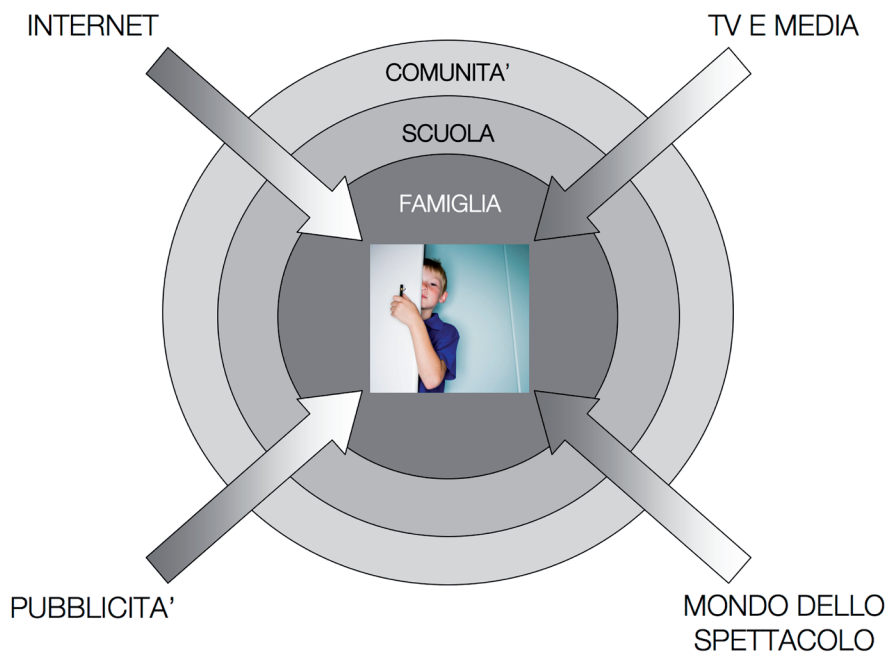
Nella promozione di azioni e misure di prevenzione rivolte ai giovani, il coinvolgimento delle agenzie educative tradizionali e di quelle nuove risulta essenziale. E' necessario, infatti, coinvolgerle il più possibile pur tenendo conto delle loro peculiarità, sia in termini di messaggi che possono trasmettere sia di modalità di trasmissione dei messaggi stessi. Il loro coinvolgimento costituirà un importante strumento attraverso cui raggiungere i giovani e trasmettere loro l'idea di astenersi dall'uso di droghe.

Coinvolgimento
delle agenzie
educative

Pur non costituendo la totalità dei canali attraverso cui è importante agire in termini preventivi (come si vedrà in seguito, molto importante è anche il ruolo degli operatori sanitari, delle Forze dell'Ordine, delle Amministrazioni locali, ecc.), le agenzie educative rappresentano, comunque, vie preferenziali per influenzare l'assunzione di atteggiamenti positivi e di diniego all'uso di sostanze da parte dei giovani.

Pertanto, la strategia generale prevede di agire su due fronti. Da un lato, attirando e sostenendo interventi a favore delle agenzie tradizionali (programmi specifici per la famiglia, programmi per educatori e studenti, interventi "community based", ecc.). Dall'altro, predisponendo interventi regolamentatori e di controllo dei canali delle agenzie "virtuali" per veicolare attraverso di esse contro-messaggi positivi relativamente al consumo di sostanze.

Figura 4 - Agenzie educative tradizionali e le nuove agenzie educative "virtuali".



Le presenti linee di indirizzo si articolano in proposte di intervento che possono essere di tipo universale, selettivo o indicato. Per ciascuna azione, infatti, è possibile indicare a quale target questa si riferisca e con quali modalità di intervento si possa agire. A tal proposito, è opportuno evidenziare che le politiche di prevenzione sui minori, così come proposte in questa sede, devono tenere in considerazione ed articolarsi in azioni concrete prioritarie, identificate in base al rapporto di efficacia attesa/sostenibilità, in relazione anche ad una serie di elementi caratterizzanti, indicati in Tabella 3.

Tabella 3 - Principali elementi caratterizzanti le politiche di prevenzione.

Elementi	Livello di intervento
1. Esplicitazione sociale e mediatica permanente contro l'uso di tutte le droghe, l'abuso alcolico e l'uso di tabacco.	Prevenzione universale
2. Informazione e comunicazione precoce ai minori e alle famiglie.	Prevenzione selettiva
3. Allerta genitoriale e diagnosi precoce.	Prevenzione indicata
4. Supporti concreti alle famiglie ed agli educatori (scuole con servizi dedicati).	Prevenzione selettiva
5. Interventi peer to peer (educazione tra pari).	Prevenzione selettiva
6. Informazioni e controlli sulla condotta dei mezzi di trasporto.	Prevenzione universale
7. Controllo del traffico e del micro-spaccio.	Prevenzione indicata

Figura 5 - Principali elementi costituenti le politiche di prevenzione rivolte ai minori.

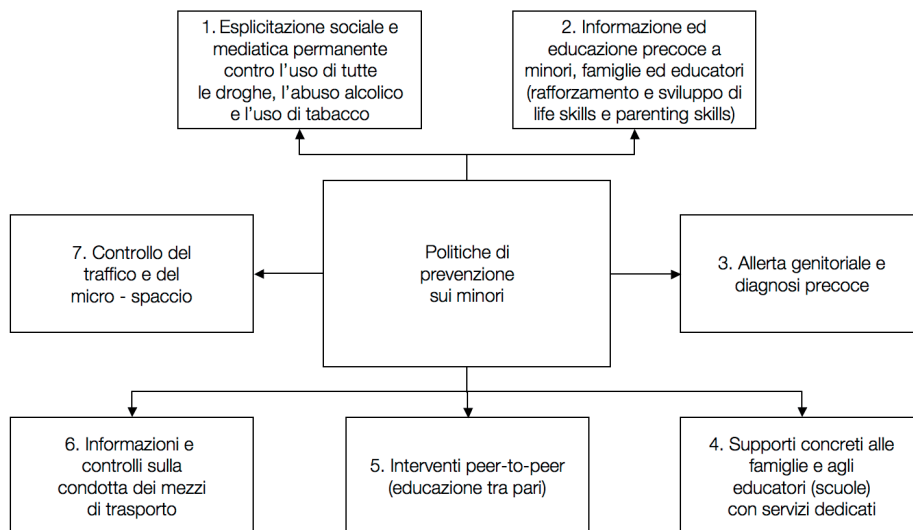


Tabella 4 - Principali elementi costituenti le politiche di prevenzione sui minori e loro specifiche.

Elementi	Specifiche
1. Esplicitazione sociale e mediatica permanente contro l'uso di tutte le droghe, l'abuso alcolico e l'uso di tabacco	Si intende un tipico intervento di comunità che basa le sue azioni sulla necessità di esplicitare permanentemente e chiaramente, attraverso interventi di advertising statica e dinamica, l'idea che le istituzioni, gli opinion leader, le Amministrazioni competenti (centrali, regionali, locali), il mondo dello spettacolo, il mondo della scienza, ecc. non condividono l'uso di alcuna droga, né l'abuso alcolico né l'uso di tabacco. Tutto questo andrà reso esplicitamente manifesto con messaggi indirizzati ai giovani minorenni che si devono sentire particolarmente al centro dell'attenzione e valorizzati nel loro potenziale sociale in quanto persone destinate ad essere protagonisti del presente e del futuro della società in cui vivono.
2. Informazione e comunicazione precoce ai minori e alle famiglie (life skill education)	Va assicurata una buona accessibilità alle informazioni di prevenzione relative ai danni che le droghe possono provocare, alla necessità di non utilizzare alcun tipo di droga e, soprattutto per i famigliari, ai modelli educativi di base più efficaci in relazione alle problematiche comportamentali legate al rischio droga, alcol e tabacco. La caratteristica principale di queste informazioni è la precocità intesa come l'utilizzo e la fruibilità delle informazioni stesse già nella fascia d'età 6 – 12 anni. Per fare questo, oltre ai consueti ambiti di intervento (Scuole, Comuni, Aziende sanitarie, ecc.), sono da valorizzare le opportunità offerte da Internet che permette di rendere disponibili, ad un grandissimo numero di utenti, materiali informativi facilmente aggiornabili. E' anche opportuno attivare programmi di life skills education per potenziare nei giovani le abilità generali legate ai temi della salute e del benessere, accrescendo il ruolo attivo degli individui nella promozione della salute e della prevenzione e favorendo in questi l'adozione di comportamenti finalizzati alla protezione di se stessi e alla promozione di buone relazioni sociali. Aumentando, quindi, nei soggetti la capacità di gestione delle sfide quotidiane, favorendo un maggior senso di controllo personale e fornendo informazioni sulle sostanze, aumenta la possibilità che si riduca in loro la motivazione ad utilizzare droghe, che si riducano la vulnerabilità e la suscettibilità alla pressione esterna e che diminuisca, così, il ricorso alle droghe.
3. Allerta genitoriale e diagnosi precoce	Allertare i genitori inconsapevoli del fatto che i loro figli utilizzano droghe, abusano di alcol o sono affetti da tabagismo è una responsabilità che deve essere condivisa da tutto il mondo degli adulti. Questi ultimi, infatti, non possono in alcun modo sottovalutare il problema di un minorenne assuntore esponendolo a dei rischi estremamente gravi relativi alle possibili conseguenze di incrementata mortalità o di invalidità (temporanea o permanente). Benché appaia come un comportamento non usuale e spesso contestato, il comunicare ai genitori ignari la possibilità che il proprio figlio sia a "rischio droga" dovrebbe entrare nelle consuetudini sociali come atto di civiltà e responsabilità condivisa, intendendo questa opzione come una forma di mutuo aiuto tra adulti e abbandonando una volta per tutte l'errata percezione che questo tipo di comunicazione possa essere considerata una delazione. Nessuno si stupirebbe se un genitore avvisasse un altro genitore qualora venisse a conoscenza del fatto che il figlio di quest'ultimo potesse essere a rischio di una malattia grave, con possibili rischi di morte, o di grave invalidità. Non si comprende perché questo non possa accadere nel caso dell'uso di droga. Accanto a questo, si propone di anticipare il più possibile la verifica dell'uso di sostanze da parte dei minorenni come strategia vincente per ridurre il tempo di esposizione del cervello agli effetti dannosi delle droghe e dell'alcol. Inoltre, si raccomanda di iniziare precocemente eventuali interventi in un momento di ancora bassa refrattarietà al cambiamento comportamentale. Tutto questo al fine di ridurre il numero di persone che accedono ai servizi di cura tardivamente, con forme di tossicodipendenza già consolidate, e che necessariamente avranno bisogno anche di terapie farmacologiche che, se non ben gestite, potrebbero causare una cronicizzazione della condizione patologica.

**4. Supporti concreti alle famiglie ed agli educatori (scuole) con servizi dedicati**

La programmazione di supporti concreti alle famiglie ed agli educatori si esplicita nell'apertura di servizi specifici orientati a fornire indicazioni pratiche alle famiglie o agli educatori in contatto con minorenni problematici. Queste offerte dovrebbero essere conosciute e facilmente accessibili per poter essere di supporto alla famiglia e agli educatori fin dal primo momento in cui sorgano dubbi sul consumo di sostanze da parte del giovane. Strumenti efficaci e sostenibili per il primo contatto si sono dimostrati le help-line telefoniche e i portali Internet dedicati, oltre all'istituzione – nelle sedi territoriali dei servizi socio-sanitari - di spazi con orari ed operatori specificatamente dedicati a questa funzione di accoglienza e di sostegno. In tal senso va considerato il concreto apporto che possono fornire anche le Associazioni dei famigliari e le organizzazioni No Profit, da tempo impegnate nella prevenzione e nello sviluppo di corretti stili di vita.

5. Interventi peer to peer (educazione tra pari)

Risulta strategico coinvolgere gli stessi giovani con caratteristiche di leadership positiva per attivare interventi preventivi nella popolazione giovanile. Questa metodologia risulta efficace e fattibile soprattutto all'interno di aggregazioni stabili e quando i giovani "peer educator" vengono ben supportati ed orientati da operatori professionali. Questo intervento può essere molto utile per l'acquisizione e il rafforzamento di life skills.

6. Informazioni e controlli sulla condotta dei mezzi di trasporto

Le persone minorenni possono guidare ciclomotori e moto. Di conseguenza, sia per il conseguimento del patentino o della patente, sia durante la guida di quegli stessi veicoli, vi è la possibilità di esercitare controlli in relazione agli artt. 186 e 187 del C.d.S. La funzione principale non è tanto quella di identificare e "punire" le persone ma di esercitare un deterrente che, unito ad un buon intervento informativo/educativo, potrebbe ridurre l'incidentalità stradale correlata alla guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti.

7. Controllo del traffico e del micro-spaccio

Oltre alle normali forme di controllo e repressione eseguite dalle Forze dell'Ordine, va presa in considerazione anche l'utilità di sviluppare nuove forme di controllo e di deterrenza, soprattutto del micro-spaccio, cioè del coinvolgimento sempre più diffuso di quella nuova tendenza che vede sempre più ruolizzati i ragazzi minorenni nella piccola compravendita di dosi di droga. Questo fenomeno necessita di una maggior attenzione e di una più tempestiva segnalazione alle Forze dell'Ordine ma soprattutto di un coinvolgimento del mondo degli adulti (genitori ed insegnanti in particolare) che dovrebbero, anche in collaborazione con i propri figli, riuscire ad esplicitare una vigilanza maggiore sugli ambienti sotto la loro sorveglianza (controllo sociale) in modo che questi fenomeni vengano individuati, contenuti e frenati ancora prima di dover ricorrere, come ultima ratio, alle Forze dell'Ordine. Tutto questo si rende fattibile attraverso la creazione di un ambiente esplicitamente ostile al traffico e al micro-spaccio di droga, che a volte, purtroppo, vengono tollerati e, quindi, "normalizzati" nei rituali sociali dei giovani presso alcune scuole o ambienti di intrattenimento.

Dall'esame delle strategie adottate dai principali Stati sia in Europa sia a livello internazionale, e considerati i recenti bisogni emersi nel nostro Paese in tema di prevenzione, vengono di seguito proposti i 10 punti che costituiscono i principi base per la strutturazione delle future attività di prevenzione e di identificazione precoce dell'uso di sostanze tra i giovani.

2.1 Informazione e comunicazione coerente (advertising statica e dinamica)

A. Campagne permanenti e criteri

E' necessario implementare campagne di informazione **permanenti** a programmazione perlomeno triennale (e non saltuarie od occasionali) con una diffusione periodica delle informazioni di base che coinvolga soprattutto le scuole, i luoghi di aggregazione (parrocchie, società sportive, ecc.), i luoghi di intrattenimento e le strutture sanitarie territoriali (es. ambulatori, farmacie, ecc.), coinvolgendo anche le Associazioni familiari accreditate per la loro competenza ed esperienza nel campo. Le modalità comunicative e i contenuti delle campagne informative dovrebbero basarsi su alcuni principali assunti di base, e svilupparsi in modo coerente con i piani di azione previsti e realizzati a livello nazionale. Solo in questo modo, infatti, contenuti informativi e azioni preventive possono rinforzare a vicenda la propria ricaduta sui diversi target di popolazione di volta in volta individuati.

Va evidenziato che la maggior parte degli adolescenti non usa droghe e, nella fattispecie, non consuma cocaina. Pertanto, l'idea che è opportuno trasmettere è che "non sei un pazzo se non la usi! Anzi, se non la usi fai parte della maggioranza intelligente!" E' necessario, infatti, agire anche nella direzione del rafforzamento dei comportamenti positivi e della valorizzazione di quelle condotte che molti giovani già adottano non solo in termini di mancato uso di sostanze ma anche di coinvolgimento personale in attività creative, sportive e intellettuali che oltre ad accrescere le loro capacità di performance sociali e relazionali, costituiscono dei forti deterrenti all'adozione di stili di vita compromessi dal consumo di droga.

Comportamento
prevalente:
non uso di
sostanze

E' opportuno inserire nei messaggi informativi l'idea che assumendo sostanze psicoattive si incorre in vari danni di tipo cellulare e funzionale che coinvolgono i meccanismi di funzionamento psichico e cerebrale, anche quando il consumo di droga è sporadico. Attualmente, tali danni sono dimostrabili e talvolta si mostrano particolarmente gravi fin dal primo utilizzo, soprattutto nelle persone giovani o giovanissime.

Danni
neuropsichici

Inoltre, è necessario ribadire che utilizzare droghe è un "disvalore", un comportamento da biasimare e svalutare, che non gode, né deve godere, di alcuna "tolleranza né complicità sociale" perché mette a rischio la propria salute nonché la sicurezza e l'integrità di altre persone. Acquistare droga, e quindi anche comprare cocaina, significa finanziare la criminalità, la mafia, il traffico d'armi ed essere quindi corresponsabili diretti di violenze, omicidi e molti altri reati gravissimi.

Uso di droghe
come disvalore

Va evidenziato che acquistare droga significa anche permettere che le organizzazioni criminali vivano e crescano esercitando reati, violenze e ricatti alle persone, prevaricando e calpestando i diritti inviolabili di ciascun essere umano. Ogni dose acquistata rende più forti queste organizzazioni e coloro che acquistano droga diventano, di conseguenza, "azionisti morali" e corresponsabili delle organizzazioni criminali stesse e delle violenze da esse perpetrate. Questo messaggio andrebbe comunicato chiaramente e permanentemente.

Acquistare droga:
aiuto e supporto
alle organizzazioni
criminali

I messaggi lanciati dai media costituiscono spesso uno stimolo all'utilizzo di sostanze, soprattutto di alcol: ad esempio, spot e manifesti pubblicitari associano frequentemente il consumo di sostanze alcoliche ad una vita ricca di successi e/o di divertimento. Se da un lato queste forme pubblicitarie perseguono chiari scopi commerciali, dall'altro possono rappresentare un incentivo al consumo di sostan-

No ad immagini
promozionali



ze comunque dannose per l'organismo, soprattutto nei giovani che vedono nelle immagini e nei messaggi proposti dei modelli di vita da imitare.

Alla luce di questo, nelle campagne pubblicitarie, e soprattutto in quelle realizzate nelle discoteche e nei locali di intrattenimento, cioè nelle campagne dove si promuovono prodotti e/o servizi per i giovani, sono da evitare a maggior ragione immagini di persone che assumono sostanze, in particolare droghe, oltremodo se associate a situazioni di svago o di divertimento, immagini di sostanze e/o di ambienti di assunzione. Queste, infatti, potrebbero essere promozionali e incentivare al consumo di droga soprattutto quei soggetti che risultano più vulnerabili e più propensi alla "sperimentazione" in senso lato.

Un ulteriore messaggio che è necessario veicolare è che usare droghe è illegale ed espone a gravi conseguenze giuridiche tra cui l'impossibilità di acquisire o mantenere il documento di guida sia di motorini, sia di moto e auto. Oltre a questo, il venire identificati e segnalati dalle Forze dell'Ordine può compromettere la propria credibilità sociale e la stima e la fiducia da parte degli altri.

Uso illecito
e credibilità

Un'importante serie di informazioni che deve essere veicolata alla popolazione deve riguardare sempre le indicazioni di orientamento ai servizi di prevenzione e di cura, dove le famiglie o le persone con problemi droga correlati possono trovare accoglienza e risposta ai loro problemi. Per questa finalità è necessario attivare opportune forme permanenti di pubblicizzazione su rubriche telefoniche, centralini delle pubbliche amministrazioni, quotidiani locali, farmacie, medici di medicina generale e pediatri, ma anche luoghi di aggregazione e scuole.

Indicazioni di
orientamento
ai servizi

Secondo studi condotti dall'EMCDDA, è importante che le campagne informative siano corredate da immagini emotivamente forti ed impattanti, che sappiano catturare l'attenzione del target e che se ne mantenga a lungo il ricordo. Inoltre, è essenziale che i messaggi vengano trasmessi con serietà, evitando umorismi e battute di sorta che possono far recepire il messaggio come meno importante o serio rispetto al suo significato originale. Per questa ragione, inoltre, sono da evitare anche affermazioni, slogan e dichiarazioni che siano ambigue, vaghe o che, comunque, non siano chiare o che possano lasciare spazio ad interpretazioni fuorvianti e non in linea con i messaggi che si desidera trasmettere. Infine, da vari studi è emerso anche che i messaggi delle campagne non devono mettere i soggetti destinatari nelle condizioni di scegliere, non devono proporre un'opzione ma, al contrario, devono trasmettere un messaggio univoco, in maniera chiara e ferma contro l'utilizzo di tutte le sostanze stupefacenti e l'abuso di alcol.

Caratteristiche
dei messaggi

B. I target

I target delle campagne informative devono essere molteplici e ben definiti. Vanno individuati come soggetti destinatari dell'informazione: i giovani, i genitori, gli educatori/insegnanti e ogni altra sottopopolazione di interesse specifico. Pertanto, anche i messaggi da indirizzare a costoro dovranno essere specifici e distinti. I materiali informativi possono essere tratti dal portale informativo del Governo dedicato a genitori ed educatori (vedi punto 2.4).

Inoltre, per quanto riguarda i giovani è necessario privilegiare azioni di prevenzione selettiva e indirizzata verso gruppi a più alto rischio. Nell'impostare campagne di prevenzione, infine, è opportuno tenere in debito conto le differenze di genere (assai rilevanti nel periodo adolescenziale e ampiamente descritte in letteratura), oltre che le differenti appartenenze culturali e linguistiche (specie nei territori caratterizzati da forte presenza di cittadini stranieri).

Distinti target,
distinti messaggi

Quando si parla di espressione di atteggiamenti a rischio o di comportamenti preventivi, i giovani non sono tutti uguali e reagiscono in maniera differente ai medesimi stimoli informativi. I gruppi di adolescenti più vulnerabili, minoritari rispetto al totale della popolazione giovanile, sono meno permeabili a messaggi informativi che evocano i rischi o i danni derivanti dall'uso di sostanze. Tuttavia, la maggior parte degli adolescenti è sensibile a questi messaggi, soprattutto se essi sono associati a "consigli" e ad indicazioni di buone prassi e se mantengono un registro comunicativo molto chiaro, che espliciti che l'uso di droghe è illecito, è pericoloso ed è da evitare. La differenziazione dei messaggi, quindi, è indispensabile e dovrà necessariamente essere accompagnata anche dalla differenziazione dei canali di comunicazione e degli ambienti di fruizione dei contenuti informativi. In questo senso, sono da sfruttare le opportunità di comunicazione offerte da Internet.

Vulnerabilità ai
messaggi

I segnali e le situazioni di rischio che caratterizzano le ragazze sono generalmente diversi rispetto a quelli dei ragazzi. Anche se esse risultano meno vulnerabili all'abuso e alla dipendenza da sostanze, con prevalenze inferiori rispetto ai maschi, le femmine che assumono sostanze divengono dipendenti più rapidamente e subiscono gli effetti correlati all'uso di sostanze prima dei giovani maschi. In particolare, le donne che abusano di sostanze risultano più esposte rispetto ai maschi ai danni fisici (come epatopatie, disturbi cardiovascolari e danni cerebrali) che si verificano nelle femmine più velocemente e in presenza di livelli di consumo di sostanze inferiori che nei maschi. Le femmine sembrano più suscettibili dei maschi anche in termini di danni cerebrali, e in particolare le adolescenti mostrano anche una maggiore probabilità dei coetanei maschi di diventare dipendenti dalla cocaina e di essere ricoverate in ospedale a causa dell'uso non medico, cioè non prescritto, di farmaci.

Differenze
di genere:
minor prevalenza
nelle femmine ma
danni maggiori

Nelle ragazze, i momenti di transizione nella vita influiscono sull'uso delle sostanze in maniera diversa rispetto ai ragazzi: vari studi statunitensi hanno mostrato che soprattutto nel passaggio da un livello di istruzione al successivo (dalle scuole primarie alle secondarie di primo grado, da queste alle secondarie di secondo grado, e ancora nel momento dell'accesso all'università o al mondo del lavoro) esse mostrano un'opinione più favorevole in merito all'uso di sostanze rispetto ai coetanei maschi. Le ragazze, inoltre, poiché hanno più probabilità dei ragazzi di subire abusi fisici o sessuali, hanno anche un aumentato rischio di abuso di sostanze in seguito ad esperienze traumatiche di questo tipo.

Diverse situazioni
di rischio

Le ragazze, infine, sembrano iniziare ad utilizzare sostanze in età più precoce rispetto ai ragazzi. Infatti, anagraficamente parlando, per le ragazze il contatto con le sostanze avviene prima che per i maschi, probabilmente per il fatto che le ragazze tendono solitamente a "maturare" più precocemente e a frequentare gruppi di amici di età superiore che le possono coinvolgere in contesti in cui l'uso di sostanze già avviene ed è tollerato e/o incoraggiato.

Numerosi studi statunitensi ed europei hanno evidenziato che le ragazze e le giovani donne utilizzano sigarette, alcol e altre sostanze psicoattive per ragioni diverse dai maschi. Esse hanno anche diverse fonti di approvvigionamento ed una diversa facilità a procurarsi tabacco, alcol e droghe. Le giovani, infatti, tendono ad utilizzare l'alcol o le droghe per migliorare il proprio umore, per aumentare la fiducia in se stesse, per ridurre la tensione, per far fronte ai problemi, allentare le inibizioni, aumentare l'attività sessuale o per perdere peso, mentre i giovani maschi tendono ad utilizzare l'alcol o le droghe per ricercare forti emozioni o per accrescere la loro posizione sociale. Contemporaneamente, acquistare tabacco senza che venga chiesta loro l'età, o ricevere qualche dose gratis o a prezzo particolarmente vantaggioso, risultano situazioni molto più frequenti per le ragazze che per i ragazzi.

Diverse ragioni
d'uso



I programmi di prevenzione attuali tendono ad ignorare le differenze di genere e sembrano rivolgersi idealmente più ai maschi che alle femmine, con la tendenza a fallire maggiormente proprio con queste ultime.

E' importante ed opportuno, quindi, individuare un diverso approccio nelle strategie preventive e nei messaggi informativi che vengono trasmessi, un approccio che tenga conto delle differenze di genere e che consideri, quindi, sia le diverse ragioni che spingono le ragazze al consumo di sostanze sia le diverse situazioni di rischio sia la diversa sensibilità che queste hanno rispetto ai coetanei maschi.

Prevenzione
sensibile
alle differenze
di genere

C. Valutazione ex-ante ed ex-post

Prima della divulgazione dei materiali informativi, dovrà essere attuata una valutazione quantitativa ex ante dei materiali in modo da rilevare, già durante la preparazione di tali presidi, la coerenza scientifica, il grado di utilità percepita nel target, la comprensibilità dei messaggi, la gradibilità, l'accettabilità, la credibilità delle informazioni e le intenzioni di comportamento evocabili (in tal senso è assai di impatto la comunicazione peer to peer anche tra i genitori). Tali sondaggi dovrebbero essere effettuati anche ex post, misurando, inoltre, il grado di visibilità e di ricordo (notorietà) della campagna presso i suoi differenti target.

Sondaggi

D. Mezzi di comunicazione ed influenza sociale

L'avvento dei nuovi media ha creato nuovi scenari attraverso cui veicolare messaggi di qualsiasi tipo: Internet, come la televisione in passato, ha compiuto una grande rivoluzione dando a chiunque accesso ad una quantità enorme di informazioni. A volte, però, questa accessibilità può comportare dei rischi. Questo nuovo universo di conoscenze, infatti, rischia di avere effetti nocivi sui minori. I giovani, più pratici degli adulti nelle nuove tecnologie, molto spesso si avventurano da soli in un mondo che può nascondere insidie difficili da individuare e da combattere. Tramite le chat, i programmi di instant messaging, e i programmi peer to peer, che permettono ai ragazzi di parlare con estranei in qualunque parte del mondo e scambiare qualunque tipo di file, può divenire concreto il rischio di venire a contatto con materiale pedopornografico o, peggio, di venire adescati "a distanza". Ciò si rende ancora più preoccupante considerando che da una recente indagine emerge che i bambini sotto gli 11 anni trascorrono in Internet circa 13 ore al mese e che per i giovani tra 12 e 20 anni tale lasso temporale si prolunga a 39 ore al mese (Serpelloni G., Bricolo F., 2007).

Questa confidenza con i nuovi mezzi di comunicazione, dei quali i ragazzi diventano molto esperti già in tenera età, fa emergere una serie di osservazioni che necessitano di essere prese in considerazione nell'elaborazione di linee di prevenzione contro l'uso di droghe tra i giovani.

Mezzi di
comunicazione
e minori

I mezzi di comunicazione, ed in particolar modo Internet, possono essere utilizzati dai giovani, soprattutto dai minori, in maniera scorretta e ciò può creare nei soggetti problemi sia di tipo medico, sia di tipo psicologico e psichiatrico. Per quanto riguarda i problemi medici, permanere troppo a lungo davanti allo schermo, sia esso del computer o della televisione, può portare a problemi ortopedici (tunnel carpale), neurologici (epilessia) e internistici (obesità). Dal punto di vista psichiatrico, invece, sono state descritte diverse sintomatologie quali depressioni transdissociative, sintomi psicotici e crisi di astinenza quando l'accesso al computer viene interdetto.

Scorretto uso
dei mezzi di
comunicazione

I media, soprattutto nei film, parlano di droghe dai nomi più strani e spesso accattivanti: scoop, midnight blue, gina, white magic, droghe furbe, droghe ricreative, ecc. La sensazione, talvolta, è quella di trovarsi in un supermercato dove le varie droghe sono ben in mostra negli scaffali, suddivise per funzione e composizione chimica. La proiezione sugli schermi televisivi di filmati con scene di violenza, con protagonisti che fanno uso di droghe, sono un richiamo all'innata curiosità dei ragazzi che sono portati a credere che la droga dia piacere, senza comportare alcun effetto negativo secondario per la salute. Il mondo dei più giovani tende ad escludere molti fattori di rischio nel consumo di sostanze. Pertanto, ai loro occhi le immagini trasmesse dai filmati in TV, di protagonisti esuberanti ed efficienti dopo uno spinello o una riga di cocaina, giustificano il convincimento di costoro che il consumo di droga può facilitare il buonumore e lo stare insieme nel gruppo.

Droga e
televisione

La rete web rende sempre più facilmente acquistabili prodotti di ogni genere. Tra questi, negli ultimi anni si trovano con estrema facilità sostanze illecite e sostanze lecite con effetti simili a quelli delle sostanze illecite. Si parla ormai di "public health risk" perché sempre più numerose sono le cyberfarmacie, o farmacie on line, che offrono la possibilità di comprare via web e senza regolare prescrizione medica, farmaci di ogni genere (No Prescription Website). Esistono, poi, numerosi siti web presso i quali acquistare sostanze illecite, dove sono disponibili anche informazioni circa la disponibilità della sostanza nella rete, i costi praticati, consigli per l'uso, nonché veri e propri forum di discussione dove i consumatori si possono scambiare suggerimenti e informazioni.

Droga e
Internet

Appare evidente come possa essere forte l'influenza che i media riescono ad avere nell'orientare il comportamento dei minori verso il consumo di sostanze. E' opportuno, quindi, sviluppare strategie di prevenzione che agiscano su due livelli, quello dell'educazione all'uso dei media tra i giovani e quello dei contenuti trasmessi dai media stessi.

Media e
prevenzione

Per quanto riguarda il primo livello, sono fondamentali il controllo e l'educazione da parte degli adulti sui minori, controllo che troppo spesso manca a causa del grosso "digital divide" che contrappone le generazioni. La dipendenza da Internet, videogiochi e TV ha un'ampia letteratura di riferimento, sia per quanto riguarda l'aspetto diagnostico sia eventuali trattamenti. Dal punto di vista preventivo è importante che i genitori, o comunque le figure educative responsabili dei minori, abituino i ragazzi ad alternare l'uso del videoterminale ad attività ludiche e attività fisiche. Inoltre, è opportuno tenere controllato il tempo d'uso, il tipo di programmi usati e il tipo di siti web visitati. Nel caso i genitori abbiano dubbi sul fatto che vi possa essere un problema di uso eccessivo, o errato, del computer da parte del proprio figlio, è necessario che si possano rivolgere ad uno specialista (www.drugfreedu.com) e che intervengano in maniera adeguata anche con l'appoggio di un esperto.

Il secondo livello, invece, implica il fatto che i media, con una potenzialità di influenza sui giovani così marcata, possono essere utilizzati come canali per diffondere e trasferire valori positivi di condanna dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol, motivanti ed etici; promuovere stili di vita consapevoli e responsabili; proporre un modello vincente di femminilità non appiattito sullo stereotipo estetico; creare alternative ai modelli negativi, dannosi e sessualmente promiscui; promuovere comportamenti equilibrati e stili di vita responsabili su salute, ambiente e sicurezza personale. Soprattutto per i più piccoli, ciò potrà avvenire attraverso l'uso di TV telematiche rivolte ai bambini e di cartoni animati educativi di cui l'esperienza italiana ha già vari esempi (es. gruppo di D'Alò, Polilab Kids di Milano, ecc.).



E. Comunicazione ai genitori

Segnali
e sintomi
premonitori

E' opportuno comunicare ai genitori, anche attraverso il coinvolgimento attivo delle Associazioni dei genitori, di prestare attenzione a segnali e sintomi premonitori che potrebbero indicare un consumo di droga nel figlio, ricordando, però, che alcune di queste manifestazioni comportamentali e di questi sintomi possono essere il risultato di fisiologiche variazioni del comportamento tipiche dell'età adolescenziale e che proprio questi atteggiamenti e comportamenti possono causare specifiche problematiche familiari, rendendo più difficili le relazioni genitori-figli, sommandosi ai "normali" conflitti con gli adulti. Per questo è fondamentale, ancor prima di centrare l'attenzione diagnostica sul figlio, valutare attentamente la specifica situazione, che a volte può necessitare di un supporto specialistico. Tale supporto si può rendere necessario soprattutto per i genitori, che dovrebbero essere messi in grado di poter avere elementi culturali ed interpretativi adeguati per non farsi sfuggire da un lato le condizioni effettivamente pericolose (come l'uso di droghe da parte del proprio figlio), ma anche per evitare che si aggravino situazioni relazionali non adeguate. I segnali e i sintomi premonitori possono essere così riassunti:

- Alterazione dell'umore con instabilità, aggressività espressa e non abituale, alterazione del ritmo sonno-veglia, alterazione rapida con euforia insolita, disforia e sintomi depressivi, problemi insoliti e particolarmente rilevanti nelle relazioni amicali scolastiche (è opportuno prestare attenzione ad eventuali forme di bullismo), "sfuggevolezza" nei discorsi, tendenza a prolungare le uscite da casa, diminuzione delle performance scolastiche, frequenti assenze da scuola.
- Midriasi areattiva (pupille allargate e molto poco reagenti alla luce) in condizioni di buona illuminazione, in caso di assunzione di cocaina, ma anche miosi serrata (pupille ristrette) in caso di assunzione di eroina.
- Alterazioni delle abitudini alimentari, soprattutto in senso anoressizzante (alcune persone possono utilizzare la cocaina per inibire l'appetito).
- Uso e abuso di alcol, che può comportare anche un consumo di droghe.
- Improvviso ed ingiustificato aumento delle spese personali, maggior richiesta di denaro.
- Comparsa di infezioni sessualmente trasmissibili. Alcuni comportamenti sessuali, infatti, potrebbero essere la conseguenza di un'assunzione di droghe, in particolare rapporti non protetti e/o rapporti multipli con persone non conosciute. In questi casi, è opportuno prendere in considerazione l'esecuzione parallela di test infettivologici e di drug test (vedi punto 2.5).
- Cambio delle relazioni amicali e del gruppo dei pari di riferimento, con frequentazione assidua di pari e amici che fanno già abitualmente uso di sostanze psicoattive. Anche in questi casi, è opportuno prendere in considerazione l'esecuzione parallela di drug test (vedi punto 2.5).

2.2 Coinvolgimento diretto dei giovani nella preparazione e nella promozione delle campagne di prevenzione

E' dimostrato che la comunicazione preventiva tra pari ("peer to peer") funziona meglio di quella pensata esclusivamente dagli adulti e successivamente rivolta ai giovani. E' necessario, quindi, attuare programmi specifici che coinvolgano, già nelle fasi di preparazione delle azioni, gruppi selezionati di adolescenti collaborativi e motivati, facendoli sentire non solo dei "target" ma anche dei protagonisti attivi della prevenzione.

L'intervento di educazione tra pari si basa su due elementi principali: l'importanza che il gruppo riveste nel periodo dell'adolescenza per ogni individuo, e il meccanismo che spontaneamente prende forma tra i giovani, giorno per giorno, nel momento in cui questi imparano l'uno dall'altro, trovandosi a scambiare informazioni, pensieri, opinioni con persone che si trovano nella stessa fase di vita e che si confrontano, quindi, con le medesime difficoltà quotidiane.

Comunicazione
"peer to peer"

I pari, quindi, possono rappresentare una buona scuola per lo sviluppo di solide competenze sociali. Questo può avvenire anche attraverso la sensibilizzazione di group leader che promuovano stili di vita sani all'interno del proprio gruppo dei pari e che coinvolgano i propri coetanei nell'elaborazione e nello sviluppo di interventi di prevenzione. Il group leader diviene, quindi, una sorta di "peer educator" in possesso di un patrimonio linguistico, valoriale e rituale condiviso dal gruppo. In quanto tale, egli viene percepito dai pari come fonte credibile e come modello. Inoltre, la comunicazione "peer-to-peer" risulta meno inibente e giudicante rispetto a quella con un adulto, generalmente vissuta come asimmetrica. All'interno del gruppo di riferimento, il peer educator, se adeguatamente formato e supportato da operatori professionali, può risultare più efficace nella promozione di stili di vita e valori finalizzati al benessere. Il coinvolgimento in prima persona potrà avvenire anche attraverso forme creative, artistiche e di spettacolo finalizzate alla lotta alla droga e all'abuso di alcol, e che interessino i giovani in modo da attrarre la loro attenzione, farli sentire protagonisti e artefici in prima persona, e contribuire così a fissare maggiormente in loro l'idea che mantenere uno stile di vita sano e libero da droghe sia davvero un comportamento vincente.

Peer educator

2.3 Coinvolgimento del mondo dello spettacolo (inversione della tendenza)

E' necessario che chi opera nel mondo dell'intrattenimento e dello spettacolo, e crede fermamente che le droghe siano un pericolo per i giovani, esca allo scoperto ed abbia il coraggio di esplicitare e "testimoniare" questa posizione, utilizzando la propria immagine, la propria credibilità e la propria popolarità per lanciare messaggi significativi ai ragazzi. Moltissimi artisti negli Stati Uniti e in Europa hanno già fatto questa scelta in maniera molto responsabile ed è auspicabile che anche nel nostro Paese, a differenza di quanto avvenuto in passato, si riescano a coinvolgere personaggi carismatici e di successo capaci di condizionare positivamente i giovani con le loro dichiarazioni contro l'uso di sostanze e in grado di fungere da "amplificatori" della diffusione tra i giovani di modelli comportamentali sani e liberi dalle droghe.

Testimonial contro
l'uso di droghe

Al contrario, per molti giovani può essere molto attraente l'atteggiamento trasgressivo di alcuni artisti. Tuttavia, senza voler giudicare la matrice comportamentale talvolta espressa da questi ultimi, è necessario che artisti e persone dello

I messaggi



spettacolo riescano a non avvalorare l'uso di droghe o alcol mediante dichiarazioni ironiche o allusioni promozionali poiché queste, se da un lato supportano le loro scelte di vita, dall'altro associano negativamente l'uso di droghe alla trasgressione come modello di vita. Il messaggio, al contrario, dovrebbe essere che si può essere originali, trasgressivi e ribelli anche senza il consumo di droga. Tutto ciò può essere riassunto in slogan del tipo "Non sei un pazzo se non usi droghe!", "Tutta la droga del mondo non vale un grammo della mia adrenalina", "Erba? Roba da conigli!", "Droga e alcol? Il coraggio di esserne liberi", "Rompi le righe: be free!".

Considerato l'impatto emozionale e suggestivo che i mass media possono avere sui giovani in merito al tema dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol, è opportuno prevedere anche un'interazione stabile tra stampa, radio, televisione e strutture istituzionali che attuano politiche di prevenzione nazionali e regionali. Questa sinergia ha come scopo da un lato quello di valutare congiuntamente e preventivamente la circolazione di alcuni messaggi la cui componente attrattiva potrebbe determinare spinte al consumo di sostanze stupefacenti, seppure a livello non consapevole; dall'altro, quello di arginare l'idea diffusa di ineluttabilità rispetto alla convivenza normalizzata con il problema del consumo di droga, soprattutto tra i giovani. Una corretta informazione può attivare lo sviluppo ed il rafforzamento di meccanismi di auto-coscienza finalizzati alla scelta del non uso di sostanze stupefacenti e del non abuso di alcol.

Per concorrere a ciò, è necessario aggiornare, anche attraverso corsi di formazione, i giornalisti, specializzati e non, sul tipo di comunicazione più adeguata finalizzata ad informare la popolazione, ed in particolare il pubblico giovanile, senza elicitare interessi e pulsioni che potrebbero già essere in atto nei soggetti destinatari dei messaggi informativi.

Coinvolgimento
dei mezzi
di comunicazione

2.4 Ruolo della famiglia e della scuola e impiego di strumenti multimediali

A. Ruolo della famiglia

Il ruolo svolto dai genitori nel rafforzare la probabilità che i figli riescano a sviluppare comportamenti preventivi di diniego all'uso di sostanze è essenziale. Infatti, l'approccio educativo che essi adottano contribuisce significativamente a determinare i comportamenti che il figlio assumerà successivamente nei confronti dell'uso di droghe. E' pertanto molto importante che fin dall'infanzia i genitori svolgano un'azione educativa finalizzata all'adozione, da parte del giovane, di determinati comportamenti.

Nella fattispecie, seguendo anche quanto riportato dalle neuroscienze, il cervello umano cresce e si sviluppa seguendo i due principi del "top down" - elaborazione di determinati comportamenti - e del "bottom up" - influenze dall'esterno che condizionano i comportamenti. Per spiegare questo concetto si consideri che sin dal concepimento ogni soggetto è in grado di produrre precisi comportamenti: il nostro sistema genetico, infatti, in ogni età specializza una rete neurale per ciascuna funzione (top down): linguaggio motorio, coordinamento, astrazione, ecc. Ogni comportamento, però, viene influenzato dagli stimoli che il soggetto riceve dall'ambiente in cui vive (bottom up). Per esempio, dai 12 ai 18 mesi i bambini, se adeguatamente stimolati, acquisiscono la postura eretta e apprendono a camminare in maniera autonoma. Le potenzialità del top down, quindi, non possono trovare adeguata realizzazione senza il bottom up, cioè l'ambiente adeguato. E' dunque compito di genitori ed educatori organizzare per i bambini ambienti stimolanti, congrui alle diverse età.

Approcci
educativi:
il ruolo
fondamentale
dei genitori

E' importante stimolare i bambini in modo che essi possano esprimere le loro competenze in modo coerente con le necessità. Dal punto di vista educativo, sono sostanzialmente due gli interventi che possono condurre a tale obiettivo: l'inibizione e l'attivazione. L'adulto che svolge una funzione educativa su un minore durante la sua infanzia aiuta quest'ultimo a sviluppare le proprie funzioni corticali inibitorie attraverso la "frustrazione ottimale". Si tratta, cioè, di comunicare ai bambini la necessità di non compiere determinate azioni in determinate circostanze.

Inibizione e
attivazione

Mentre la frustrazione ottimale aiuta i bambini ad usare la rete neurale che inibisce i comportamenti, il "rinforzo positivo" ha un compito diverso. Infatti, verso il terzo anno di età i bambini sono in grado di percepire un vantaggio e di organizzare i loro comportamenti in relazione a quel vantaggio. Questa competenza, cioè la produzione di comportamenti finalizzati all'acquisizione di un vantaggio, si sviluppa in maniera completa solamente se viene adeguatamente stimolata. E' dunque importante che l'adulto sia in grado di richiedere continuamente, e con le dovute modalità, i comportamenti finalizzati all'acquisizione di un vantaggio.

I rinforzi positivi possono essere di due tipi. Il primo e più immediato può anche ridursi ad un "Bravo!" o ad un piccolo premio nel momento in cui i bambini fanno qualcosa di buono. Dopo che il bambino ha imparato a fare bene una cosa, gli si può dire "se mangi il pomodoro puoi mangiare il gelato": il bambino che ha già sperimentato la piacevolezza del gelato e che vuole ripeterla può finalizzare un comportamento in modo da replicare quella gratificazione.

I principi di neuro-educazione etica sono oggi in grado di spiegare a genitori ed educatori che i loro interventi sono di fondamentale importanza per lo sviluppo delle reti neurali che nei bambini consentono lo sviluppo di determinate competenze, incluse quelle relative al rifiuto di usare sostanze.

Un ulteriore importante aspetto da tenere in considerazione quando si considera il ruolo della famiglia nelle attività di prevenzione rivolte ai giovani, è che nel nostro Paese, il 6,9% degli italiani tra i 15 e i 64 anni risulta aver consumato cocaina almeno una volta nella vita e questa percentuale sale al 33% nel caso dei cannabinoidi. E' opportuno, quindi, prevedere interventi di prevenzione che non diano per scontato che, da parte dei genitori di figli adolescenti, sia sempre prevalente una forte disapprovazione del consumo di sostanze psicoattive nei giovani. Benché nella maggior parte dei casi i genitori degli adolescenti che utilizzano o hanno utilizzato sostanze psicoattive, possono a loro volta aver consumato in passato queste sostanze in modo occasionale, magari in un'età più avanzata rispetto ai loro figli, tuttavia è possibile che gli adulti stessi (genitori ed insegnanti) non sempre siano propensi né adeguatamente preparati per poter intervenire in senso preventivo verso i giovani. Da parte loro, infatti, potrebbe essere comunicato un atteggiamento di banalizzazione in merito al consumo di sostanze psicoattive, inteso come un momento di iniziazione e di passaggio, destinato a cessare in modo autonomo dopo le prime sperimentazioni, così come è stato per loro stessi. E' quindi necessario potenziare l'accesso ai programmi di prevenzione coinvolgendo il più possibile anche genitori ed insegnanti e mirando a sensibilizzare anche la popolazione adulta sui rischi e sulle conseguenze del consumo di droghe.

La possibile
tolleranza
di genitori ed
insegnanti

Gli interventi educativi rivolti a genitori ed insegnanti, perciò, devono essere finalizzati anche all'apprendimento di atteggiamenti contrari all'uso di droghe in generale, e di cocaina in particolare, intervenendo sugli atteggiamenti negativi circa la "normalità" e la "tolleranza" verso l'uso di sostanze, in particolar modo in età giovanile. In altre parole, non è accettabile la minimizzazione del problema che a volte viene fatto passare anche attraverso la ridicolizzazione di coloro che si preoccupano di tale rischio o addirittura attraverso la negazione del fatto che l'uso occasionale può costituire un azzardo effettivo per la salute dei giovani. E' utile, quindi, adottare delle strategie che superino la resistenza dei genitori a partecipare a programmi di prevenzione, incentivandoli a prendere parte soprattutto



to a programmi di training di miglioramento delle abilità familiari, particolarmente adatti per genitori in cui si rilevano fattori di rischio per consumo, o indulgenza, al consumo di sostanze.

Nello specifico, i programmi di prevenzione indirizzati alla famiglia dovrebbero essere finalizzati ad accrescere e rafforzare il collegamento e le relazioni tra genitori e figli e dovrebbero includere il consolidamento delle abilità dei genitori nell'educazione dei propri figli, promuovendo lo sviluppo, la discussione e l'applicazione delle norme familiari sull'abuso di sostanze, la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe. Il collegamento familiare è il fondamento delle relazioni fra genitori e figli. Esso può essere potenziato attraverso la promozione delle capacità genitoriali di sostegno ai figli, della comunicazione genitori-figli e del coinvolgimento parentale nella vita dei minori. In relazione a quest'ultimo aspetto, va ricordato che la supervisione ed il monitoraggio parentale sono critici ingredienti fondamentali per la prevenzione dell'abuso di droghe.

Capacità
genitoriali

L'intervento di "parent and teacher training" è un tipico intervento di prevenzione selettiva che trova fondamento nel fatto che già nell'infanzia possono essere riconoscibili alcuni problemi comportamentali (aggressività, iperattività, disattenzione, eventi traumatici, deficit cognitivi). Il Centre for Disease and Control da anni porta avanti la campagna informativa "Learn the signs, act early" ("Riconosci i segnali, agisci precocemente") attraverso la quale ci si propone di identificare precocemente eventuali disturbi che si possono manifestare nei primi 15 anni di vita di un individuo. Attraverso l'adeguata formazione delle figure educative (genitori, insegnanti, educatori, allenatori, ecc.), è possibile individuare precocemente sia possibili risorse, sia eventuali criticità comportamentali. In particolare, utilizzando le moderne tecniche di "neuro educazione etica" è oggi possibile spiegare agli educatori il motivo per cui è importante che il bambino e la bambina ricevano regolarmente anche frustrazioni ottimali e rinforzi positivi che sono alla base di ogni intervento educativo.

Parent training

Il "caregiver", cioè l'adulto che fornisce le cure e l'educazione, viene messo a conoscenza delle tappe dello sviluppo neurologico del giovane e attraverso giochi di ruolo sperimenta gli interventi motivazionali. La qualità dell'intervento educativo, infatti, non si misura solamente nella quantità di interventi ma anche nella modalità con cui l'intervento viene eseguito.

Il modulo formativo di "parent and teacher training" prevede cinque incontri di due ore l'uno, che si svolgono, se possibile, in cinque settimane consecutive. E' importante che il gruppo di adulti sia omogeneo rispetto all'età dei ragazzi. Pertanto, gruppi di adulti che seguono bambini con meno di 10 anni si distinguono dai gruppi di adulti che seguono ragazzi maggiori di 11 anni. Gli incontri prevedono brain-storming, lezioni frontali, giochi di ruolo, discussione di casi esempio.

E' importante che gli incontri avvengano in ambiente riservato e confortevole, con comodi posti a sedere disposti a cerchio, e con la possibilità di prendere appunti.

B. Ruolo della scuola

Il ruolo della scuola risulta fondamentale in relazione alla quantità di tempo che un giovane trascorre all'interno degli spazi scolastici. Proprio la scuola, quindi, risulta un luogo ed un'opportunità indispensabile per affrontare la problematica relativa alla prevenzione del consumo di droga tra i minorenni. E' necessario considerare che spesso, in passato, i programmi scolastici che si sono limitati a fornire informazioni sui danni provocati dall'uso di sostanze hanno avuto esiti assai limitati nel modificare il comportamento degli adolescenti. La sola conoscenza dei rischi, soprattutto nei soggetti con fattori di vulnerabilità, sembra non costituire un fattore di protezione se questa non viene accompagnata dall'abilità di resistere alle influenze sociali (resistance skills, ossia abilità di resistenza).

Tale modello (conoscenza dei rischi associata ad abilità di resistenza) prevede non solo informazioni sulle droghe e sulle abilità di rifiuto, ma anche il rafforzamento di un più ampio spettro di abilità, le cosiddette life skills, ossia un insieme di capacità personali e interpersonali quali l'assertività, la capacità di prendere decisioni, di definire gli obiettivi, di gestire lo stress, e di comunicare, che possono mettere un individuo nelle condizioni di adottare strategie efficaci per affrontare i diversi problemi della vita quotidiana. In particolare, poiché le life skills accrescono la capacità delle persone di gestire le sfide quotidiane e favoriscono un maggior senso di controllo personale e un maggior livello di soddisfazione personale, è possibile che in quegli stessi soggetti cali la motivazione a consumare droghe, si riducano la vulnerabilità e la suscettibilità alla pressione esterna e diminuisca, così, il ricorso d'uso di sostanze.

Con i bambini delle scuole elementari andrebbero rafforzate capacità quali il self-control, la comunicazione, il problem solving, la gestione delle emozioni, l'apprendimento in campo scolastico. Con giovani delle scuole medie e superiori è importante, invece, aumentare le competenze nel gestire le relazioni con i pari, l'impegno nello studio, la capacità assertiva, il rinforzo a comportamenti autoprotettivi nei confronti del consumo di sostanze stupefacenti. L'approccio basato sullo sviluppo delle life skills dovrebbe essere gestito in classe dagli insegnanti. Un percorso formativo per gli insegnanti, per essere efficace, deve essere sufficientemente lungo, tale da permettere l'approfondimento e l'acquisizione di una reale competenza sia nella gestione della relazione che nella trasmissione delle informazioni chiave, e fortemente condiviso negli obiettivi, nei contenuti da affrontare e nelle modalità di realizzazione del progetto. Gli interventi rivolti ai ragazzi dovrebbero essere complessivamente una decina, distribuiti nel corso di un triennio.

I programmi di life skills training si basano sull'insegnamento di abilità legate ai temi della salute e del benessere; rappresentano un approccio volto ad accrescere il ruolo attivo degli individui nella promozione della salute e della prevenzione, oltre a favorire l'adozione di comportamenti per proteggere se stessi e promuovere buone relazioni sociali. Il training deve potersi sviluppare su tre livelli:

1. sviluppo delle competenze personali, quali problem solving, decision making, abilità per riconoscere, identificare e resistere alle influenze dei mass media, modalità di controllo dell'ansia, della rabbia e della frustrazione;
2. aumento delle abilità sociali attraverso lo sviluppo di capacità interpersonali, quali l'essere in grado di comunicare più efficacemente, di gestire meglio la propria timidezza, di affrontare con più sicurezza una conversazione, di esercitare un maggiore capacità empatica, di essere più assertivi;
3. trasmissione di informazioni sulle sostanze e potenziamento della capacità di resistere all'influenza che il gruppo di riferimento e/o altri fattori ambientali possono avere nell'incentivarne l'uso.

Life skills

Per un corretto utilizzo delle life skills: considerare l'età e formare gli insegnanti

Life skills training



Proprio perché le life skills sono considerate competenze e comportamenti concreti, il loro insegnamento dovrà essere pratico e finalizzato a fornire ai destinatari nuove abilità o a rafforzare abilità già possedute. I metodi utilizzati per trasmettere le life skill dovranno avere, anch'essi, un carattere pratico e dovranno basarsi, quindi, su tecniche didattiche attive piuttosto che su quelle tradizionali. In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, che già negli anni '90 considerava l'insegnamento delle life skills il modello di prevenzione più efficace, annovera tra i metodi per l'apprendimento di tali competenze la partecipazione attiva, l'assunzione di responsabilità, il cooperative learning, l'educazione tra pari, le discussioni e i lavori di gruppo, i dibattiti, il brain storming, il role play. La scuola sembra essere il luogo migliore per l'attivazione dei programmi di life skills education.

Insegnamento
delle life skills

In ambito scolastico, gli studenti che partecipano a programmi di potenziamento delle life skills sembrano mostrare meno probabilità di fare uso di sostanze e sembrano anche essere meno predisposti a manifestare altri comportamenti problematici e/o ad incorrere in altre situazioni di rischio, quali gravidanze indesiderate o fenomeni di bullismo. Programmi di questo tipo, denominati anche programmi di "Comprehensive Social Influence" - CSI - hanno già trovato attuazione in diversi Paesi europei e in qualche scuola italiana.

Programmi di
influenza
sociale (CSI)

Oltre al coinvolgimento attivo degli studenti, tali programmi presuppongono anche il coinvolgimento dei genitori attraverso l'organizzazione di momenti comuni finalizzati a sviluppare capacità di dialogo e di comunicazione tra di loro, guidati da educatori esperti che conducono i soggetti ad incentivare l'ascolto reciproco, il dialogo e la disponibilità a fare cose insieme.

E' stato dimostrato che lavorare con gli studenti sul rafforzamento del loro senso di appartenenza alla scuola, costituisce un elemento chiave per evitare il consumo di droghe, il ricorso a comportamenti violenti e l'insorgere di problemi psichici, incentivando in loro, invece, la motivazione allo studio e al conseguimento di voti positivi.

Il senso di
appartenenza
e drop-out
scolastico

Ove possibile, programmi di prevenzione integrati dovrebbero, quindi, essere inseriti nei normali programmi scolastici anche alla luce del fatto che il fallimento e l'abbandono scolastico possono costituire degli eventi preliminari al consumo di droghe da parte del giovane, qualora questo non sia più inserito in un percorso educativo e formativo. Tali programmi potrebbero contribuire a rafforzare il legame che i giovani stringono con la propria scuola e ridurrebbero la possibilità che questi abbandonino la stessa prima del termine del proprio percorso di studi (drop-out). Attività di questo tipo potranno essere supportate dal materiale educativo messo a disposizione dal portale informativo governativo che fornirà, inoltre, la possibilità di far interagire maggiormente i ragazzi con operatori esperti mediante teleconferenze gestite a distanza da questi ultimi.

Secondo un recente studio condotto dall'EMCDDA, i programmi educativi di tipo interattivo si sono dimostrati più efficaci in termini di prevenzione dall'uso di sostanze, rispetto a programmi di altro tipo. In particolare, sembra che i programmi non interattivi non sortiscano risultati significativi o duraturi relativamente al non uso e alla riduzione di uso di sostanze tra i giovani. Esempi di tali programmi fallimentari sono quelli basati sulla sola trasmissione di informazioni sulle sostanze e sui loro effetti attraverso lezioni di tipo frontale, programmi basati solamente su percorsi emozionali o che prevedono la trasmissione di valori a priori senza che questi siano stati elaborati o espressi dai soggetti destinatari. Una piena partecipazione degli studenti, che attribuisca loro un ruolo attivo all'interno dei programmi educativi, contribuisce a fissare maggiormente in essi i contenuti trattati e a condividerne, poiché da loro stessi elaborati, gli assunti di fondo.

Evitare
programmi
non interattivi

Un ulteriore importante aspetto da considerare nell'elaborazione di intervento di prevenzione nelle scuole è la massiccia presenza di stranieri nel nostro Paese, e quindi anche tra i banchi di scuola, caratterizzata da diverse sotto-popolazioni (si tenga presente la multi etnicità del fenomeno immigratorio che ha caratterizzato e caratterizza l'Italia tutt'oggi). Si tenga presente, infatti, che una quota ormai vicina al 10% della popolazione scolastica è costituita da studenti stranieri (in molte classi del Nord i bambini di famiglie straniere sfiorano il 50%) il cui grado di integrazione con il resto della popolazione studentesca, è ridotto rispetto ai coetanei italiani a causa delle differenze linguistiche e culturali.

La presenza di
minori stranieri
nelle scuole

Questo scenario richiede a tutti coloro che si occupano di programmare e progettare interventi preventivi una rivisitazione dei modelli classici di intervento:

Adattare
modelli
classici di
intervento

- studiando, a partire dal lavoro sul campo e dai dati prodotti dalla ricerca, le implicazioni sociali, culturali, educative e didattiche della presenza di questo mix culturale nei diversi contesti, specie in relazione alla definizione, elaborazione, trasmissione e "interiorizzazione" dei messaggi preventivi (con particolare attenzione ai differenti significati semantici attribuiti da ciascun individuo e da ciascun gruppo etnico al concetto stesso di salute e alle indicazioni preventive);
- sviluppando e diffondendo in tutti i settori dell'intervento territoriale un adeguato livello di "sensibilità interculturale".

Rispetto alla prima questione, la letteratura e le evidenze disponibili affermano che:

Le evidenze

- uno dei fattori principali da considerare nella progettazione di un intervento preventivo è la cultura dei destinatari a cui si rivolge (PERK Prevention and Evaluation Resource Kit, 2005);
- appartenere ad un'etnia particolare non rappresenta di per sé un fattore di rischio rispetto all'abuso e ai problemi legati alle sostanze stupefacenti, ma alcuni elementi rendono queste fasce di popolazione particolarmente vulnerabili. E' possibile che questi elementi si collochino in ambito soprattutto sociale, ma anche biologico per una minor tolleranza di alcune popolazioni, soprattutto quella africana, verso l'alcol, ad esempio. Va inoltre considerato il fatto che i bassi livelli di reddito, e spesso anche lo "status" di irregolarità e clandestinità, comportano un maggior rischio di coinvolgimento nelle organizzazioni criminali. Se a tutto questo si aggiunge, poi, la naturale diffidenza che costoro possono avere/sviluppare verso le istituzioni, si può comprendere quali possano essere il loro atteggiamento e il loro comportamento nei confronti delle indicazioni fornite dalle organizzazioni istituzionali in merito all'uso di droghe e all'abuso di alcol.

Per quanto riguarda l'attivazione di interventi di sensibilità interculturale, è necessario che:

Interventi
maggiormente
efficaci

- nella progettazione degli interventi preventivi a livello territoriale (non solo in ambito scolastico) sia adottata una prospettiva interculturale, che permetta di valorizzare le differenze culturali mantenendo saldi gli obiettivi preventivi ed educativi;
- i programmi di prevenzione e di educazione alla salute siano adeguati a questo nuovo contesto pluriculturale; in particolare, in relazione ai destinatari, devono essere considerati i differenti bagagli culturali di provenienza, il problema della lingua, i differenti valori di riferimento;
- nella realizzazione dei programmi di intervento siano inclusi membri delle popolazioni a cui l'intervento è rivolto.



Al fine di fornire soluzioni organizzative e pratiche, è auspicabile, inoltre, incrementare il numero dei Centri di Informazione e Consulenza (C.I.C.). Questi servizi, istituiti con il D.P.R. 309 del 1990 e non ancora realizzati pienamente sul territorio nazionale, hanno la necessità di essere ridefiniti nella loro organizzazione. Pensati in origine come luogo di organizzazione di azioni per la prevenzione delle tossicodipendenze e di promozione della salute presso le scuole superiori, oggi questi servizi andrebbero attivati anche nelle scuole secondarie di primo grado, in modo da anticipare gli interventi preventivi a classi di età di studenti più giovani e quindi più ricettivi a determinate azioni e messaggi. D'altro canto, i C.I.C. erano stati pensati come servizi rivolti principalmente agli studenti, mentre, facendo riferimento alle numerose sperimentazioni di questi anni, è importante che siano aperti anche ai docenti e alle famiglie.

L'intervento dei C.I.C. nelle scuole secondarie dovrebbe articolarsi su più livelli:

- Consulenza specialistica rivolta a tutte le componenti della scuola. Per gli studenti la consulenza specialistica può rappresentare un momento di ascolto (non sempre possibile al di fuori del contesto scolastico) per parlare delle proprie difficoltà personali e relazionali, vissute sia dentro che fuori dalla scuola, per cercare di capire e definire queste difficoltà, per verificare e rielaborare ipotesi e decisioni, e per valutarne l'evoluzione. Per i docenti, la consulenza specialistica, può costituire uno spazio di riflessione e confronto in cui approfondire problemi inerenti la propria funzione educativa, e le difficoltà a gestire classi e generazioni di studenti con problemi comportamentali sempre più accentuati: dal consumo di droga al bullismo, dai problemi alimentari agli agiti autolesivi. Per le famiglie, questo spazio potrebbe costituire un momento di ascolto attento e professionale (spesso non possibile altrove) finalizzato ad una maggiore comprensione sia delle difficoltà dei figli sia di quelle dei genitori, orientando e supportando questi ultimi verso l'aumento della propria capacità genitoriale e quindi verso una miglior gestione della relazione con i figli.
- Realizzazione di percorsi di empowerment centrati su programmi di life skill training diretti agli studenti maggiormente vulnerabili e quindi più a rischio di devianza (prevenzione selettiva).
- Progettazione di percorsi formativi per "Peer Leader" o "Studenti Tutors" (già attivi in vari istituti superiori) in modo da formare gruppi di studenti selezionati, attivi e propositivi all'interno del contesto scolastico nel promuovere e portare avanti iniziative culturali (musica, teatro, momenti creativi, ecc.) volti a creare benessere e a rafforzare il senso di appartenenza alla propria scuola, sia iniziative di prevenzione (peer education) attraverso la diffusione di materiali informativi, incontri con gli esperti, organizzazione di momenti ed eventi specifici.
- Promozione e realizzazione di attività di sensibilizzazione e di formazione del corpo docente al fine di acquisire maggiori informazioni sulla problematica del consumo di droga tra i giovani e sulle diverse attività di prevenzione attivate a livello nazionale, regionale e locale.

C. Portali informativi governativi

E' opportuno coinvolgere maggiormente nelle attività di prevenzione i pediatri e i medici di famiglia, e rendere partecipi in maggior misura anche le famiglie e le scuole con un'informazione più pervasiva e capillare. Per raggiungere questo obiettivo si consiglia di utilizzare, oltre alle campagne informative di cui al punto 2.1, anche i portali informativi governativi dedicati. Nello specifico, vengono messi a disposizione dalle amministrazioni centrali una serie di siti differenziati nei contenuti e nelle modalità comunicative a seconda del target cui sono indirizzati, e da cui è possibile scaricare gratuitamente materiali di vario genere: video, immagini, leaflet, diapositive, ecc. (Tabella 5).

Il sito www.drugfreedu.org si rivolge a genitori ed insegnanti, fornisce materiale divulgativo accreditato e standardizzato da poter includere nei programmi formativi istituzionali, ed è funzionale per accrescere la consapevolezza relativamente al problema droga tra gli adulti.

Il portale www.droganograzie.it si rivolge ad un target giovanile che qui può trovare informazioni scientifiche sulle sostanze psicoattive e sugli effetti delle droghe sul cervello, un'ampia serie di materiali audio-video e spazi di espressione individuale per interagire tra coetanei ma anche con esperti in grado di rispondere in maniera corretta alle loro domande.

www.dronet.org rappresenta il network nazionale sulle dipendenze, costituito da un portale nazionale e da portali regionali, uno per ciascuna Regione o Provincia Autonoma. Fornisce aggiornamenti quotidiani su ricerca e prevenzione.

Infine, il sito www.politicheantidroga.it è il sito del Dipartimento Politiche Antidroga su cui, oltre a notizie di carattere istituzionale rispetto alla struttura, è possibile recuperare anche la campagna di comunicazione 2008 "Apri al dialogo. Chiudi alla droga" promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Tabella 5 - Indirizzi dei siti governativi e loro contenuto.

Indirizzo	Contenuto
<p>www.drugfreedu.org</p> 	<p>Grazie al materiale disponibile su questo sito, gli insegnanti e gli educatori possono includere nei programmi formativi istituzionali interventi di prevenzione evidence based e che rispondono ai bisogni degli studenti. I genitori, dal canto loro, attraverso il materiale scaricabile da questo sito possono accrescere la consapevolezza sul problema droga e consultare manuali pratici con utili consigli per una corretta sorveglianza dei minori e la tutela della salute dei figli. Tale materiale potrà essere utilizzato per fornire agli studenti informazioni volte a scoraggiare il consumo di sostanze, e per elaborare, al contempo, dei percorsi educativi interni intesi a sviluppare, rafforzare e consolidare le abilità dei ragazzi in termini di "rifiuto del consumo di droga". Sul sito è anche possibile utilizzare un sistema di teleconferenza per parlare, in linea diretta, con uno specialista e ricevere consigli adeguati su come affrontare il problema droga con gli studenti o con i propri figli.</p>
<p>www.droganograzie.it</p> 	<p>Sito dedicato ai giovani. Fornisce informazioni sulle sostanze d'abuso, sui danni delle droghe al cervello, sulla relazione tra droga e sesso, su come ci si può comportare in caso un amico si sentisse male in seguito all'assunzione di droghe e, in generale, informazioni sul perché è meglio non utilizzare droghe. Il sito mette a disposizione degli utenti dispense, video divulgativi, testimonianze di coetanei che raccontano le proprie esperienze, spot, video, immagini, documentari. Il tutto con lo scopo di promuovere stili di vita sani, liberi da alcol e droghe.</p>
<p>www.dronet.org</p> 	<p>Riporta notizie di carattere scientifico utili sia per chi lavora nell'ambiente sanitario, sia per coloro che si muovono nell'ambito sociale, attraverso aggiornamenti quotidiani, link ad altri siti autorevoli e la disponibilità di scaricare gratuitamente numerose pubblicazioni tecnico-scientifiche.</p>
<p>www.politicheantidroga.it</p> 	<p>Sito istituzionale del Dipartimento Politiche Antidroga, che evidenzia gli organismi che lo compongono e le relative funzionalità; fornisce schede informative sulle sostanze d'abuso e nozioni generali sulla normativa nazionale e quella internazionale in tema di droga; dà informazioni sulle attività e sui progetti che il Dipartimento implementa e mette in evidenza la campagna di comunicazione 2008 con spot radio e tv, manifesti e opuscolo della campagna sugli effetti negativi per la salute derivanti dall'uso di sostanze psicoattive.</p>

2.5 Diagnosi precoce e supporto alle famiglie

A. Interventi precoci

I dati attuali collocano l'inizio dell'uso delle sostanze mediamente nel 14° anno di età. E' opportuno, quindi, che gli interventi preventivi vengano rivolti anche a bambini e preadolescenti di età inferiore, abbassando l'età di inizio dei primi interventi preventivi, cominciando con interventi informativi ed educativi già alle scuole primarie, con opportuni adattamenti di forma, linguaggio e contenuto dei messaggi da trasmettere.

Effettuare interventi dopo i 14-15 anni, o quando l'uso di sostanze dura ormai già da qualche anno, si è dimostrato tardivo e molto meno efficace. Infatti, a quell'età l'esposizione al mondo delle droghe è probabilisticamente già avvenuta poiché i giovani teenagers hanno già avuto occasione di sperimentare droghe. Pertanto, interventi che giungono dopo i 14 anni possono risultare molto meno efficaci e più dispendiosi rispetto ad interventi più precoci. E' fondamentale, quindi, cercare di individuare un eventuale uso di sostanze, pur saltuario, il più precocemente possibile e avviare tempestivamente, in caso se ne presentasse il bisogno, percorsi terapeutici e di supporto specialistico.

Interventi
preventivi
a 14 anni

B. Cura dei propri figli

La maggioranza dei genitori si preoccupa di prevenire le carie ai denti dei propri figli sottoponendoli a regolari visite di controllo odontoiatrico; lo stesso accade per la cura della vista, grazie a periodici controlli oculistici. Allo stesso tempo, però, gli stessi genitori mostrano spesso resistenze psicologiche e culturali a sottoporre i propri figli ad accertamenti tossicologici per patologie a più alta incidenza di mortalità, quali la dipendenza da sostanze psicoattive. A sottolineare questo paradosso, va ricordato che la prima causa di morte nella fascia d'età 14-20 anni è proprio l'uso di sostanze psicoattive o altre cause comunque fortemente droga-correlate (ad es. incidenti stradali causati dalla guida sotto l'effetto di alcol e/o droga). L'obiettivo principale, quindi, deve essere quello di ridurre al minimo il lasso di tempo fra l'inizio dell'uso di droghe da parte loro e la scoperta delle condizioni di rischio derivanti da questo comportamento da parte dei genitori. A tal fine si potrebbe prevedere anche l'utilizzo del drug test professionale e preventivo nei minori, cioè in quei soggetti che non sono mai risultati positivi a controlli precedenti.

Diagnosi
precoce

C. Drug test professionale e preventivo

L'esecuzione del drug test preventivo professionale è un servizio che avviene su richiesta dei genitori, in modo riservato e volontario, con il consenso informato dello stesso minore e, in linea teorica, al fine di mantenere una discreta probabilità predittiva, in maniera periodica e continuata, con una frequenza minima almeno trimestrale, con esecuzione casuale e non prevedibile, durante l'età a rischio maggiore (12-17 anni), e con un supporto psicologico fornito a tutta la famiglia. Tale frequenza è prevista soprattutto per quei soggetti che mostrano particolari fattori di vulnerabilità, così come previsto dalle misure di prevenzione indicata e selettiva. Inoltre, la frequenza di accertamento trimestrale non dovrà in alcun modo dar luogo a vessazione del ragazzo sottoposto al test poiché la necessità di eseguire i controlli tossicologici periodicamente dovrebbe essere comunicata fin dalla tenera età, prima che sussista il rischio di uso di sostanze, configurando i

Drug test
come
accertamento
sanitario
preventivo
professionale



controlli stessi come normali accertamenti sanitari al pari di qualsiasi altro accertamento eseguibile per ragioni mediche.

Va inoltre ricordato che tra gli adolescenti esistono atteggiamenti oppositivi che possono non essere necessariamente collegati all'assunzione di sostanze psicoattive e/o psicotrope, ma piuttosto a tratti temperamentali. In questo caso, sarà necessario ricorrere al principio di cautela (vedi punto 2.6), anche se è doveroso segnalare che situazioni di questo tipo sono meno frequenti rispetto ad un rifiuto al test dovuto alla preoccupazione di essere scoperti per un reale uso di sostanze.

Il test va opportunamente gestito in un ambiente sanitario da personale competente, impedendo l'accesso al test in modalità "fai da te" e presso gli ambienti scolastici. Il concetto su cui si basa tale intervento verte sull'idea che più precocemente viene rilevato l'uso di sostanze nell'adolescente, anche saltuario, maggiore è la probabilità di successo in termini di allontanamento del soggetto dal consumo di droga. Non è accettabile, infatti, che il primo contatto con i servizi di cura avvenga, in particolare nel caso della cocaina, mediamente dopo 6-8 anni dall'inizio dell'uso effettivo di sostanze. Durante quel lasso di tempo, infatti, il cervello degli adolescenti, che risulta ancora in fase di maturazione, viene alterato dalla cocaina, e dalle droghe in generale, in maniera spesso permanente; inoltre, con il trascorrere del tempo cresce anche la probabilità del passaggio dall'uso sporadico di sostanze al consumo sistematico.

Riservatezza e professionalità

Il drug testing preventivo professionale, indicato per i minorenni 12-17enni, dovrà essere sempre associato ad un counseling pre e post test e, quindi, inserito in un programma strutturato di consulenza educativa e di controllo tossicologico. In merito alle tecniche di counseling più adeguate per affrontare situazioni di consumo di sostanze tra i giovani, ed in particolar modo di cocaina, si ricorda che il National Institute on Drug Abuse ha fornito delle linee di indirizzo specifiche sull'approccio del counseling nel trattamento della dipendenza da cocaina, descrivendo le terapie più efficaci e scientificamente supportate dell'approccio cognitivo comportamentale per il trattamento individuale del cocainismo. Tali linee di indirizzo sono disponibili anche in versione italiana (Allegato 9).

Counseling

Il drug test preventivo professionale dovrà essere effettuato solamente con il consenso del soggetto minorenne. In caso costui negasse l'autorizzazione all'esecuzione del test, non è opportuno, in senso clinico, effettuarlo, anche qualora i genitori del ragazzo, insistessero nel richiederlo. L'accettazione volontaria del test da parte del minore, infatti, è fondamentale e, in caso di resistenza, si raccomanda un approccio di counseling da parte di personale sanitario competente. Tale approccio psicologico-educativo deve essere teso a comprendere le cause della resistenza, considerando che un rifiuto del test potrebbe far sospettare, nella gran parte dei casi, un problema di uso effettivo di sostanze.

Consenso del minore

Al fine di agevolare il ricorso al drug testing preventivo professionale da parte di genitori che sospettassero l'uso di sostanze da parte del figlio, è auspicabile anche il coinvolgimento attivo dei Pediatri di libera scelta, dei Medici di Medicina Generale e dell'organizzazione di servizi domiciliari di testing che prevedano la disponibilità di personale sanitario specializzato a recarsi presso il domicilio di quelle famiglie che preferiscono effettuare il test tra le mura di casa propria.

Prevenzione a domicilio

E' necessario non mettere in atto procedure che possano generare conflitti tra genitori e figli creando difficoltà comunicative familiari che renderebbero ancor più difficile la trattazione del problema. A tale scopo, per l'esecuzione del test, il personale sanitario dovrà garantire riservatezza ed anonimato, nel rispetto della privacy del soggetto minorenne e dei suoi genitori. Il tutto andrà affiancato dal-

Supporto alla famiglia

l'implementazione di spazi di ascolto dedicati ai giovani e alle loro famiglie, gestiti da personale professionalmente preparato in grado di accrescere le possibilità comunicative tra genitori e figli.

Al drug test, quindi, andrà necessariamente sempre associata un'offerta terapeutica e di supporto alla famiglia, prima dell'esecuzione del test e anche in caso di riscontro di positività o di eventuali altri problemi correlati. Tale riscontro, infatti, rappresenta sicuramente un evento critico per l'intera famiglia ed è quindi opportuno che il minorenni e i suoi genitori possano trovare spazi di supporto in cui poter pensare ed organizzare il "dopo test" in maniera costruttiva. In genere, una singola seduta con uno specialista consente di impostare sia le modalità tecniche che gli aspetti psicologici e motivazionali con cui affrontare il problema in famiglia.

Nel momento in cui il test risulta positivo e viene scoperta una condizione problematica di assunzione di sostanze nel giovane, i genitori hanno spesso reazioni che comportano un irrigidimento e un incremento del controllo educativo. Tali reazioni, di solito, riguardano la restituzione della libertà di movimento del ragazzo, la frequentazione del proprio gruppo di amici, l'uso del telefono cellulare, la navigazione in Internet, l'impiego di mezzi di trasporto motorizzati, ecc. Si tratta di decisioni, però, molto spesso dettate dai forti livelli di ansia e preoccupazione che portano inevitabilmente, oltre che ad aumentare i conflitti, ad un incremento dello stress nei genitori e ad un inevitabile conseguente disagio nel figlio che si vede ridotta la libertà di movimento e di frequentazione dei suoi pari. Queste reazioni devono essere necessariamente e attentamente gestite e controllate all'interno di un rapporto professionale con personale specializzato, in grado di supportare i genitori nelle scelte da adottare e che li aiuti ad individuare modalità di azione adeguate nella negoziazione con il figlio.

Positività del test
e irrigidimento
dei genitori

Nella relazione con l'adolescente, atteggiamenti normativi acriticamente autoritari posti in essere dagli adulti possono produrre effetti opposti a quelli attesi e vanno quindi evitati. Le ragioni sono da ricercare in una serie di mutamenti di ordine biologico e psico-sociale che caratterizzano questa fase della vita del giovane, cruciale per la comparsa di comportamenti devianti, quali il consumo di sostanze. Ciò non significa che i genitori debbano assumere atteggiamenti di accettazione passiva delle trasgressioni, spesso rischiose, degli adolescenti, ma è necessario evidenziare che l'adolescente, oltre che ai contenuti, sui quali spesso, poi, decide di "trattare", è molto sensibile anche alla modalità di relazione e di comunicazione che i genitori adottano nei suoi confronti.

Per questa ragione, più che imporre con la forza modelli di comportamento ritenuti corretti, è opportuno che i genitori, e gli educatori in senso lato, utilizzino una modalità di relazione improntata all'ascolto ed al riconoscimento dello "status" di interlocutore dell'adolescente che deve percepire rispetto per il suo punto di vista. Questa modalità, infatti, può favorire un clima migliore per un successivo dialogo con il ragazzo.

Inoltre, i genitori dovrebbero valorizzare il desiderio dell'adolescente di essere adulto e cercare, quindi, di orientarlo verso obiettivi percepibili dall'adolescente come altrettanto, o addirittura più coraggiosi ed emozionanti di quelli trasgressivi. Questi ultimi andrebbero "sviliti" più che demonizzati: evidenziarne i rischi, infatti, non sembra un deterrente sufficiente considerato che i giovani adolescenti vivono spesso le trasgressioni come "prove di coraggio" che testimoniano il loro ingresso nella dimensione adulta.

Infine, va assolutamente evitata l'attribuzione dello "stigma" di tossicodipendente nei confronti di adolescenti che hanno sperimentato un contatto occasionale con le droghe al fine di evitare di favorire il verificarsi di una "profezia che si auto-avvera". La frequente confusione esistente tra i non addetti ai lavori fra uso, abuso e dipendenza potrebbe infatti portare un genitore, in buona fede, a ritenere

Precauzioni
sulle modalità
di relazione



che il proprio figlio, se ha fumato uno spinello, sia un tossicodipendente. Questa convinzione, per quanto sbagliata, potrebbe però influenzare l'atteggiamento che il ragazzo adotterà successivamente, assumendo un comportamento coerente con l'immagine che i genitori hanno di lui, a prescindere dal fatto che tale immagine sia vera o no. Per contro, però, i genitori devono evitare atteggiamenti di tolleranza e sottovalutazione del problema perché se è pur vero che "uno spinello non rende automaticamente tossicodipendente", è altrettanto vero che se il giovane consumatore fosse una persona vulnerabile, quello stesso spinello potrebbe essere lo stimolo iniziale per un percorso verso la tossicodipendenza. E' quindi da evitare l'atteggiamento tollerante e/o normalizzante dell'uso di sostanze che spesso viene sostenuto e giustificato dal ragazzo minorenne con la frase "lo fanno tutti", "stai esagerando il problema", "non c'è niente di male se ci divertiamo un po' nel fine settimana con qualche spinello". La raccomandazione per i genitori è quella di non accettare tali giustificazioni ribadendo ed esplicitando chiaramente la loro posizione contro l'uso, anche occasionale, di sostanze stupefacenti da parte del figlio e facendogli capire, oltre alle possibili conseguenze negative che spesso vengono sottovalutate, che non è vero che "così fan tutti" perché la maggioranza dei ragazzi coetanei non usa droghe e che, in realtà, chi ne fa uso è un "falso eroe" che espone se stesso e gli altri a rischi e danni non accettabili.

Esperienze pratiche hanno mostrato che il drug test, se ben proposto e ben gestito, può aiutare a diminuire queste tensioni riuscendo, da un lato, a ridurre ansia e preoccupazione nei genitori, dall'altro ad indurli a "concedere" al proprio figlio minorenne una maggior libertà di movimento, purché condizionata dall'accettazione di alcune regole. E' impensabile, infatti, che il figlio scoperto positivo alle droghe (con uso occasionale ed in assenza di dipendenza) possa essere costantemente rinchiuso e controllato a vista presso il domicilio dei propri genitori. Pertanto, nei casi in cui le condizioni e le caratteristiche dei genitori e del ragazzo lo consentano, sarà possibile ricorrere all'affidamento dei drug test rapidi ai genitori. Tale affidamento dovrà essere preceduto, però, da uno o più incontri con uno specialista che insegnerà ai genitori il corretto uso del drug test e le modalità più efficaci per negoziare con il figlio la disponibilità a sottoporsi al test.

Affidamento del
drug test

La disponibilità del ragazzo a sottoporsi ai controlli dei genitori sarà accompagnata dalla possibilità per il giovane di uscire durante il tempo libero, di frequentare i propri amici, di rientrare ad orari stabiliti e compatibili con i ritmi e le scelte genitoriali. Va chiarito e debitamente discusso con il ragazzo che questa modalità, già sperimentata con successo con altri prima di lui, porterà a ridurre le ansie e le sofferenze dei propri genitori ma, soprattutto, a degli indubbi benefici in termini di riduzione della pressione di controllo. Ogni qualvolta, però, il genitore abbia il dubbio che ci sia stata un'assunzione di sostanze da parte del figlio, egli potrà richiedere al giovane di sottoporsi al test. In caso di rifiuto o di positività, verranno meno i presupposti di "libertà condizionata", cioè una sorta di "messa alla prova della fiducia", che si erano instaurati per contenere e ridurre l'ansia e la preoccupazione dei genitori, da un lato, e per arginare il disagio del figlio derivante dall'ipercontrollo e dall'isolamento dei propri pari, dall'altro. Nella maggior parte dei casi, questa modalità di gestione delle situazioni, opportunamente supportata da personale esperto in ambito psico-educativo, ha risolto situazioni di conflittualità tra genitori e figlio arrivando in pochi mesi alla soluzione del problema e a rasserenare il clima familiare. Va segnalato che la reazione dei ragazzi a questa modalità di controllo caratterizzata da una "libertà condizionata" è stata, generalmente, di positiva accettazione, contrariamente a quanto ci si possa aspettare. Rimane indubbio che, qualora sopraggiungano dubbi o difficoltà circa la gestione del drug test presso il proprio domicilio o relativamente la gestione del rapporto con il proprio figlio, è sempre consigliato il ricorso al personale sanitario competente che ha seguito il caso fin dall'inizio.

Una libertà
"condizionata"

Tabella 6a - Traccia per possibili orientamenti per genitori in seguito ad esito positivo del test del figlio minorenn.

Libertà di movimento	Gestione del denaro	Gruppo di amici	Divertimenti	Affettività e attività sessuale	Controlli di assunzione di sostanze	Orari di entrata e uscita
Si condizionato da: <ul style="list-style-type: none">• rispetto dei doveri• rispetto degli orari• con chi è• dove• per fare cosa• mezzo di trasporto utilizzato• possibile accertamento con test al ritorno	Somme assegnate per soddisfare necessità personali (bisogni secondari) differenziate per fasce d'età in relazione al fabbisogno settimanale). Evitare di fornire somme di denaro eccessive. Gestione delle entrate fornite da altri parenti tramite i genitori. Gestione delle somme auto-guadagnate con lavori saltuari controllata dai genitori. Conservazione ed accesso al denaro mediato dai genitori. Spese preventive con i genitori e debitamente rendicontate.	Frequentazione consigliata di coetanei. Meglio se gli amici sono conosciuti dai genitori. Curare con particolare attenzione le frequentazioni di "bulli" e di "gregari". Favorire l'accesso degli amici a casa e favorire la conoscenza reciproca. Favorire le relazioni amicali all'interno degli ambienti del tempo libero e scolastico frequentati dai figli. E' consigliata la frequentazione reciproca dei genitori.	Selezione dei luoghi di ritrovo (discoteche, locali notturni, ecc.). Proposta di forme di divertimento con la partecipazione di educatori per incentivare la relazione, la creatività, l'attività fisica, il teatro, ecc..	Educare all'accettazione del proprio corpo, delle caratteristiche fisiche e della propria sessualità. Accompagnare all'auto-riconoscimento ed interpretazione delle emozioni, dei rituali di relazione e dei gesti. Verificare le informazioni di educazione sessuale. Controllo dell'accesso alla pornografia, ai rapporti sessuali di coppia: <ul style="list-style-type: none">• saper dire di no o di sì al momento giusto;• consapevolezza;• rapporti all'interno di una situazione affettiva e di rispetto reciproco;• rapporti protetti.	Casuali/random - minimo ogni 3 o 4 mesi. Gestiti in ambito Sanitario, sempre con counselling e consenso informato dell'interessato. Finalità diagnosi precoce per ridurre mortalità e invalidità (temporanea e/o permanente). Non sottovalutare l'uso di sostanze legali.	Buona norma del rientro. Orari prefissati secondo l'età - consigliati ma variabili in base alle caratteristiche del ragazzo e dell'ambiente: <ul style="list-style-type: none">• 13-14: pomeriggio serale 22.30;• 15-17 anni 22.30-24.00;• 18 anni 24.00-0.30 Promuovere uscite "gestite" in collaborazione anche con altri genitori.



Tabella 6a - Traccia per possibili orientamenti per genitori in seguito ad esito positivo del test del figlio minorenni.

Limitazioni	Uso di sostanze	Rapporti con altri genitori	Compiti/Doveri	Sincerità / Onestà	Rispetto	Vigilanza e controllo
Libertà di movimento.	Alcol: NO se <18 anni.	Avvisare i genitori del rischio droga o abuso alcolico presente nel gruppo dei figli.	Educare ai principi.	EsPLICITARE che la sincerità e l'onestà sono i valori che stanno alla base del rapporto genitori-figli.	La lealtà è la prima forma di rispetto;	Definire le regole di vita familiare (elogio della disciplina e della responsabilità).
Uso del cellulare.	Tabacco:NO.	Rompere l'omertà.	Rispetto degli altri.	Va ricordato al figlio l'importanza di non compromettere la propria credibilità e il rapporto di fiducia: "i problemi vanno esplicitati ed affrontati, non trasformati in bugie".	"se vuoi rispetto dai rispetto";	Promuovere il valore della cultura e della scuola.
Uso della play station.	Droghe: NO.	Attivare relazioni dirette finalizzate a formazione/ sostegno sulle possibili reazioni improprie di alcuni adulti.	Rispetto di orari familiari e scolastici.		Il rispetto va mantenuto e preteso anche nelle parole e nel linguaggio utilizzato: non è solo una questione semantica;	Favorire la comunicazione con gli insegnanti.
Libertà nel tempo libero.	Farmaci: solo su prescrizione medica.	Possibilità di comunicazione differita tramite operatori sanitari (vedi parents' notification).	Rendimento scolastico sufficiente.	Promuovere incontri con personalità forti e significative che promuovano il comportamento contro l'uso di alcol e droghe.	I genitori devono essere i primi a rispettare i propri figli mostrando interesse e attenzione ai loro problemi (essi costituiscono un esempio educativo e di comunicazione).	Gestire i problemi relativi alla salute e all'igiene psicofisica.
Accesso a discoteche dove è risaputo esserci pericolo di vendita/consumo di droghe e abuso alcolico.	Educare all'uso dei farmaci.	Frequentare attività formative/educative in gruppo con altri genitori.	Collaborazione ai compiti domestici.			Accompagnamento del figlio nei luoghi di divertimento e negli ambienti sportivi.
			Ordine e pulizia della propria stanza.			Selezionare attentamente i luoghi del divertimento.
			Cura di sé (mantenimento/ regolarità del ciclo sveglia-sonno, mangiare correttamente e nel rispetto degli orari e dei rituali famigliari).			Conoscere gli amici e le frequentazioni dei figli minori.
			Impegno in attività, solidali, anche con i genitori.			Consapevolezza del ruolo e della responsabilità educativa, che ha risvolti anche penali in caso di mancato controllo e vigilanza.
						Stabilire relazioni d'aiuto efficaci.

2.6 Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori

A. Programmi di allerta genitoriale

Come principio generale, è necessario attivare specifici programmi in grado di allertare precocemente i genitori i cui figli minorenni vengono trovati in condizioni o situazioni suggestive di “rischio di consumo di droga”. Tra queste situazioni si possono indicare, ad esempio: l'essere coinvolti in incidenti stradali, l'essere in compagnia di soggetti fermati per detenzione di sostanze psicoattive o, semplicemente, l'essere indicati come partecipanti ai rituali di assunzione da altri coetanei o amici risultati positivi al test antidroga.

Rimane indubbio il fatto che informazioni di questo tipo devono essere sempre verificate con attenzione e vanno trattate con estrema cautela prima di procedere con qualsiasi tipo di azione. Pertanto, verificate le informazioni, l'allerta indirizzata ai genitori, e la relativa responsabilizzazione di questi ultimi, dovranno avvenire mediante avviso formale e riservato, con un approccio di counseling per la famiglia, connotato dal rispetto della privacy del minore e dei genitori. La finalità di questa azione deve essere preventiva e non repressiva, e va mantenuta, quindi, all'interno dell'area sanitaria e non dell'area legale. Inoltre, è opportuno che i genitori abbiano un unico interlocutore in modo da avere sempre chiaro a chi si possono rivolgere e da creare stabili relazioni di fiducia che possono contribuire a gestire al meglio la situazione.

E' utile ricordare che il diritto alla privacy della persona minorenne utilizzatrice di sostanze psicoattive non può essere applicato nei confronti dei genitori, per i quali esiste, invece, un diritto ad essere informati ed un corrispondente dovere, da parte degli adulti educatori formalmente investiti di tale ruolo, di informare.

Allerta e
responsabilizzazione
dei genitori

Va ricordato che la segnalazione ai genitori deve rispettare il principio di cautela in merito al fatto che è necessario costruire preventivamente un contesto di comunicazione che permetta di evitare reazioni sproporzionate e inidonee da parte dei genitori relativamente al problema. Andrà quindi eseguita una valutazione preliminare non tanto sul “se comunicare” al genitore il problema, bensì sul “come comunicarlo”, al fine di rendere tale comunicazione effettivamente tutelante per l'integrità psicofisica e sociale del ragazzo in relazione ad un suo possibile uso di droghe o alcol. La questione è estremamente delicata e complessa. Pertanto, l'indicazione generale è quella di valutare caso per caso le varie situazioni familiari, così da evitare una “caccia alle streghe” e, nel contempo, evitare la sottovalutazione di un rischio. Particolare attenzione dovrebbe essere prestata da parte degli insegnanti ai comportamenti degli studenti soprattutto durante le gite scolastiche, dove l'abuso di alcol, o l'uso di sostanze psicoattive, possono essere frequenti. Nel caso in cui i fatti riguardino famiglie o genitori problematici che potrebbero avere una reazione negativa e non produttiva dal punto di vista educativo nei confronti del figlio, gli operatori dovranno prendere in considerazione la possibilità di operare tale segnalazioni con il supporto e la mediazione professionale di esperti dei Consultori familiari o dei SerT. Nel caso estremo in cui i genitori del minore fossero individuati come fonte di rischio reale per la sua integrità psico-fisica, sarà necessario valutare l'opportunità di segnalare tali condizioni alle autorità giudiziarie competenti per la tutela dei minori. In ogni caso, sono da evitare e da biasimare comportamenti ed atteggiamenti degli operatori che evitino o ritardino in modo ingiustificato la presa in carico del problema.

Il principio di
cautela



B. Comunicazione genitoriale anonima

Un auspicabile nuovo modello di comunicazione per i genitori, finalizzato alla rottura delle “reti solidaristiche negative” che spesso gli adolescenti consumatori di sostanze attuano tra loro verso genitori e adulti, utilizzando l’omertà e la menzogna come meccanismi di difesa dei propri comportamenti o di quelli del gruppo, è la comunicazione genitoriale anonima, “Anonymous Parents’ Notification”.

Questo tipo di metodica comunicativa viene condotta da operatori sanitari nei confronti di quei genitori ancora inconsapevoli dei problemi in cui possono essere stati coinvolti i propri figli, mettendoli al corrente del rischio che essi stanno correndo.

Il personale sanitario che viene a conoscenza, da parte di alcuni genitori che si sono accorti del problema nei loro figli, dell’esistenza di un gruppo di adolescenti che fa uso di droghe, dovrà porsi l’obiettivo di allertare tempestivamente anche i genitori degli altri giovani del gruppo. Anche in questo caso, il principio di cautela è fondamentale ma andrà applicato in relazione a “come” contattare i genitori e comunicare loro la situazione, non essendo in discussione il “se” contattarli. Il contatto dei genitori, quindi, potrà e dovrà avvenire in relazione ad eventuali situazioni di rischio che possono riguardare non direttamente il proprio figlio ma il suo gruppo di amici.

L’ Anonymous Parents’ Notification si basa su attività che devono essere scientificamente orientate, costantemente controllate nella loro efficacia e che richiedono conoscenza, abilità e preparazione specifica ed accreditata da parte degli operatori sanitari. Essa potrà essere incentivata e sostenuta direttamente dai medici o dagli psicologi che possono in prima persona, sostituendosi ai genitori segnalanti, contattare gli altri genitori ancora ignari dell’uso di droga all’interno del gruppo di amici del figlio, sulla base delle informazioni ottenute dal minore risultato positivo ai controlli e dalla sua famiglia.

Al fine di informare i genitori i cui figli potrebbero fare uso di droghe, l’Anonymous Parents’ Notification può avvenire attraverso diverse modalità, a seconda del contesto, delle circostanze e dei soggetti coinvolti. L’operatore sanitario offrirà, quindi, la sua collaborazione e disponibilità per procedere alla comunicazione nella maniera più adeguata. I genitori dei soggetti risultati positivi possono anche scegliere di provvedere personalmente, senza l’aiuto ed il controllo dell’operatore, ad informare gli altri genitori, o di non informarli, assumendosene in pieno le responsabilità morali e giuridiche. In quest’ultimo caso, l’operatore dovrà prodigarsi con una intensa attività di counseling, al fine di far riflettere i genitori sulla scelta migliore da farsi.

Le procedure di Anonymous Parents’ Notification devono essere offerte senza pregiudizi, in maniera appropriata, sensibile e culturalmente adeguate ai soggetti cui si rivolgono. La presenza di etnie diverse nei vari Paesi (sia autoctone che di immigrazione) dovrà essere attentamente valutata dall’operatore e trattata con soluzioni procedurali rispetto se anche delle singole tradizioni e culture originarie.

Tutto questo dovrebbe avvenire garantendo comunque l’anonimato della fonte che ne ha fornito i nominativi. Tutta la documentazione relativa allo svolgimento delle procedure dovrà essere elaborata in modo da non consentire in alcun modo la schedatura o la creazione di archivi nominativi, in grado di permettere l’identificazione del paziente, dando quindi origine a possibili discriminazioni o azioni emarginanti anche nei confronti dei soggetti contattati.

Tutti i dati riferibili all’identità dei genitori contattati e dei loro figli dovranno essere conservati solo temporaneamente e con opportune forme di archiviazione protetta, con possibilità di accesso riservato esclusivamente al medico o all’operatore sanitario specializzato che, materialmente, effettua il contatto. L’uso di tali dati

“Anonymous Parents’
Notification”

Attività
scientificamente
orientata

Modalità per la
comunicazione

Anonimato

deve essere tassativamente finalizzato alle azioni di Anonymous Parents' Notification, nell'interesse dei giovani interessati dal rischio droga e dei loro genitori, che, una volta avvisati del rischio, potranno scegliere liberamente la migliore azione da intraprendere.

Pertanto, il compito dell'operatore è quello di "rintracciare e rendere tempestivamente edotti genitori ignari del possibile rischio droga e di patologie correlate che i loro figli potrebbero correre", lasciando poi alla loro libera scelta, ma offrendo contestualmente il proprio aiuto, le azioni conseguenti. Al termine dell'attività, i dati identificativi dei genitori contattati dovranno essere eliminati.

Occorre premettere che la decisione se attivare o meno le procedure di Anonymous Parents' Notification, può essere influenzata anche dalla reale possibilità di identificare e raggiungere gli altri genitori e/o i loro figli che potrebbero fare uso di droghe. In altre parole, se il contatto è raggiungibile ed informabile si potrà iniziare la procedura con la raccolta dei nominativi ma, se non vi è possibilità di reperimento, non si dovrà neppure iniziare la raccolta dei dati, evitando così stesure di liste nominative ed archivi che potrebbero essere utilizzati in modo incongruo.

La finalità del contatto genitoriale è, pertanto, quella di attivare allerte informative precoci che potrebbero risultare molto efficaci nell'identificazione di situazioni di rischio in cui il proprio figlio potrebbe trovarsi mantenendo, però, anonima la fonte informativa e gestendo con particolare attenzione le reazioni secondarie che potrebbero svilupparsi in ambito familiare in seguito all'avviso di allerta. E' necessario, infatti, garantire counseling e sostegno psicologico a tutti i genitori che scelgono di segnalare direttamente ad altri genitori la situazione di rischio d'uso di sostanze che potrebbe caratterizzare il loro figlio. Le attività di counseling e di sostegno psicologico possono, infatti, ridurre le conseguenze non volute, o inattese, della notificazione. Il servizio di counseling va inoltre offerto ai genitori contattati per sostenerli al momento dell'apprendimento delle delicate informazioni che potrebbero riguardare il loro figlio e per meglio consigliarli sulle azioni da intraprendere per affrontare la situazione nel modo migliore.

Counseling

Dall'osservazione clinica preliminare, è da segnalare che non si sono ravvisate condizioni e situazioni particolarmente problematiche derivanti da questo tipo di pratica. In particolare, le reazioni prevalenti sono:

Reazioni
dei genitori
contattati

- Tipo 1: i genitori restano stupiti della comunicazione e dichiarano di non aver mai sospettato l'uso di sostanze da parte del figlio. Tuttavia, riconoscendo l'autorevolezza della fonte (medico o psicologo della struttura pubblica), prendono seriamente in considerazione l'allerta fornita e richiedono aiuto nella gestione del problema;
- Tipo 2: i genitori non restano particolarmente stupiti, essendo già al corrente dell'uso di sostanze da parte del figlio. In questo caso, vi sono due sottospecie di reazione. La prima è quella di minimizzazione dell'accaduto dimostrando una certa tolleranza verso il comportamento del figlio che non considerano particolarmente a rischio o pericoloso. La seconda è quella di manifestare il loro senso di impotenza nell'affrontare il problema e, di conseguenza, richiedono aiuto per affrontarlo.
- Tipo 3: la reazione meno frequente è quella di negazione irritata del problema, a volte anche molto infastidita nei confronti del sanitario portatore della comunicazione, con ostinata richiesta di conoscere la fonte di informazione primaria e dichiarazione dell'assoluta estraneità dei fatti del figlio. In questo caso, l'operatore si deve limitare a fornire l'informazione di allerta e concludere, così, l'intervento.
- Tipo 4: una totale assenza di reazione con un apparente disinteresse alla questione. Tali reazioni spesso possono essere in relazione anche al fatto che alcuni genitori utilizzano a loro volta sostanze stupefacenti e, talvolta, sono implicati anche nel traffico e nello spaccio delle stesse.



In ogni caso, il compito del sanitario è quello di portare una corretta e tempestiva informazione ai genitori al fine di metterli nelle migliori condizioni possibili per poter esercitare la loro responsabilità a pieno nei confronti della tutela e della salute del figlio.

Al fine di garantire una buona qualità delle prestazioni, tutti i servizi eroganti procedure di Anonymous Parents' Notification dovranno essere accreditati ex-ante da un ente superiore, in grado di selezionare esclusivamente organizzazioni capaci di assicurare permanentemente le caratteristiche qui elencate. Inoltre, i responsabili dei programmi di Anonymous Parents' Notification devono costantemente raccogliere i dati sui servizi erogati ed utilizzarli per valutare e migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità dei programmi stessi. Nel fare ciò, dovrà essere costantemente valutata anche la soddisfazione del cliente (genitori "segnalanti" e "segnalati" ed eventuali ragazzi minorenni testati), soprattutto relativamente al grado di mantenimento della privacy, dei trattamenti ricevuti ed il loro giudizio relativamente al grado di utilità dell'informativa ricevuta e la validità del metodo utilizzato per la comunicazione. Il livello di soddisfazione del cliente sarà utilizzato come criterio per la riconferma dell'accreditamento.

Accreditamento
dei servizi

C. Terapia familiare

Il coinvolgimento dei genitori potrà avvenire anche attraverso forme di terapia familiare cui affiancare le consuete terapie cognitive - comportamentali individuali. La terapia familiare per i giovani con problemi di consumo di droghe è una terapia centrata su una visione olistica della famiglia, e agisce contemporaneamente su quattro aree.

La prima è quella del giovane che viene stimolato a comunicare con i propri genitori, a sviluppare abilità di problem solving e di regolazione delle proprie emozioni, a migliorare il proprio rendimento scolastico e ad intraprendere attività alternative all'uso di sostanze.

La seconda area in cui agisce la terapia riguarda i genitori ed è volta ad aumentare il coinvolgimento comportamentale ed emotivo con i propri figli e a migliorare le loro capacità genitoriali.

L'area dell'interazione riguarda la riduzione dei conflitti familiari e il rafforzamento dell'attaccamento emotivo e delle capacità comunicative e di problem solving.

La terapia in ambito extrafamiliare, infine, promuove le abilità dei genitori e del giovane all'interno del più ampio sistema sociale cui il giovane stesso partecipa (es. scuola, attività ricreative, ecc.).

Studi recenti hanno mostrato l'efficacia di questo tipo di terapia in termini di riduzione del consumo di sostanze nel soggetto e di mantenimento nel tempo di comportamenti drug free. Ciò mostra che le terapie che coinvolgono la famiglia e che si focalizzano sul cambiamento dell'ambiente familiare e sulle pratiche genitoriali conducono ad un significativo miglioramento nei problemi droga-correlati nei giovani.

Comunicazione
tra genitori e figli

2.7 Servizi o fasce orarie dedicate ai minori

E' necessario differenziare gli ambienti, o gli orari di accesso, o le modalità di accoglienza per le persone minorenni e per i loro genitori, rispetto agli ambienti e alle modalità di accoglienza dedicate agli assuntori problematici maggiorenni che normalmente frequentano i Sert. Ciò si spiega con l'intenzione di agevolare il contatto tra struttura sanitaria e soggetto minore e di operare in un setting adatto e meno psicologicamente impattante per il minorenne stesso e la sua famiglia. Andranno, quindi, differenziati gli ambienti di accoglienza e di diagnosi e trattamento. Dove questo non fosse possibile, sarà opportuno distinguere almeno gli orari di accoglienza dell'utenza minorenne da quelli di accoglienza dell'utenza maggiorenne.

Servizi
dedicati

In alcuni contesti, l'invio di un adolescente ai Servizi per le tossicodipendenze potrebbe risultare particolarmente destabilizzante ed impattante per il soggetto e l'afferenza a strutture di questo tipo potrebbe essere vissuta dal giovane e dalla sua famiglia come un'esperienza stigmatizzante e, proprio per questo, da evitare. Ciò potrebbe tradursi in un rifiuto alla frequentazione della struttura sanitaria specialistica e nella mancata possibilità di incontro del giovane e dei suoi genitori con degli specialisti. Pertanto, al fine di creare le condizioni adeguate per l'accoglienza del giovane e affinché costui si senta il meno possibile a disagio all'interno della struttura di accoglienza, è possibile considerare anche l'invio alternativo del soggetto presso un consultorio familiare, inteso come contesto più "neutrale" rispetto ad un Sert e in cui è comunque possibile fornire una consulenza specialistica nell'ambito delle dipendenze patologiche e un supporto adeguato sia per l'adolescente sia per la sua famiglia.

Consultori

La maggior parte delle offerte di trattamento si basa sulla terapia cognitivo - comportamentale, che offre numerosi vantaggi in termini di brevità del percorso terapeutico, flessibilità, compatibilità della terapia con altri trattamenti e di efficacia dimostrata anche da alcuni importanti studi internazionali (NIDA). Alcune esperienze associano alle terapie cognitivo - comportamentali anche le terapie supportive-espressive e con gruppi di ripresa delle funzioni; altre integrano i percorsi psicoterapeutici di tipo sistemico o motivazionale con dei lavori di gruppo. Ciò che contraddistingue molte di queste offerte terapeutiche è la personalizzazione dei programmi di trattamento per tipologia di consumatori (es. neofiti, "weekendisti", primari, poliassuntori, recidivanti, manager-senior) e l'implementazione di percorsi di reinserimento socio-lavorativo.

Terapie

Al fine di facilitare quanto più possibile l'avvicinamento di una persona consumatrice di cocaina, soprattutto se minorenne, ai servizi di cura, è opportuno pensare anche a canali di comunicazione alternativi, tenendo in considerazione le abitudini dei giovani consumatori e quindi utilizzando strumenti che loro stessi utilizzano quotidianamente (Internet, media, social network, ecc.). A tal proposito si ritiene importante sviluppare siti e portali specialistici dove sia possibile richiedere e ricevere informazioni sulla sostanza cocaina, fissare un appuntamento con personale specializzato e mettersi in contatto con gli operatori sanitari via e-mail o in viva voce tramite Windows Messenger per parlare con loro delle eventuali problematiche legate al consumo di cocaina. In questo modo, l'approccio risulta informale e discreto e il sito può essere inteso sia come punto informativo, sia come punto di partenza per un percorso di cura più ampio e articolato che i soggetti consumatori possono decidere di percorrere.

Nuove
tecniche di
avvicinamento:
Internet



2.8 Applicazione delle leggi contro la promozione e la pubblicizzazione dell'uso di droghe che possono nuocere, direttamente o indirettamente, a persone minorenni

E' necessario applicare la possibilità di sanzionare chi direttamente o indirettamente, secondo gli artt. 82 e 84 del D.P.R. n. 309/1990 (Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, e successive modificazioni e integrazioni) induce, istiga o pubblicizza l'uso di droghe.

Pertanto, è anche doveroso attuare una severa politica di controllo e repressione relativa agli esercizi commerciali che promuovono l'acquisto di sostanze non ufficialmente comprese nelle tabelle delle droghe illegali, ma iscrivibili nell'elenco delle sostanze pericolose (herbal drugs, spice drugs, funghi allucinogeni, ecc.) o che pubblicizzano, direttamente o indirettamente, incentivano e promuovono l'assunzione o la coltivazione di sostanze e l'acquisto di strumenti, o parafrenalia, per la preparazione finalizzata al consumo delle sostanze stesse (smart shops). Particolare attenzione dovrà essere posta al fatto che questi negozi possono essere frequentati da persone minorenni. E' opportuno che anche le amministrazioni comunali siano coinvolte in azioni di controllo e prevenzione in questo campo.

Controllo
degli smart
shops

2.9 Controlli antidroga e antialcol sui guidatori minorenni

A. Controlli sui guidatori

E' opportuno aumentare i controlli sui guidatori minorenni di ciclomotori, non solo in relazione al consumo di alcol, attraverso il dosaggio del tasso alcolemico mediante etilometro, ma estenderli anche al consumo di droghe, rinforzando ulteriormente il messaggio che non è tollerabile guidare in stato psicofisico alterato a seguito del consumo di alcol e/o droga. Questo dovrebbe costituire un deterrente all'utilizzo di droghe, perlomeno quando ci si mette alla guida di ciclomotori o autoveicoli, come dimostrato da esperienze italiane concrete e sostenibili. I controlli potrebbero essere eseguiti anche mediante la collaborazione con personale sanitario specializzato nell'area della dipendenza da sostanze ed esperto in controlli tossicologici. A tal proposito, si incoraggia l'adozione di un protocollo operativo (Protocollo Drugs On Street – D.O.S. – per gli accertamenti su strada volti alla prevenzione della guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche e stupefacenti), già disponibile presso le Amministrazioni centrali di Governo, che prevede l'esecuzione di controlli tossicologici "on site" sui conducenti fermati dalle Forze dell'Ordine. Associare gli operatori sanitari alle Forze dell'Ordine consentirebbe di garantire ai soggetti fermati e sottoposti a controllo un miglior trattamento in termini di supporto psicologico, e una maggior garanzia del rispetto del loro diritto ad essere informati sulle procedure sanitarie e di poter avere a disposizione, e quindi, conservati, i materiali biologici per eventuali contro-analisi.

Gli accertamenti clinici e laboratoristici da effettuare dovranno essere strutturati sui seguenti livelli successivi di analisi:

- anamnesi tossicologica e farmacologica del conducente controllato;
- test di screening per le sostanze psicoattive;
- esame obiettivo medico mirato;
- esame dei tempi di risposta neurologica;
- prelievo di sangue (solo se volontario);
- analisi di conferma e verifica presso i competenti laboratori di analisi chimico-cliniche dei campioni biologici raccolti.

Accertamenti
clinico -
tossicologici

Si sottolinea l'importanza rivestita dagli accertamenti clinici (visita medica con esame neuropsicologico) e dagli esami strumentali (test di reattività neurologica) eseguiti al momento del fermo. Va sottolineato, infatti, che alcune sostanze psicoattive non vengono determinate con i normali test eseguiti nel contesto degli accertamenti conseguenti al fermo ma, contestualmente, è possibile rilevare segni e sintomi clinici con esame obiettivo (ad es. nel caso degli allucinogeni o della ketamina).

Esame obiettivo
e strumentale

Va inoltre ricordato che i rilievi eseguiti mediante visita medica e test di reattività neurologica subito dopo il fermo sono da considerare "esami irripetibili", in quanto eseguiti sicuramente sotto l'effetto di sostanze che, però, sono destinati a scomparire nei giorni successivi e, quindi, non più rilevabili. Da ciò deriva l'importanza di eseguire i controlli tossicologici da parte di personale sanitario esperto, in grado non solo di gestire gli aspetti clinico - laboratoristici dei controlli ma anche di fornire un supporto di counseling adeguato ai conducenti sottoposti agli accertamenti. E' auspicabile, quindi, che le Prefetture adottino il Protocollo Drugs On Street - D.O.S - e lo propongano alle Forze dell'Ordine e alle strutture sanitarie del proprio territorio, al fine di costituire équipes integrate di intervento in grado, nel rispetto delle specifiche competenze, di contribuire attivamente a contenere il fenomeno della guida in stato psicofisico alterato per l'assunzione di sostanze psicoattive e alcol, di ridurre il numero degli incidenti stradali e, più in generale, di disincentivare il consumo di droghe.

Per quanto concerne il ruolo delle strutture sanitarie, alla luce della funzione attribuita ai servizi di Sanità Pubblica e della necessaria sussidiarietà che è necessario applicare fra tutte le organizzazioni e le istituzioni investite del compito di tutelare, a vari livelli, la sicurezza e la salute dei cittadini, sarebbe opportuno rivedere i modelli organizzativi delle strutture sanitarie dell'area della dipendenza da sostanze, per favorire l'esecuzione di attività di controllo congiunte con le Forze dell'Ordine. Inoltre, sarebbe utile dedicare le risorse attualmente disponibili all'incremento degli interventi di controllo su strada in modo da incidere significativamente sul fenomeno della guida sotto l'effetto di sostanze alcoliche e psicoattive e cercare di controllare e sanzionare quei comportamenti che possono generare morti e invalidità, per altro evitabili.

Revisione dei
modelli
organizzativi

B. Segnalazioni

Contemporaneamente, potrebbero essere introdotte norme e regolamenti per permettere l'esecuzione dei test antidroga anche sui passeggeri minorenni trovati a bordo di auto fermate con conducente risultato positivo ai test antidroga. Queste persone, indipendentemente dal risultato del drug test, dovrebbero essere segnalate dalle Forze dell'Ordine alla Prefettura e, contemporaneamente, dovrebbero esserne avvisati i genitori invitandoli a far accedere il proprio figlio ad un servizio di diagnosi.

Controlli sui
passeggeri
minorenni

C. Drug test e certificazione

E' auspicabile, inoltre, inserire nella normativa (artt. 119-121 del Codice della Strada) l'obbligo di rilasciare il certificato medico perfezionato con controlli antidroga sui ragazzi che richiedono tale documento finalizzato al conseguimento del patentino per la guida di motorini, o la patente per moto e auto. Questa forma di controllo vuole rappresentare anche un deterrente all'uso di droghe per una popolazione giovanile che dà un alto valore alla possibilità di usare un motoveicolo.

Patente per
moto
e motorini



2.10 Controllo del traffico e dello spaccio

A. Politiche generali

E' necessario che le Forze dell'Ordine agiscano territorialmente con azioni strutturate su vari livelli, concertate su tutto il territorio nazionale e coordinate sia internamente sia, ove necessario, a livello internazionale. Per quanto riguarda il livello della repressione e del contrasto del traffico e dello spaccio, particolarmente indirizzato ai minorenni presso scuole o luoghi da loro frequentati, è opportuno agire mantenendo una legislazione improntata a riconoscere l'uso di sostanze psicoattive come illecito e, in quanto tale, perseguibile in via amministrativa, anche con sanzioni che limitino i potenziali danni derivanti dall'uso di sostanze psicoattive mentre ci si trova alla guida di autoveicoli, o in possesso di armi e/o durante l'esercizio di mansioni a rischio. La normativa è impostata in modo da trasmettere, anche in termini di comunicazione, un atteggiamento sociale teso ad intendere che l'uso di droghe e l'abuso alcolico sono un disvalore e che non vi è la minima condivisione nei confronti di questa condotta comportamentale che può nuocere a se stessi e ad altre persone.

Repressione
e contrasto

B. Traffico illecito negli ambienti scolastici

In alcune situazioni particolarmente problematiche, o dove vi sia una fondata preoccupazione che le organizzazioni criminali dedite allo spaccio si siano radicate in ambienti scolastici per aprire nuovi mercati proprio in quelle aree, può essere opportuno prevedere l'attuazione di controlli di vario tipo soprattutto nelle aree limitrofe alle scuole, al fine di creare un forte deterrente per coloro che sono implicati nelle reti di traffico illecito. Tra questi controlli, è possibile valutare l'eventuale impiego periodico, o su richiesta dei dirigenti scolastici, in accordo con le famiglie, o i loro rappresentanti, di unità cinofile all'esterno degli edifici scolastici, e se necessario, in caso di particolari condizioni di gravità, anche all'interno.

In alcuni casi, sono da considerare positivamente misure deterrenti come il posizionamento di videocamere di sorveglianza nelle zone perimetrali delle strutture scolastiche, forme di telecontrollo, ecc.

Infine, all'interno della più ampia programmazione di interventi preventivi, così come nell'ambito dei percorsi di educazione alla legalità, sarebbe opportuno prevedere il coinvolgimento delle Forze dell'Ordine a cicli di conferenze e seminari rivolti a dirigenti, docenti, non docenti e genitori. In occasione di tali incontri informativi, sarebbe utile evidenziare la funzionalità, l'utilità e l'importanza delle Forze dell'Ordine in termini di controllo e repressione del traffico e dello spaccio di sostanze psicoattive, attività che sono a favore soprattutto del mondo giovanile.

Scuole e
controlli

C. Stadi, discoteche e locali di intrattenimento

E' opportuno prevedere l'intensificazione dei controlli da parte delle Forze dell'Ordine nell'ambito degli stadi, delle discoteche e di altri luoghi di intrattenimento generalmente frequentati dai giovani. In particolare, con il coordinamento del Comitato Provinciale per la Sicurezza, sarebbe utile incrementare il numero di posti di controllo posizionati in anticipo nelle vicinanze dei locali, in corrispondenza dell'orario di accesso a tali siti, con finalità principale di deterrenza nei confronti del consumo e del traffico di sostanze e soprattutto della guida sotto l'effetto di alcol e/o droghe. L'intervento delle Forze dell'Ordine dovrà risultare coordinato, omogeneo e costante.

Interventi
coordinati

D. Rave parties

Il fenomeno dei rave parties costituisce un ulteriore ambito da presidiare con particolare intensità per eliminare, o per lo meno ridurre, la possibilità che i giovani entrino in contatto con le droghe. Durante queste grandi feste musicali non autorizzate, il traffico e lo spaccio di sostanze illecite raggiungono intensità molto elevate. Poiché tali eventi sono frequentati soprattutto da giovani che si ritrovano in situazioni a forte rischio di consumo di droga, è opportuno prevedere azioni preventive che coinvolgano parallelamente le famiglie dei ragazzi e le Forze dell'Ordine.

Per quanto riguarda l'intervento dei genitori, è opportuno che costoro vigilino sulle attività dei propri figli evitando il loro coinvolgimento in queste situazioni di rischio, anche adottando atteggiamenti di tipo autorevole e che connotino, contemporaneamente, una chiara presa di posizione rispetto ad un ambiente pericoloso per la salute del proprio figlio (vedi punto 2.4).

Ricordando che i rave parties dovrebbero essere sempre autorizzati preventivamente dall'Autorità Provinciale di Pubblica Sicurezza su richiesta del responsabile dell'organizzazione, ma che tale richiesta viene spesso omessa, conferendo alla manifestazione uno status di illegalità, è necessario aumentare la vigilanza preventiva delle Forze dell'Ordine su questa tipologia di eventi, anche se i controlli sui rave parties possono risultare difficoltosi a causa della segretezza con cui viene trattata la loro organizzazione, rendendo quindi problematica la rilevazione precoce di informazioni su luoghi e tempi dell'evento. Tuttavia, la rete Internet può offrire, tramite Forum, Blog e Chatroom, numerose notizie utili per individuare con anticipo dove e quando i rave parties vengono allestiti. Il monitoraggio della rete Internet, quindi, può costituire, come per le "farmacie on line" (vedi punto 1.2), uno strumento utile per la rilevazione di informazioni sulla base delle quali adottare azioni di tipo preventivo.

Vigilanza
preventiva

E. Coinvolgimento delle Amministrazioni locali

Gli ultimi anni si è assistito ad un sempre maggior interesse e coinvolgimento delle Amministrazioni locali in merito all'emanazione di propri provvedimenti finalizzati alla regolamentazione e al controllo dei fenomeni di spaccio e consumo di sostanze psicoattive in ambienti pubblici. Alcuni Sindaci hanno già definito e promulgato atti formali volti a questo scopo, anche grazie ai, e sulla base dei, poteri aggiuntivi loro conferiti dal D.M. 5 agosto 2008 "Incolumità pubblica e sicurezza urbana: definizione e ambienti di applicazione".

Benché la materia sia ancora oggetto di approfondimento giuridico e di necessarie ulteriori definizioni delle regolamentazioni in oggetto, si ritiene che l'attivazione delle Amministrazioni locali in tal senso possa costituire un segnale, in termini di comunicazione sociale, estremamente positivo per i cittadini e soprattutto per il target giovanile.

Infatti, è estremamente apprezzabile e auspicabile il fatto di ribadire attraverso atti di questo tipo che il consumo e lo spaccio di sostanze psicoattive sono considerati un disvalore, un comportamento socialmente non accettabile e dunque sanzionato anche da regolamenti locali oltre che dalla norma generale.

Pertanto, la diffusione di tali azioni è da promuovere e, a tal fine, il Dipartimento Politiche Antidroga può fornire adeguati supporti tecnico/amministrativi per la realizzazione di atti coerenti e sostenibili dal punto di vista giuridico-formale. Le iniziative intraprese dalle Amministrazioni locali, potranno in tal modo coadiuvare l'attività delle Forze dell'Ordine, e andranno, comunque, sempre ben definite e coordinate con le autorità locali di pubblica sicurezza al fine di garantire unitarietà di metodi, omogeneità di interventi e costanza di azione.

Provvedimenti
formali

*F. Unità operative territoriali e Sistema Nazionale di Allerta Precoce*

Considerato lo sviluppo registrato dal commercio via Internet di sostanze psicoattive, o di farmaci venduti senza prescrizione, è opportuno che le diverse unità operative territoriali, dalle strutture di emergenza, ai laboratori, ai Centri Antiveleni, alle Forze dell'Ordine, entrino a far parte, con varie modalità, del network del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe del Dipartimento Politiche Antidroga. E' necessario, infatti, che vengano strutturate forme di partecipazione attiva al suddetto Sistema sia per ricevere informazioni attendibili e tempestive che possono interessare la comunità scientifica, l'ambiente sanitario, le Forze dell'Ordine, e i consumatori stessi, sia per poter alimentare un database informativo che consenta di delineare un quadro del fenomeno droga il più ricco possibile, non solo nel nostro Paese ma, dati i confini che il Web è in grado di valicare, anche all'estero. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, quindi, oltre a costituire uno strumento attraverso cui rilevare informazioni utili in merito ai fenomeni droga-correlati che possono interessare la popolazione generale e rappresentare nuove occasioni di pericolo tra i giovani, permette anche di monitorare la rete Internet e di mappare i siti web che vendono sostanze o che trattano in modo inappropriato, distorto e/o falso la questione droga. Pertanto, sarebbe necessario ed auspicabile che anche le Amministrazioni regionali e le Province Autonome, attraverso i propri Assessorati e uffici competenti, aderissero al Sistema nazionale secondo le modalità previste dai protocolli e gli accordi di collaborazione già disponibili presso il Dipartimento Politiche Antidroga, e che partecipassero all'attività dello stesso adottando protocolli di azione in linea con l'assetto organizzativo e procedurale del Sistema.

Partecipazione
attiva

3. Valutazione degli interventi di prevenzione

E' opportuno che vengano implementati sistemi per la valutazione dell'efficacia degli interventi adottati in tema di prevenzione. Ciò si spiega con l'esigenza di verificare quali aspetti degli interventi siano efficaci, quali presentino criticità particolari e quali modifiche o correzioni possono essere apportate al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati. Pur consapevoli delle difficoltà che possono sussistere nel valutare l'efficacia di interventi di questo tipo, è comunque possibile individuare variabili validamente rappresentative del fenomeno osservato, che aiutino a rappresentare in termini quantitativi l'impatto e l'efficacia delle misure intraprese. Ciò si traduce nell'individuazione di alcuni macro-indicatori di output e di outcome specifici che il presente documento propone accanto alle linee di intervento e che possono essere utili per delineare delle procedure di valutazione delle azioni proposte in questa sede (Tabella 7). E' opportuno precisare che tutti gli indicatori potranno essere valutati, ricalibrati e relativizzati in base al contesto in cui l'intervento viene avviato, prendendo in considerazione, ad esempio per una data area geografica, il numero dei destinatari, il numero di abitanti, il numero di scuole, il numero di soggetti tossicodipendenti, ecc. I risultati attesi potranno, quindi, variare a seconda delle caratteristiche del contesto in cui si opera.

Tabella 7 - Sistema degli indicatori.

Linee di indirizzo	Alcuni possibili indicatori
1. Informazione e comunicazione coerente	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatori raccolti in fase di progettazione ed elaborazione dei materiali informativi: <ol style="list-style-type: none"> a. Giudizio di utilità dei materiali b. Giudizio di comprensibilità dei materiali c. Giudizio di credibilità dei materiali d. Giudizio di accettabilità dei materiali e. Giudizio di gradimento dei materiali - Indicatori raccolti dopo la divulgazione dei materiali informativi: <ol style="list-style-type: none"> a. N. interventi permanenti attivati in un anno b. Durata degli interventi c. N. di soggetti raggiunti dalla campagna, per tipologia di target d. N. di prodotti realizzati per tipologia (video, poster, locandine, ecc.) e. N. dei messaggi con contenuti che rafforzano comportamenti positivi sul N. totale dei messaggi prodotti f. N. dei messaggi evidence-based sul N. totale dei messaggi prodotti
2. Coinvolgimento diretto dei ragazzi (peer-to-peer) nella preparazione e nella promozione delle campagne di prevenzione	<ol style="list-style-type: none"> a. Percentuale (%) dei materiali creati con il coinvolgimento dei giovani b. N. group leader attivati sul N. totale dei group leader individuati c. N. di interventi peer-to-peer attivati d. Variazioni nel target in merito a: <ul style="list-style-type: none"> - livello di conoscenza sui rischi e i danni derivanti dall'uso di droghe - atteggiamento verso il consumo di droghe - interruzione di comportamenti a rischio - uso dichiarato di sostanze
3. Coinvolgimento del mondo dello spettacolo	<ol style="list-style-type: none"> a. N. testimonial dello spettacolo coinvolti b. N. di passaggi/uscite del materiale e loro rilevanza
4. Impiego di strumenti multimediali e coinvolgimento di scuole e genitori (life skills)	<ol style="list-style-type: none"> a. N. di portali tematici su droga e alcol attivati b. N. degli accessi ai portali tematici attivati c. N. di C.I.C. attivi e funzionanti d. N. di programmi di life skills attivati (N. studenti coinvolti sul N. totale degli studenti coinvolgibili; N. genitori coinvolti sul N. totale dei genitori coinvolgibili; N. insegnanti coinvolti sul N. totale degli insegnanti coinvolgibili) e. Tasso di accettazione dei programmi di life skills (%) (N. scuole che hanno accettato di attuare programmi di life skills sul N. totale delle scuole esistenti) f. Tasso di attuazione dei programmi di life skills (%) (N. scuole che hanno attuato il programma sul N. totale delle scuole che hanno accettato di svolgerlo) g. Tasso di adozione dei programmi di life skills (%) (N. di scuole che hanno attuato il programma sul N. totale di scuole esistenti) h. N. di programmi di parent training attivati i. N. di genitori coinvolti sul N. totale dei genitori coinvolgibili nei programmi di parent training g. N. di insegnanti coinvolti sul N. totale degli insegnanti coinvolgibili nei programmi di parent training

**5. Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori**

- a. N. di genitori che hanno acconsentito ad attivare l'allerta (tasso di adesione al programma)
- b. N. di allerte attivate
- c. N. di genitori allertati
- d. N. di soggetti testati a seguito dell'allerta e risultati positivi al drug test sul N. totale dei soggetti testati a seguito dell'allerta
- e. N. di terapie familiari effettuate per soggetto risultato positivo al drug test
- f. assunzione di sostanze a 3, 6, 12 mesi

6. Diagnosi precoce e supporto alle famiglie

- a. N. drug test eseguiti per fascia d'età (10-12/13-15/16-18)
- b. N. drug test eseguiti a domicilio
- c. N. soggetti che hanno rifiutato il drug test
- d. N. soggetti risultati positivi al drug test
- e. N. soggetti risultati negativi al drug test

7. Servizi o fasce orarie dedicate ai minori

- a. N. strutture che predispongono servizi dedicati ai minori
- b. N. soggetti che si rivolgono ai consultori
- c. N. di ore (o settimane) di apertura di servizi dedicati ai minori

8. Applicazione delle leggi contro la promozione e la pubblicizzazione dell'uso di droghe

- a. N. smart shops controllati sul N. totale degli smart shops nel territorio
- b. N. provvedimenti attivati sulla base degli artt. 82 e 84 del D.P.R. n. 309/1990

9. Controlli antidroga e antialcol sui guidatori minorenni

- a. N. accertamenti tossicologici eseguiti per alcol e droghe
- b. Percentuale (%) di positività riscontrate (alcol, droga, alcol e droga)
- c. N. di patenti ritirate per att. 186 e 187 del C.d.S.
- d. N. auto confiscate per violazioni degli artt. 186 e 187 del C.d.S.
- e. N. prefetture che adottano il Protocollo D.O.S.
- f. N. passeggeri minorenni individuati a bordo della auto fermate con conducente positivo ai test
- g. N. drug test pre-patente eseguiti per il rilascio della certificazione finalizzata al conseguimento della patente per la guida di motorini, moto, auto
- h. Tasso di mortalità causa specifica, notturna e del week-end (per incidente stradale)
- i. Tasso di ferimento notturno e nel weekend, per incidente stradale
- j. Tasso di incidentalità notturna e nel weekend

10. Controllo del traffico e dello spaccio

- a. N. attività di controllo in luoghi frequentati dai giovani per tipologia di luogo (discoteca, stadi, locali di intrattenimento, altro)
- b. N. luoghi individuati con situazioni a rischio sul N. totale luoghi controllati
- c. N. rave party in cui si è intervenuti sul N. totale dei rave party individuati
- d. N. provvedimenti deliberativi adottati dalle Amministrazioni locali in tema di lotta alla droga
- e. N. sanzioni applicate
- f. N. siti Internet individuati che vendono droga

Bibliografia generale



Agarwal Pinky, MD and Sen Souvik, MD – Cocaine – eMedicine.com, Inc. – Omaha - 2005.

Aguirre-Molina M., Gorman D.M., Community based approaches for the prevention of alcohol, tobacco and other drug use, Annual review of public health, vol. 17, 337-358, 1996.

Amato L., Minozzi S., Pani P.P., Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD006306.

Ashery R.S. et al., Drug abuse prevention through family interventions, NIDA Research Monograph n. 177, Washington DC, U.S. Government Printing Office, 1998.

ASL Roma F, La percezione del rischio legato al consumo di droghe tra i giovani; febbraio 2009.

Baraldi C., Rossi E., Le politiche preventive, in Fazzi L., Scaglia A., Politiche sociali e tossicodipendenza in Italia, Franco Angeli, Milano, 2001.

Bauman K. E. et al., The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol, American Journal of Public Health, vol 19 (4), 604-610, 2001.

Bellis M. et al., Adults at 12? Trend in puberty and their public health consequences, Journal of Epidemiology and Community Health, vol. 60, 910-911, 2006.

Bravi E. e Serpelloni G., HIV e Counselling. Manuale per operatori, Edizioni "La Grafica", Verona, 1999.

Bricolo F, Gentile DA, Smelser RL, Serpelloni G. Use of the computer and Internet among Italian families: first national study. Cyberpsychol Behav. 2007 Dec;10(6):789-97.

Cambi F., Intercultura: fondamenti pedagogici, Carocci 2001.

Canadian Centre for Substance Abuse, A National Drug Prevention Strategy for Canada's Youth, 2008.

Carroll K.M., Trattamento della dipendenza da cocaina: approccio cognitivo - comportamentale - NIDA, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.

Caso L. et al., Rischio, resilienza e devianza: quali connessioni teoriche ed empiriche?, Rassegna Italiana di Criminologia, vol. 14(2), 281-297, 2003.

CDC, "Learn the Signs, Act Early" campaign, Indian J. Med. Sci., vol. 59(2), 82-3, Febbraio 2005.

Centers for Disease Control and Prevention, Youth Risk Behaviour Surveillance - United States, 2003, May 2004.

Chaisson R.E., Bacchetti P., Osmond D., Brodie B., Sande M.A., Moss A.R., Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. JAMA. 1989; 261:561-5.

Charlesworth A, Glantz SA. Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review, Pediatrics. 2005 Dec;116(6):1516-28.

Commission of the European communities, The psychonaut 2002 Project. Final Report, 2005.

Dackis C.A. e O'Brien C.P., Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers, Journal of Substance Abuse Treatment, 21(3): 111-117, 2001.

Daley D.C., Drug counselling for cocaine addiction: the collaborative cocaine treatment study model, NIH Pub. N. 02-4281, 2002.

Dalton J. H. et al., Community psychology : linking individuals ad communities, Wadsworth/Thomson Learning, USA, 2001.

De Lima M.S., de Oliveira Soares B.G., Reisser A.A., Farrell M. - Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review - Addiction. 2002 Aug; 97 (8):931-49.

Deluca P., Schifano F., et al., Searching the Internet for drug related websites; analysis of online available information on ecstasy (MDMA), American Journal on Addictions, 16: 479-483, 2007.

Demetrio D., Favaro G., Immigrazione e pedagogia interculturale, La Nuova Italia, Firenze, 1992.

Department for Education and Skills (2004). Drugs: guidance for schools. www.drugscope.org.uk/uploads/projects/documents/A5-drugs-guidance-bklet_AW2.pdf

Dusenbury, L., Falco, A., and Lake, A. (1997) A review of the evaluation of 47 drug abuse prevention curricula available nationally, Journal of School Health; Vol.67 (4),127-131.

Dishion T. et al., Preventing early adolescent substance use : a family cantered strategy for the public middle school, Prevention Science, vol. 3(3), 191-202, 2002.

Drug Enforcement Administration Web site, Drug Descriptions: Cocaine.

EMCDDA (2009), Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents. A review of the theory and evidence base of indicated prevention, Thematic papers.

EMCDDA (2008), Annual report 2008: the state of the drugs problem in the European Union and Norway.

EMCDDA (2008), Prevention of substance abuse, EMCDDA Insights.

EMCDDA (2007), Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue, Selected issue 2007.

EMCDDA (2005), REITOX National Reports.

EMCDDA (2002), Prevenzione in materia di droghe nelle scuole dell'UE. L'importanza dei sistemi di informazione e monitoraggio, Focus n.5.

EMCDDA-Pompidou Group (2000), Treatment Demand Indicator. Standard protocol 2.0.

EMCDDA (1995), PERK Prevention and Evaluation Resource Kit, <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=9930&sLanguageISO=EN>

EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse, An overview of drug



use among the UE, www.emcdda.europa.eu.

European Drug Addiction Prevention, Results of the evaluation of a school-based program for the prevention of substance use among adolescents, Report n. 2, Piedmont Centre for Drug Addiction Epidemiology, OED, Italy, Disponibile su www.eudap.net/PDF/Final-Report2.pdf

Fabbri L., Rossi B., La costruzione della competenza interculturale, Guerini e Associati, Milano, 2003.

Forman RF. Innovations: Alcohol & drug abuse: Narcotics on the net: the availability of Web sites selling controlled substances *Psychiatr Serv.* 2006 Jan;57(1):24-6.

Fornari L., Peraboni B., P.R.A.S.S.I. Prevenzione al Rischio di Assunzione di Sostanze con Sensibilità Interculturale. Riflessioni sulla sperimentazione di un modello in ambito scolastico, UNI Service, Trento, 2008.

Fowler J. S. et al., Imaging the addicted human brain, *Science & Practice perspectives*, aprile 2007.

Gates S., Smith L.A., Foxcroft D.R., Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005192.

Gates S., McCambridge J., Smith L.A., Foxcroft D.R., Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings, *Cochrane Database Syst Rev.* 25(1): CD005030, Gennaio 2006.

Gentile DA, Anderson CA, Yukawa S, Ihori N, Saleem M, Lim Kam Ming, Shibuya A, Liao AK, Khoo A, Bushman BJ, Rowell Huesmann L, Sakamoto A., The effects of prosocial video games on prosocial behaviors: international evidence from correlational, longitudinal, and experimental studies. *Pers Soc Psychol Bull.* 2009 Jun;35(6):752-63.

Gordon R.J., Lowy F.D., Bacterial infections in drug users. *N Engl J Med.* 2005; 353:1945-54.

Government of Canada, Youth Drug Prevention for Parents, scaricabile da www.national-sntidrugstrategy.gc.ca

Haasen C., Prinzlebe M., Gossop M., Fischer G., Casas M., Cocaine EU Team (2005), "Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users", *World Psychiatry*, October 2005 National Institute on Drug Abuse, Preventing Drug Use Among Children and Adolescents, 2007.

Hamm, J. V., Coleman, H. L. K. (2001). African-American and white adolescents' strategies for managing cultural diversity in predominantly white high schools, *Journal of Youth & Adolescence*, Vol.30, 281-303.

Handbook for surveys on drug use among the general population – EMCDDA Project CT.99.EP.08.B, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Hawks D., Prevention of psychoactive substance use – a selected review of what works in the area of prevention, World Health Organization, 2002.

Hanewinkel R, Sargent JD. Longitudinal study of exposure to entertainment media and alcohol use among german adolescents, *Pediatrics.* 2009 Mar;123(3):989-95.

Herzog DB., et al. Drug abuse in women with eating disorders, *Int. J. Eat Disord.*, 2006 Mar 24.

INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2008, New York, 2009.

Levaggi R, Orizio G, Domenighini S, Bressanelli M, Schulz PJ, Zani C, Caimi L, Gelatti U

Marketing and pricing strategies of online pharmacies. *Health Policy*. 2009 Apr 23.

Kandel D. B., et al., Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory, *J. Stud. Alcohol*, 53, 447 – 457, 1992.

Katz N, Fernandez K, Chang A, Benoit C, Butler SF. Internet-based survey of nonmedical prescription opioid use in the United States, *Clin J Pain*. 2008 Jul-Aug;24(6):528-35.

Kosterman R. et al., Preparing for the drug free years: sessions-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families, *Journal of drug education*, vol. 31 81), 47-68.

Latimern W. W. et al., Integrated family and cognitive-behavioural therapy for adolescent substance users: a stage I efficacy study, *Drug Alcohol Depend*, 71, 303-317, 2003.

Leone L., Celata C., Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze, *Sole 24 ore*, Milano, 2006.

Levine D.P., Brown P.D., Infection in Injection Drug users. In Mandell, Douglas, Bennett (eds), *Principles and practice of Infectious diseases*. Churchill Livingstone. Vth ed. 2000.

Liddle H. A. et a., treating adolescent drug abuse : a randomized trial comparing multidimensional family therapy and cognitive behaviour therapy, *Addiction*, 103, 1660 – 1670, 2008.

Lima A.R., Lima M.S., Soares B.G., Farrell M. Carbamazepine for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD002023. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002023. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD002023.

Lima M.S., Reisser A.A., Soares B.G., Farrell M. Antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD002950. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD002950.

Littlejohn C. et al., Internet pharmacies and online prescription drug sales: a cross-sectional study, *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 12, n. 1, 75-80, 2005.

McQuown S. C., Low dose nicotine treatment during early adolescent increases subsequent cocaine reward, *Neurotoxicol Teratol*, 29 (1): 66 – 73, 2007.

Marx R., et all. Crack, sex and STD. *Sex Transm Dis.*, 18:92-101, 1991.

Miller W.R. e Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Erikson, Trento, 2004.

Minozzi S., Amato L., Davoli M., Farrell M., Lima Reisser A.A., Pani P.P., Silva de Lima M., Soares B., Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006754.

Molinaro S., Salvadori S. e Mariani F., *Epidemiologia dell'uso e del consumo problematico di cocaina in Italia*, FeDerSerD, Cocaina e Poliabuso, Palermo 30 novembre – 2 dicembre 2005.

Moon D. et al., Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers, *Substance use and misuse*, vol. 34 (8), 1059-1083, 1999.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Il counselling individuale nella dipendenza. Una guida per il trattamento individuale per la dipendenza da cocaina attraverso il counseling*, trad. a cura di Maselli F., Cinquegrana A., Rossi L., *Therapy Manuals for Drug Addiction Series n. 3*, 1999.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Monitoring the future. National results on adolescent drug use. Overview of key findings*, 2005.



National Institute on Drug Abuse (NIDA). Cocaine, Abuse and Addiction - Research Report – U.S. 2004.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) - NIDA Study Offers New Clues About Connection Between Cocaine Abuse, Thinking and Decision-Making – New Release – U.S. 2004b.

National Institute on Drug Abuse (NIDA), Preventing Drug use among children and adolescents. A research based guide for parents, educators and community leaders, U.S. Department of health and human services, 2003.

National Institute on Drug Abuse and University of Michigan, Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2003, Volume II: College Students & Adults Ages 19–45.

NSW Department of Health, Amphetamine, Ecstasy and Cocaine. A Prevention and Treatment Plan 2005 – 2009.

NSW Health (2000b) NSW Drug Treatment Services Plan 2000–2005, Drug Programs Bureau, Public Health Division, North Sydney.

Olivetti Manoukian F. et al., Cose (mai) viste. Ri-conoscere il lavoro psicosociale dei SerT, Carocci, Roma, 2003.

Orlandini D. et al., Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione, Pubblicazione non in vendita Regione Veneto, Osservatorio Droga, 2002.

Orlandini D. et al. Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti, Regione Veneto. 2001.

Portes, A., Rumbaut, R. G. (2001), The Story of the Immigrant Second Generation: Legacies, Los Angeles, University of California Press.

Prinzleve M., et al. (2004), "Cocaine use in Europe – A multi-Centre Study: patterns of use in different groups" in European Addiction Research, 2004, 10:147-155.

Rapporto al Parlamento sulle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Giugno 2007.

Regione Lombardia, Famiglia e Solidarietà Sociale, Prevenzione delle diverse forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale. Linee guida regionali, Allegato A)b della delibera n. 6219 del 19 dicembre 2007.

Rezza G. Infezioni e mortalità nei tossicodipendenti. Ann Ist Super Sanità 2002;38(3):297-303.

Rezza G., Nicolosi A., Zaccarelli M., et al. Understanding the dynamics of the HIV epidemic among intravenous drug users: across-sectional versus a longitudinal approach. J AIDS 1994;7:500-3.

Rezza G, Cruciani M. Le complicanze infettive legate all'uso di cocaina, in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Edizioni "La Grafica", Verona, 2006.

Saso L., Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. Ann. Ist. Super. Sanità 2002; 38 (3): 289-94.

Schifano F., Deluca P. et al., New Trends in the cyber and street market of recreational drugs? The case of 2C-T-7 ("Blue Mystic"), Journal of Psychopharmacology, 2005.

Selwyn P.A., Hartel D., Wasserman W., Drucker E., Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a New York City methadone maintenance program, JAMA 1990;263:1035-9.

nance program. Am J Public Health 1989;79:1358-62.

Serpelloni G., Bricolo F., Mozzoni M., Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, Edizioni "La Grafica", Verona, 2008.

Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Edizioni "La Grafica", Verona, 2006.

Serpelloni G., Gerra G., Zaimovic A., Bertani M.E., Gruppo di lavoro sulla vulnerabilità, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all'addiction, in Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction., 1-72, 2002.

Serpelloni G., Rimondo C., Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe. Drugs Early Warning System. Criteri tecnici e modellistica per la realizzazione di un sistema operativo, Edizioni "La Grafica", Verona, 2008.

Sezione di epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari, Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Risultati dello studio nazionale 2004 sull'uso di droga e di altre sostanze psicoattive nella popolazione generale (IPSA) e nella popolazione giovanile scolarizzata (ESPAD).

Sigfúsdóttir I.D., Thorlindsson T., Kristjánsson A.L., Roe K.M., Allegrante J.P., Substance use prevention for adolescents: the Icelandic Model., Health Promot. Int., 24(1):16-25, Marzo 2009.

Skara S., Sussman S., A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations, Prev Med. 2003 Nov;37(5):451-74.

Sofuoglu M. and Kosten T.R. – Novel Approches to the Treatment of Cocaine Addiction – CNS Drugs. 2005; 19(1): 13-25.

Soares B.G., Lima M.S., Reisser A.A., Farrell M. Dopamine agonists for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(4):CD003352. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003352.

Spoth R.L. et al., Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family programs and school programs, Psychology of Addictive Behaviours, vol. 16 (2), 129-134.

Spoth R.L. et al., Universal family-focused interventions in alcohol use disorder prevention: cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions, Journal of Studies on Alcohol, vol. 63, 219-134, 2002.

Strategia dell'Unione Europea in materia di Droga, Bollettino UE 12-2004, Conclusioni della Presidenza (10/22).

Sun W., Skara S., Sun P., Dent C.W., Sussman S., Project Towards No Drug Abuse: long-term substance use outcomes evaluation, Prev Med. 42(3):188-92, Marzo 2006.

Taggi F., Di Cristofaro Longo G. I dati socio-sanitari della sicurezza stradale (progetto Datis). I Parte. L'epidemiologia degli incidenti stradali: i dati di base e i fattori di rischio. Istituto Superiore di Sanità 2001; 44-54.

Tebes J.K., Feinn R., Vanderploeg J.J., Chinman M.J., Shepard J., Brabham T., Genovese M., Connell C., Impact of a positive youth development program in urban after-school settings on the prevention of adolescent substance use, J Adolesc Health., 3:219-20, Settembre 2007.

Tortolero S.R. et al., Safer choices 2 : rationale, design issues, and baseline results in evaluating school-based health promotion for alternative school students, Contemporary clinical trials, 29(1) : 70-82, Gennaio 2008.



Tiwari A., Moghal M., Meleagros L., Life threatening abdominal complications following cocaine abuse. JRSM 2006; 99: 51-52.

UNODC; 2009 Annual Report. Covering activities in 2008, Vienna, 2009.

UNODC, Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities, Vienna, 2005.

Unger, J.B. (2004). A Cultural Psychology Approach to "Drug Abuse" Prevention. Substance Use & Misuse, 39, 10-12, 1779-1820.

Unni J.C., Adolescent Attitudes and Relevance to Family Life Education Programs, Indian Pediatr. Aprile, 2009.

Vicentic A. e Jones D. C., The CART (Cocaine- and Amphetamine-Regulated Transcript) System in Appetite and Drug Addiction, JPET, Vol. 320, n. 2, 499-506, 2007.

Jean A. et al., Anorexia induced by activation of serotonin 5-HT₄ receptors is mediated by increases in CART in the nucleus accumbens, PNAS, vol. 104, n. 41, 16335-16340, October 9, 2007.

Knapp W.P., Soares B.G., Farrel M., Lima M.S., Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD003023.

Wagner F. A., Anthony J. C., Into the world of illegal drug use: exposure opportunity and other mechanisms linking the use of alcohol, tobacco, marijuana and cocaine, Am. J. Epidemiol, 155, n. 10, 2002.

Wanigaratne S. et al., The effectiveness of psychological therapies on drug misusing clients, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londra, 2005.

Warner E.A., Cocaine abuse. Ann Intern Med 1993; 119: 226-35.

Weeks M.R. et al., Changing drug users' risk environments : peer health advocates as multi-level community change agents, American Journal of Community psychology, 43 (3-4) : 300-44, Giugno 2009.

Weekes J., MD and Lee Douglas S., MD – Substance abuse: cocaine – eMedicine.com, Inc. – Omaha – 2005.

Webster-Stratton C. et al., Preventing conduct problems, promoting social competence: a parent and teacher training partnership in Head Start, Journal of Clinical Child Psychology, vol. 30, 282-302, 2001.

Wolf F.H. et al., Risk factors for hepatitis C virus infection in individuals infected with the HIV, Digestive and liver disease: official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver, 40 (6): 460-7, Giugno 2008.

World Health Organization - ICD-10. Decima revisione della classificazione Internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche – Edizione Italiana a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc, L. Magliano – Masson Italia – Milano – 1992.

World Health Organization, Life skills education: planning for research, Geneva (MNH//PSF/96.2Rev.1), 1996.

World Health Organization, Systematic review of treatment for amphetamine related disorders, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2001.

Siti web



www.adca.org.au
www.adin.com.au
www.cdc.gov/ncbddd/autism/actearly/
www.cnb.gov.sg
www.cochrane.org
www.politicheantidroga.it
www.dronet.org
www.droganograzie.it
www.drugs.homeoffice.gov.uk
<http://edu.dronet.org>
www.emcdda.europa.eu
www.eudap.net
www.gdpn.org
www.istruzione.it
www.ministerosalute.it
www.nationalsntidrugstrategy.gc.ca
www.nceta.flinders.edu.au
www.nhs.uk
www.nida.nih.gov/prevention/principles.html
www.odccp.org
www.paho.org
www.p2002.sgul.ac.uk/index.php
<http://prevention.samhsa.gov/>
www.unodc.org
www.whitehousedrugpolicy.gov
www.iss.it

Allegati

DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA, PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI.
CAMPAGNA INFORMATIVA NAZIONALE "INFORMAZIONI UTILI. APRI AL DIALOGO, CHIUDI ALLA DROGA."



LA DROGA DISTRUGGE.

È
DIMOSTRATO.

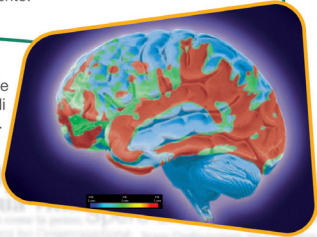
Che le droghe facciano male lo sentiamo ripetere da sempre. Ma sappiamo veramente perché fanno male e perché sono così pericolose?

Gli scienziati hanno dimostrato che **tutte le sostanze stupefacenti**, in vario modo, **danneggiano il cervello**, perché agiscono sui sistemi che lo fanno funzionare.


I neuroni soffrono e la mente si erode, perdendo importanti capacità per affrontare la vita e il futuro.

Il danneggiamento delle cellule e delle funzioni è dimostrato in maniera molto chiara dalle nuove tecniche radiologiche di **"neuro imaging"**, che hanno fotografato non solo le strutture cerebrali coinvolte dai danni delle droghe, ma anche le alterazioni del loro funzionamento.

Analisi digitale
dei danni cerebrali
da metanfetamine.



DI CERVELLO CE N'È UNO SOLO.



Nella maggior parte dei casi, il processo di danneggiamento è lento e non percepito immediatamente dalla persona, che non avverte i cambiamenti della sua personalità. Ma chi gli sta vicino sì. L'evoluzione può essere irreversibile.

Le parti del cervello deteriorate non funzionano più come prima e faranno molta fatica a riprendere il loro normale funzionamento. Spesso, poi, **i danni sono irreparabili**.

La droga agisce sui centri del cervello che controllano **funzioni fondamentali per la vita** e il futuro di ognuno di noi.

I danni provocati dalle droghe sono ancora più gravi se tali sostanze sono utilizzate **prima dei 20 anni**, perché possono interferire con la normale maturazione del cervello che, in questa fase, è nel pieno del suo sviluppo.

APRI IL DIALOGO.
CHIUDI ALLA DROGA.



Mettila a testa. Come è andata oggi? Fai tardi? Italiano. Mica facile. Io in matematica non ero un granché magari proviamo a chiedere a zio Roberto. Fra due giorni ho l'interrogazione. Italiano. Mi raccomando, mettili sempre un po' di testa. Andiamo solo a casa di Andrea, niente di speciale. Due chiacchiere, un film. Scusa l'indiscrezione, ma c'è qualcos'altro? Italiano. Mica facile. Quando eri giovane, ti è capitato? E tu cosa pensi? Ragioniamo insieme. Fai tardi? Ma ti sei sempre un po' di testa? Italiano. Quando eri giovane, ti è capitato? E tu cosa pensi? Quando io ero più giovane? Perché me lo chiedi? E che facevi in questi casi? Ti serve una mano per fare i compiti? Fra due giorni ho l'interrogazione. Scusa l'indiscrezione, ma c'è qualcos'altro? E poi è un periodo che mi sento un po'... confuso. Fai tardi? A che ora esci? E tu cosa pensi?

Perché me lo chiedi? Ti serve una mano per fare i compiti? Fra due giorni ho l'interrogazione. bene a scuola? E poi è un periodo che mi sento un po' così... confuso. Quando io ero più giovane? Quando eri giovane, ti è capitato? Io in matematica non ero un granché magari proviamo a chiedere a zio Roberto. Fra due giorni ho l'interrogazione. Come è andata oggi?



ECCO COSA DISTRUGGE LA DROGA!

Le motivazioni: la spinta a raggiungere gli obiettivi e ad affrontare le sfide, come conquistare un buon risultato nello sport o un bel voto a scuola, ovvero perseverare in un percorso che porti alla realizzazione dei propri sogni e progetti.

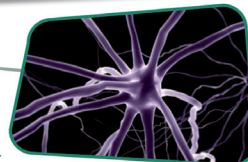
Le emozioni: la capacità di "vivere davvero", di "percepire la vita" in maniera reale, intensa, appagante e ricca di senso, fuori dalla noia e dal vuoto.

Le relazioni: la fiducia, la capacità di fare amicizia, di saper ascoltare e capire gli altri, di vivere veramente le storie d'amore, di essere credibile e affidabile. In definitiva, la capacità di dare e ricevere dal mondo.

La capacità di decidere: la capacità di analizzare e distinguere i vantaggi e gli svantaggi di ogni scelta, da quelle piccole a quelle grandi; la fermezza e la libertà di pensare con la propria testa, senza condizionamenti e senza farsi influenzare dagli altri e, ancor meno, dalle droghe.

Le droghe danneggiano la parte più positiva di noi e riducono la possibilità di diventare persone libere ed affidabili.

PER IL NOSTRO CERVELLO TUTTE LE DROGHE SONO PESANTI.



«Ma sì, ogni tanto non fa niente. E poi, uso solo droghe leggere. Non sono mica un "tossico" io». Chi dice queste frasi non sa come stanno davvero le cose.

Per il 95% dei tossicodipendenti da eroina proprio le cosiddette droghe "leggere" sono state l'inizio del percorso di autodistruzione.

Tutte le droghe fanno male al nostro cervello. Non esistono droghe "leggere".

È provato, inoltre, che anche le droghe erroneamente definite "leggere" creano dipendenza e possono provocare o fare emergere patologie psichiche permanenti e gravi.

In molte persone, queste droghe sono state la caduta verso altre sostanze stupefacenti sempre più potenti e lesivi.

Oggi c'era il compito in classe. Niente di speciale. A che ora esci? Oggi c'era il compito in classe. Quando lo ero più giovane? E poi, un po' di musica. Se fai tardi, avverti. Possiamo capire, Mica chiedi? E fra due giorni ho l'interrogazione. Ho i biglietti per il teatro. Mi raccomando, metti sempre un po' di testa. E poi è un periodo che mi sento un po' confusa. Riuscite a capirmi? Confusa. Come è andata oggi? Oggi c'era il compito in classe. Scusa l'indiscrezione, ma c'è qualcos'altro? Andiamo solo a casa di Andrea, niente di speciale. Un film, un po' di musica. Possiamo capire. Hai qualche preoccupazione? di musica. Non è facile. Non voglio entrare nella tua vita. Viene la tua amica Simona qui a studiare? E fra due giorni ho l'interrogazione. Spero sia andato bene. Ti serve una mano per fare i compiti? Mi raccomando, metti sempre un po' di testa. Confusa. Quando lo ero più giovane? E poi, un po' di musica. Perché me lo chiedi? Se vuoi ti spiego come la penso. A che ora esci? E fra due giorni ho l'interrogazione. So che le cose sono cambiate in questi anni. E poi è un periodo che mi sento un po' confusa. Magari provi a chiedere a zio Roberto. Questo è il mio consiglio. Oggi c'era il compito in classe. Riuscite a capirmi? Niente di speciale. Possiamo capire.

APRI IL DIALOGO. CHIUDI ALLA DROGA.



UNA SOLA VOLTA?

Anche una sola volta può essere **lesiva**.

Le droghe agiscono immediatamente sul cervello e iniziano subito a danneggiarlo, provocando gravi conseguenze.

Anche una sola assunzione di qualsiasi droga può provocare **reazioni imprevedibili** (aumento della temperatura corporea, disidratazione, collasso cardio-circolatorio, insufficienza renale, ecc.), micidiali per la salute e, talvolta, si sono dimostrate addirittura letali.

Le droghe sono quasi sempre mescolate ad altre sostanze tossiche impiegate per aumentarne la quantità o per potenziarne gli effetti. Queste sostanze sono spesso veri e propri veleni "aggiuntivi" che possono essere causa di ulteriori, devastanti effetti, anche a bassissimo dosaggio.

PERCHÉ VENGONO USATE?

EFFETTI PERCEPITI COME PIACEVOLI O FUNZIONALI ALLA PERSONA.

Le droghe procurano alle persone che le assumono effetti percepiti in maniera gratificante e piacevole. Per questo attraggono e vengono usate.

Le droghe inducono spesso anche una sensazione di distacco dalla realtà, per taluni attraente, stimolando la curiosità verso la "prima prova". È proprio questo l'errore da evitare.

SOSTANZE E PERICOLI.

HASHISH E MARIJUANA.

Sono derivati della canapa indiana e rappresentano due delle sostanze più diffuse e, per molti versi, più pericolose.

Possono produrre perdita di memoria e della capacità di apprendimento, perdita di motivazione, attacchi di panico, ansia, alienazione, patologie psichiche pericolose come la schizofrenia, ossessioni e difficoltà di controllo. Inducono calo della motivazione e della voglia di fare, oltreché subdole forme di dipendenza.

Nel cervello provocano il danneggiamento del DNA (codice della vita) e delle cellule nervose che, a causa loro, soffrono e muoiono. La donna che fuma cannabis in gravidanza intossica il feto e il nascituro potrà presentare danni al sistema nervoso al momento della nascita.

Spesso queste sostanze costituiscono la porta d'ingresso verso altre droghe. Negli ultimi anni i nuovi metodi di coltivazione e le specie transgeniche hanno aumentato la concentrazione del principio attivo presente nella cannabis, rendendola più potente e pericolosa.

COCAINA.

È una sostanza stimolante di uso molto diffuso. Porta a non controllare le reazioni emotive e a sviluppare forme di aggressività, inducendo spesso a condotte violente o a comportamenti pericolosi verso sé e gli altri. Provoca manie di persecuzione e deliri di onnipotenza, seguiti da gravi stati di depressione, di nervosismo e di ansia (il famigerato "down").

Inoltre, aumentando la pressione sanguigna e il battito cardiaco, determina rischi di infarto e di ictus.

La cocaina genera una forte dipendenza che conduce a un bisogno di dosi sempre maggiori e ravvicinate nel tempo.

ECSTASY.

La MDMA (il nome chimico dell'ecstasy) provoca danni irreversibili al sistema nervoso centrale e, in casi particolari, la morte dell'assuntore che l'abbia utilizzata anche per una sola volta. Altri sintomi sono: tachicardia, convulsioni, malattie del fegato, attacchi di panico prolungati, psicosi acute o croniche, depressione.

ALLUCINOGENI.

Gli allucinogeni (mescalina, peyote, psilocibina, LSD, ecc.) agiscono in maniera devastante sul sistema nervoso centrale, creando pericolosi stati allucinatori.

Aumentano anche i battiti cardiaci, creano vertigini, nausea, stati di ansia, panico e deliri di persecuzione. Possono portare a danni psichici permanenti anche a bassi dosaggi e già dalla prima assunzione.

EROINA.

L'eroina è un narcotico che deprime il sistema nervoso centrale e provoca, fin dalle prime assunzioni, una fortissima dipendenza e violenta crisi di astinenza. In brevissimo tempo il corpo non ne può più fare a meno, e ne richiede dosi sempre maggiori.

L'eroina modifica le funzioni della memoria, altera il ritmo sonno/veglia e le sensazioni di fame, freddo e caldo.

Tra le sue conseguenze: apatia, nausea, vomito, progressiva perdita dei capelli e dei denti, infertilità, flebiti e malattie infettive come l'epatite e l'Aids, dovute alla pratica dello scambio di aghi e siringhe già usate. In caso di overdose, l'eroina porta alla morte per depressione respiratoria e arresto cardiaco.

SMART DRUGS.

Salvia divinorum, herbal ecstasy, assenzio e altre. Poiché sono considerate e propagate come "naturali", si tende a sottovalutarne la pericolosità. Possono, in realtà, determinare intossicazioni acute con crampi, nausea, vomito, stati d'ansia, tachicardia e addirittura collasso cardiocircolatorio.

COCKTAIL DI ALCOOL E DROGHE.

Il consumo contemporaneo di diverse droghe, accompagnato a volte da alcool e psicofarmaci, è pericolosissimo perché amplia in maniera imprevedibile gli effetti negativi di ciascuna sostanza e i rischi conseguenti.

Tali miscugli riducono la lucidità, le capacità percettive, la coscienza dei propri comportamenti e possono provocare più facilmente l'overdose.

APRI IL DIALOGO.
CHIUDI ALLA DROGA.



IL DIALOGO PROTEGGE.



IL DIALOGO CON I NOSTRI FIGLI.

Se nostro figlio è adolescente, si trova in una fascia d'età in cui è particolarmente fragile e potrebbe essere più esposto al rischio della droga. Per proteggerlo da questo pericolo, occorrono fermezza e attenzione e un dialogo sempre aperto. **PARLARE** ma anche **FARE** e **VIVERE** esperienze quotidiane con lui.

IN PARTICOLARE

Serve prevenzione. È necessario giocare d'anticipo: parlare di droghe con nostro figlio a 16 o 17 anni potrebbe essere già tardi. Sono gli anni delle polemiche con i genitori e potrebbe rifiutare il messaggio. Bisogna cominciare prima: l'età ideale è tra i 10 e i 14 anni, periodo in cui i giovani sentono ancora molto l'importanza dei genitori.

Serve chiarezza. Il messaggio deve essere chiaro: un NO secco e fermo all'uso di tutte le droghe, fin da piccoli, senza alcun dubbio o incertezza tra leggere e pesanti. Un atteggiamento "tollerante" è pericoloso perché viene spesso interpretato dai ragazzi come un "possibile tacito permesso" all'uso.

Servono regole. La comprensione e l'ascolto sono importanti, ma è necessario accompagnarli con un insieme di regole semplici e precise, su cui il ragazzo potrà costruire le basi della propria maturazione, del proprio equilibrio e della sua autodeterminazione.

Serve attenzione. Osserviamo nostro figlio, chiediamogli di conoscere i suoi amici, informiamoci sui luoghi che frequenta. E non abbiamo timore, anche a costo di fare qualche discussione in più, di chiedere il motivo dei comportamenti che ci sembrano strani o sospetti. Molti genitori scoprono drammaticamente la tossicodipendenza dei figli, anche minorenni, dopo molti anni che hanno iniziato ad usare droghe. È necessario intervenire prima.

Per qualsiasi dubbio, consiglio o confronto, rivolgetevi ai centri specializzati del vostro territorio.

E se abbiamo già dei dubbi?

Un **test antidroga** potrebbe salvarli la vita. Fatto in modo riservato, con le necessarie spiegazioni al ragazzo e non a sua insaputa, con il suo consenso, da un medico e uno psicologo presso centri specializzati in grado di gestire gli interventi da cominciare subito in caso di positività. **Con serenità e responsabilità.**

Scoprire precocemente l'uso di droghe nei propri figli è un atto di responsabilità dei genitori, non un'invasione della privacy dei ragazzi o una violazione del loro "diritto" a drogarsi.

IL DIALOGO CON I GENITORI.

Serve lealtà.

Se sei adolescente, sai che può essere difficile parlare con i genitori dei problemi, delle incertezze e della difficoltà di crescere. E ancora più difficile, spesso, è ascoltare anche quello che loro hanno da dirti.

Ma prova a fare questo sforzo: non ti giocare la tua credibilità. Anche se a volte ti sembrano noiosi o severi, i tuoi genitori ti stanno dimostrando che ci sono e che sono pronti ad aiutarti. Qualsiasi problema tu abbia, sii leale con loro.

Serve rispetto. Se qualcuno ti offre della droga o qualche tuo amico ne fa uso, non aver paura di farti rispettare e confidarti con i tuoi genitori, anche se questo significa affrontare discorsi difficili o imbarazzanti.

Serve libertà. E se hai già provato qualche sostanza stupefacente, fidati di loro e parlagliene subito. Risolverete insieme anche questo problema – perché è un vero problema, anche se molti pensano di no – prima che sia troppo tardi.

Non giocarti la loro fiducia e la serenità dei vostri rapporti.

Se sei già nei guai, ogni giorno che passa è tempo perso e vita sprecata.



Se hai bisogno di informazioni e consigli contro la droga
rivolgiti ai centri specialistici (Ser.T., Comunità Terapeutiche,
Centri di Ascolto, ecc...) e su internet:
www.dronet.org



Allegato 2

FETQ-D - Family Educational Twin Questionnaire for Drugs: **SCHEDA TECNICA PER IL RILEVAMENTO COMPARATO DEGLI ASPETTI EDUCATIVI NELLA** **PERSONA MINORENNE E NEI SUOI GENITORI**

Metodologia

E' importante, ai fini del buon esito della rilevazione, che la scheda esprima una valutazione corretta e realistica della situazione familiare. Essa è da utilizzare in modo etero - somministrato, con compilazione a cura dell'operatore.

Le risposte ai vari item della scheda sono divise in 3 aree. La prima contiene le risposte del figlio, la seconda quelle del padre (area azzurra); la terza quelle della madre (area arancione). Vanno raccolte separatamente le risposte del figlio (area verde), del padre e della madre, senza rivelare le risposte già fornite dagli altri componenti della famiglia.

In un secondo momento, è necessario valutare le risposte dei tre soggetti mettendole tra loro in parallelo. La struttura a tre colonne permette di evidenziare la differenza di opinioni relative agli stessi item tra il figlio e i genitori in un confronto che risulterà estremamente utile ed interessante per l'operatore per valutare e cogliere eventuali incoerenze.

La comparazione deve avvenire tra le risposte del figlio e quelle del padre, tra le risposte del figlio e quelle della madre, tra le risposte del padre e quelle della madre. In tal modo è possibile evidenziare differenze e contraddizioni all'interno della famiglia, non solo tra genitori e figli ma anche tra genitori stessi. Ciò potrà eventualmente evidenziare possibili problematiche che è opportuno gli operatori tengano in considerazione nel loro lavoro di supporto alla famiglia (si veda area valutazione, in grigio).

L'elaborazione e il confronto delle risposte possono essere eseguiti utilizzando lo specifico software Family Educational Twin Questionnaire for Drugs (FETQ-D) scaricabile gratuitamente dal sito web www.dronet.org

Obiettivi per Area

Area scolastica

1. Identificare il livello di rendimento scolastico e il grado di integrazione nell'ambiente scolastico;
2. Identificare aree problematiche.

Area tempo libero

1. Identificare quantità e qualità del tempo libero, quali hobby, sport, attività principali, compagnie, ecc.
2. Identificare aree problematiche.

Area personale

1. Valutare il livello di autostima e accettazione di sé, il grado di autonomia, le aspettative, i riferimenti valoriali;
2. Identificare aree problematiche.

Area familiare

1. Identificare lo stile educativo dei genitori (assente, amicale/seduttivo, permissivo, autoritario, punitivo, colpevolizzante, responsabilizzante, incoerente, istintivo, formale, ecc.);
2. Identificare aree problematiche.

Area rilevazione dei comportamenti relativi all'uso di sostanze

1. Rilevare la presenza e l'entità del consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali e i comportamenti ad esse collegati sia per il figlio sia per i genitori;
2. Identificare aree problematiche.

Realizzato dal gruppo di lavoro degli educatori:

Monica Cavaggioni, Giuliana Coffani, Giovanni Ferri, Elena Fezzi, Marina Lombardi, Fabrizio Massignan, M. Grazia Maestrello, Fiorenzo Minelli, Erica Mirra, Marta Pezzini, Luisa Piccoli, Stefania Rebusti, Maria Cristina Rossi, Novella Squaranti.

Adattato per la versione "Twin questionnaire" da Giovanni Serpelloni e Claudia Rimondo.

A) AREA SCOLASTICA

Obiettivi:

- 1. Identificare il livello di rendimento scolastico e il grado di integrazione nell'ambiente scolastico.
- 2. Identificare aree problematiche.

Scuola frequentata: _____ Anno scolastico: _____

AREA VALUTAZIONE:

- 1. Item problematico. Segnare con un ✓ se l'item risulta problematico.
- 2. Grado incoerenza. Legenda: 1 = Nessuna incoerenza tra figlio, padre e madre (F = P = M)
2 = Incoerenza tra figlio e padre o incoerenza tra figlio e madre (F ≠ P o F ≠ M)
3 = Incoerenza tra figlio e padre e madre insieme (F ≠ P e M)
4 = incoerenza totale tra figlio, padre e madre (F ≠ P ≠ M)
Segnare con un ✓ la casella corrispondente.

Segnare con un ✓ la casella corrispondente.													AREA VALUTAZIONE							
1- Grado di soddisfazione	Figlio			1- Grado di soddisfazione	Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza								
	Genitori	Figlio	Insieme	Chi ha scelto la scuola?	Genitori	Figlio	Insieme	Genitori	Figlio	Insieme		1	2	3	4					
Chi ha scelto la scuola?				Chi ha scelto la scuola?				Genitori	Figlio	Insieme										
Sei soddisfatto della scelta?	Sì	No	Abbastanza	E' soddisfatto della scelta?	Sì	No	Abbastanza	Sì	No	Abbastanza										

2- Impegno e rendimento	Figlio			2- Impegno e rendimento	Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
												1	2	3	4
Com'è il tuo rendimento?	Scarso	Mediocre	Buono	Com'è il suo rendimento?	Scarso	Mediocre	Buono	Scarso	Mediocre	Buono					
Quanto tempo dedichi allo studio?	Poco	Abbastanza	Molto	Quanto tempo dedica allo studio?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
I tuoi genitori ti aiutano nello studio?	No	A volte	Sì	Lo aiuta nello studio?	No	A volte	Sì	No	A volte	Sì					
L'impegno è costante?	No	Abbastanza	Sì	L'impegno è costante?	No	Abbastanza	Sì	No	Abbastanza	Sì					
Partecipi ad attività formative?	No		Sì	Suo figlio partecipa ad attività formative?	No		Sì	No		Sì					



AREA VALUTAZIONE																				
	3- Relazioni			Figlio			3- Relazioni			Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
																	1	2	3	4
3- Relazioni																				
Com'è il tuo rapporto con gli insegnanti?																				
Hai un rapporto privilegiato con qualche insegnante?																				
Ritieni che ti riprendano ingiustamente?																				
Com'è il tuo rapporto con i compagni?																				
C'è collaborazione tra compagni?																				

	4- Comportamento			Figlio			4- Comportamento			Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
																	1	2	3	4
4- Comportamento																				
Nell'ultimo anno sei arrivato in ritardo a scuola?																				
Quante assenze hai fatto nell'ultimo anno?																				
Hai avuto note di demerito e/o sospensioni?																				

AREA VALUTAZIONE															
5- Partecipazione genitori o adulti di riferimento	Figlio			5- Partecipazione genitori o adulti di riferimento	Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
												1	2	3	4
I tuoi genitori vanno ai colloqui con gli insegnanti?	Mai	A volte	Sempre	Lei va ai colloqui con gli insegnanti?	Mai	A volte	Sempre	Mai	A volte	Sempre					
Controllano se fai i compiti?	Mai	A volte	Sempre	Controlla se fa i compiti?	Mai	A volte	Sempre	Mai	A volte	Sempre					
Se prendi un brutto voto o una nota lo comunichi a casa?	No		Sì	Se prende un brutto voto o una nota lo comunica a casa?	No		Sì	No		Sì					
Ti puniscono se prendi note per cattivo comportamento?	No		Sì	Lo punisce se prende note per cattivo comportamento?	No		Sì	No		Sì					
Ti puniscono se prendi brutti voti?	No		Sì	Lo punisce se prende brutti voti?	No		Sì	No		Sì					
Ti fanno i complimenti se prendi un buon voto?	No		Sì	Gli fa i complimenti se prende un buon voto?	No		Sì	No		Sì					
Ti senti sostenuto nell'attività scolastica?	No	Abbastanza	Sì	Lo sostiene nell'attività scolastica?	No	Abbastanza	Sì	No	Abbastanza	Sì					



B) AREA TEMPO LIBERO

Obiettivi:

- 1. Identificare quantità e qualità di tempo libero, quali: hobby, sport, attività principali, compagnie, ecc.
- 2. Identificare aree problematiche.

AREA VALUTAZIONE:

- 1. Item problematico. Segnare con un ✓ se l'item risulta problematico.
- 2. Grado incoerenza. Legenda:
 - 1 = Nessuna incoerenza tra figlio, padre e madre (F = P = M)
 - 2 = Incoerenza tra figlio e padre o incoerenza tra figlio e madre (F ≠ P o F ≠ M)
 - 3 = Incoerenza tra figlio e padre e madre insieme (F ≠ P e M)
 - 4 = Incoerenza totale tra figlio, padre e madre (F ≠ P ≠ M)

Segnare con un ✓ la casella corrispondente.

		AREA VALUTAZIONE								
		Figlio		Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
							1	2	3	4
Che cos'è per te il tempo libero?			Cosa crede sia il tempo libero per suo figlio?							
Nella tua giornata, quanto tempo libero hai?			Nella sua giornata quanto tempo libero ritiene che abbia suo figlio?							

AREA VALUTAZIONE									
1 - Modalità di impiego del tempo libero	Figlio	1 - Modalità di impiego del tempo libero	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
						1	2	3	4
Con chi trascorri la maggior parte del tuo tempo libero?		Con chi trascorre la maggior parte del suo tempo libero?							
Dove trascorri la maggior parte del tuo tempo libero?		Dove trascorre la maggior parte del suo tempo libero?							
Hai qualche passione particolare? es. sport, musica, danza, hobby. Indicare le tre principali.		Ha qualche passione particolare? es. sport, musica, danza, hobby. Indicare le tre principali.							
Quanto tempo ci dedichi?		Quanto tempo ci dedica?							
Mezzi di trasporto utilizzati per raggiungere il luogo dell'attività.		Mezzi di trasporto utilizzati per raggiungere il luogo dell'attività.							

2. Livello delle relazioni con i coetanei	Figlio	2. Livello delle relazioni con i coetanei	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
						1	2	3	4
Quanti amici hai? (numero)		Quanti amici ha suo figlio? (numero)							
Ti senti accettato da loro?	Si	Crede sia accettato da loro?	Si	No	No		Si		No
Con quale frequenza vi frequentate?	Tutti i giorni	Con quale frequenza li frequenta?	Tutti i giorni	1 o più volte alla settimana	1 o più volte alla settimana		Tutti i giorni		1 o più volte al mese
Ci sono stati episodi di violenza o bullismo nel gruppo?	Si	Ci sono stati episodi di violenza o bullismo nel gruppo?	Si	No	No		Si		No
Qual è la percentuale di persone che usano droghe nel gruppo?		Qual è la percentuale di persone che usano droghe nel gruppo?							
Hai il/la ragazzo/a ?	Si	Suo figlio/a ha il/la ragazzo/a ?	Si	No	No		Si		No



3. Comportamento		Figlio		3. Comportamento		Padre		Madre		Item problematico		AREA VALUTAZIONE			
												Grado incoerenza			
												1	2	3	4
Ti anni durante il giorno?		Sì	No	Ha l'impressione che suo figlio si anni durante il giorno?		Sì	No	Sì	No						
Ti piace quello che fai durante il tempo libero?		Sì	No	Crede gli piaccia quello che fa durante il suo tempo libero?		Sì	No	Sì	No						
Che cosa cambieresti del tuo modo di trascorrere il tempo libero?				Cosa crede cambierebbe del suo modo di trascorrere il tempo libero?											

C) AREA PERSONALE

Obiettivi:

- 1. Valutare il livello di autostima e accettazione di sé, il grado di autonomia, le aspettative, i riferimenti valoriali.
- 2. Identificare aree problematiche.

AREA VALUTAZIONE:

- 1. Item problematico. Segnare con un √ se l'item risulta problematico.
- 2. Grado incoerenza. Legenda: 1 = Nessuna incoerenza tra figlio, padre e madre (F = P = M)
2 = Incoerenza tra figlio e padre o incoerenza tra figlio e madre (F ≠ P o F ≠ M)
3 = Incoerenza tra figlio e padre e madre insieme (F ≠ P e M)
4 = incoerenza totale tra figlio, padre e madre (F ≠ P ≠ M)
Segnare con un √ la casella corrispondente.

Esprimere il grado di soddisfazione rispetto ai seguenti item, utilizzando le seguenti categorie: 1. insoddisfatto – 2. poco soddisfatto – 3. soddisfatto

1- Grado di soddisfazione	Figlio	Padre	Madre	AREA VALUTAZIONE				
				Item proble- matico	Grado incoerenza			
					1	2	3	4
Aspetto fisico								
Capacità intellettive								
Carattere								
Abilità nelle attività culturali								
Abilità nelle attività manuali								
Abilità sportive								
Abilità nelle attività artistiche								
Abilità nello stabilire relazioni								



Esprimere il grado di autonomia rispetto ai seguenti item, utilizzando le seguenti categorie:
1. bisogno di essere continuamente stimolato o aiutato a... – 2. bisogno saltuario di aiuto... – 3. autonomia senza ricorrere ad aiuti

	AREA VALUTAZIONE				
	2. Autonomia e cura di sé. Quanto sei autonomo e quanto hai bisogno di essere sollecitato o aiutato a svolgere le seguenti attività	Figlio	Padre	Madre	Item problematico
					Grado incoerenza 1 2 3 4
Igiene personale					
Cambio biancheria/vestiario					
Tenere in ordine la propria stanza e le proprie cose					
Alzarsi e coricarsi ad orari adeguati					
Rispetto degli impegni scolastici (compiti, studio, ecc.)					
Gestione corretta del denaro					
Alimentazione corretta					
Uso corretto di farmaci					

AREA VALUTAZIONE													
3. Quale di questi obiettivi pensi di realizzare?	Figlio			3. Quali obiettivi suo figlio vorrebbe realizzare?	Padre			Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
										1	2	3	4
Conseguire un titolo di studio di scuola superiore	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Andare a vivere da solo	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Trovare un lavoro che mi piace	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Avere un rapporto affettivo duraturo	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Laurearmi	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Andare a vivere all'estero	Si	No	Non mi interessa		Si	No	Non gli interessa	No	Si	No	Non gli interessa		
Quali sono i tuoi obiettivi prioritari ?													

4. Quali sono i tre desideri che vorresti realizzare?	Figlio			4. Quali sono i tre desideri che suo figlio vorrebbe realizzare?	Padre			Madre
Desiderio 1								
Desiderio 2								
Desiderio 3								



Esprimere il grado di importanza attribuita ai seguenti aspetti della vita, utilizzando le seguenti categorie:
1. nessuna importanza - 2. poca importanza - 3. abbastanza importanza - 4. molta importanza

AREA VALUTAZIONE									
5. Indicare (da 1 a 4) quale grado di importanza attribuisce ai seguenti aspetti della tua vita	Figlio	5. Indicare (da 1 a 4) quale grado di importanza Lei attribuisce ai seguenti aspetti della sua vita	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
						1	2	3	4
Salute									
Famiglia									
Legame affettivo									
Amicizia									
Denaro									
Successo									
Impegno sociale									
Spiritualità									
Lavoro									
Divertimento									
Cultura									
Sesso									
Aspetto estetico									
Solidarietà									
Rispetto per gli altri									
Rispetto per le norme sociali									
Interiorità									

Esprimere il grado di importanza attribuita, utilizzando le seguenti categorie:
1. nessuna importanza - 2. poca importanza - 3. abbastanza importanza - 4. molta importanza

AREA VALUTAZIONE									
6. Indicare (da 1 a 4) quanto ritieni importante rispettare le regole in base alle seguenti motivazioni:	Figlio	6. Indicare (da 1 a 4) quanto pensa suo figlio ritenga importante rispettare le regole in base alle seguenti motivazioni:	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
						1	2	3	4
Per non essere rimproverato/a		Per non essere rimproverato/a							
Per essere ricompensato		Per essere ricompensato							
Per essere accettato		Per essere accettato							
Perché ci credo		Perché ci crede							
Perché, indipendentemente dalle sanzioni, è più comodo		Perché, indipendentemente dalle sanzioni, è più comodo							

Esprimere il grado di capacità di assumere determinati comportamenti, utilizzando le seguenti categorie:
1. nessuna capacità - 2. poca capacità - 3. abbastanza capacità - 4. molta capacità

AREA VALUTAZIONE									
7. Valutare (da 1 a 4) il tuo grado di capacità nell'assumere i seguenti comportamenti	Figlio	7. Valutare (da 1 a 4) il grado di capacità di suo figlio nell'assumere i seguenti comportamenti	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza			
						1	2	3	4
Esprimere pensieri e sentimenti personali		Esprimere pensieri e sentimenti personali							
Controllare la propria aggressività		Controllare la propria aggressività							
Valorizzare gli altri		Valorizzare gli altri							
Portare a termine un impegno		Portare a termine un impegno							
Accettare le conseguenze delle proprie azioni		Accettare le conseguenze delle proprie azioni							
Mantenere la parola data		Mantenere la parola data							
Comportarsi con sincerità e onestà nel rapporto con gli altri		Comportarsi con sincerità e onestà nel rapporto con gli altri							

D) AREA FAMIGLIARE

Obiettivi:

- 1. identificare lo stile educativo dei genitori (assente, amicale/seduttivo, permissivo, autoritario, punitivo, colpevolizzante, irresponsabilizzante, incoerente, istintivo, formale, etc.)
- 2. identificare aree problematiche.

AREA VALUTAZIONE:

- 1. Item problematico. Segnare con un ✓ se l'item risulta problematico.
- 2. Grado incoerenza. Legenda: 1 = Nessuna incoerenza tra figlio, padre e madre (F = P = M)
2 = Incoerenza tra figlio e padre o incoerenza tra figlio e madre (F ≠ P o F ≠ M)
3 = Incoerenza tra figlio e padre e madre insieme (F ≠ P e M)
4 = incoerenza totale tra figlio, padre e madre (F ≠ P ≠ M)
Segnare con un ✓ la casella corrispondente.

1. Dialogo e relazione in famiglia	Figlio			1. Dialogo e relazione in famiglia			Padre			Madre			Item problematico	AREA VALUTAZIONE			
														1	2	3	4
Ritieni che vi sia dialogo tra i membri della famiglia?	Poco	Abbastanza	Molto	Ritieni che vi sia dialogo tra i membri della famiglia?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Parli con la mamma?	Poco	Abbastanza	Molto	Suo figlio parla con la madre?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Parli con il papà?	Poco	Abbastanza	Molto	Suo figlio parla con il padre?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
I tuoi genitori ti seguono regolarmente nelle attività basilari (scuola, controlli sanitari, ecc.)?	Poco	Abbastanza	Molto	Lo segue regolarmente nelle attività basilari (scuola, controlli sanitari, ecc.)?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Sono a conoscenza delle tue attività libere (corsi, sport, ecc.)?	Poco	Abbastanza	Molto	Lei è a conoscenza delle sue attività libere (corsi, sport, ecc.)?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Ti seguono nelle attività libere, es. corsi sport, ecc.?	Poco	Abbastanza	Molto	Lo segue nelle attività libere, es. corsi, sport, ecc.?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Conoscono i tuoi amici e le loro famiglie?	Poco	Abbastanza	Molto	Conosce i suoi amici e le loro famiglie?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Fai qualcosa insieme ai tuoi genitori?	Poco	Abbastanza	Molto	Fa qualcosa insieme a suo figlio?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Con i tuoi fratelli/sorelle condividi alcuni momenti liberi?	Poco	Abbastanza	Molto	Con i suoi fratelli/sorelle suo figlio condivide alcuni momenti liberi?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Vieni coinvolto nelle scelte importanti della famiglia?	Poco	Abbastanza	Molto	Lo coinvolge nelle scelte importanti della famiglia?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				
Ti piacciono i tuoi genitori?	Poco	Abbastanza	Molto	Pensa di piacere a suo figlio?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto				



AREA VALUTAZIONE																
	2. Regole e responsabilità	Figlio			2. Regole e responsabilità	Padre			Madre			Item problem-matico	Grado incoerenza			
													1	2	3	4
	In famiglia, ci sono forme di educazione suggerite, es. salutare, ringraziare, rispettare, etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	In famiglia, ci sono forme di educazione suggerite, es. salutare, ringraziare, rispettare, etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	In famiglia, ci sono richieste di buona convivenza, es mangiare assieme, tenere in ordine,etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	In famiglia, ci sono richieste di buona convivenza, es. mangiare assieme, tenere in ordine,etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	In famiglia, ci sono regole imposte, es. linguaggio corretto, orari di rientro, etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	In famiglia, ci sono regole imposte, es. linguaggio corretto, orari di rientro, etc.?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	Ti impegni a rispettare le regole e le richieste familiari?	Poco	Abbastanza	Molto	Si impegna a rispettare le regole e le richieste familiari?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	Ti succede di non rispettare le regole?	Poco	Abbastanza	Molto	A suo figlio succede di non rispettare le regole?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	Se non rispetti una regola, ti puniscono?	Poco	Abbastanza	Molto	Se non rispetta una regola, lo punisce?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					
	Se ti puniscono, in che modo ti puniscono?				Se lo punisce, in che modo lo punisce?											
	Ti sembra efficace questo tipo di punizione?	Poco	Abbastanza	Molto	Ritiene efficace questo tipo di punizione?	Poco	Abbastanza	Molto	Poco	Abbastanza	Molto					

AREA VALUTAZIONE															
3. Entrate economiche e gestione dei soldi	Figlio			3. Entrate economiche e gestione dei soldi	Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
												1	2	3	4
In tutto, quanto entrate hai al mese (es. paghetta, mance, lavoretti, ecc.)?	< 100 €	100-300 €	> 300 €	In tutto, quanto entrate ha al mese (es. paghetta, mance, lavoretti, ecc.)?	< 100 €	100-300 €	> 300 €	< 100 €	100-300 €	> 300 €					
Di questi soldi, quanto spendi al mese?	< 100 €	100-300 €	> 300 €	Di questi soldi, quanto spende al mese?	< 100 €	100-300 €	> 300 €	< 100 €	100-300 €	> 300 €					
In cosa? es. ricariche, vestiario, tempo libero, ecc. (indicare le tre principali)				In cosa? es. ricariche, vestiario, tempo libero, ecc. (indicare le tre principali)											
Per avere la tua paghetta mensile, devi svolgere delle attività in casa?	Sì	No		Per avere la sua paghetta mensile, deve svolgere delle attività in casa?	Sì	No	No	Sì	No	No					
Chiedi l'approvazione ai tuoi genitori per gli acquisti più costosi?	Sì	No		Chiedi l'approvazione ai suoi genitori per gli acquisti più costosi?	Sì	No	No	Sì	No	No					

4. Assenza, tensioni e conflitti	Figlio			4. Assenza, tensioni e conflitti	Padre			Madre			Item problematico	Grado incoerenza			
	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.		< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.		1	2	3	4
Quanto spesso guardi la TV?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	Quanto spesso guarda la TV?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.					
Quanto spesso giochi con la play station e/o usi Internet?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	Quanto spesso gioca con la play station e/o usa Internet?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.					
Quanto spesso rimani da solo in casa?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	Quanto spesso rimane da solo in casa?	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.	< 2 g/sett.	2-4 g/sett.	> 4 g/sett.					



E) RILEVAZIONE DEI COMPORTAMENTI RELATIVI ALL'USO DI SOSTANZE

Obiettivi:

- 1. Rilevare la presenza e l'entità del consumo di sostanze psicoattive legali ed illegali e i comportamenti ad esse collegati sia per il figlio sia per i genitori.
- 2. Identificare aree problematiche.

AREA VALUTAZIONE:

- 1. Item problematico. Segnare con un ✓ se l'item risulta problematico
- 2. Grado incoerenza. Legenda: 1 = Nessuna incoerenza tra figlio, padre e madre (F = P = M)
2 = Incoerenza tra figlio e padre o incoerenza tra figlio e madre (F ≠ P o F ≠ M)
3 = Incoerenza tra figlio e padre e madre insieme (F ≠ P e M)
4 = incoerenza totale tra figlio, padre e madre (F ≠ P ≠ M)
Segnare con un ✓ la casella corrispondente.

1. Consumo di sostanze	Figlio	1. Consumo di sostanze	Padre		Madre	
			Comportamento del genitore	Percezione del comportamento del figlio	Comportamento del genitore	Percezione del comportamento del figlio
Fumi sigarette ?		Fuma sigarette ?				
Quando hai iniziato ?		Quando ha iniziato?				
Quanto fumi?		Quanto fuma?				
Fai uso di bevande alcoliche?		Fa uso di bevande alcoliche?				
Da quando?		Da quando?				
Con che frequenza?		Con che frequenza?				
Ti capita di bere in misura eccessiva?		Le capita di bere in misura eccessiva?				
Fai uso di sostanze illegali?		Fa uso di sostanze illegali?				
Quali?		Quali?				
Da quando?		Da quando?				
Quanto?		Quanto?				
Con che modalità di assunzione?		Con che modalità di assunzione?				
Se usi sostanze, le usi in casa?		Se usa sostanze, le usa in casa?				

Esprimere il grado di pericolosità percepita rispetto agli item indicati, utilizzando le seguenti categorie:
1. per niente pericoloso - 2. poco pericoloso - 3. abbastanza pericoloso - 4. molto pericoloso

AREA VALUTAZIONE									
2. Come valuti il livello di pericolosità delle seguenti sostanze?	Figlio	Padre	Madre	Item problematico	Grado incoerenza				
					1	2	3	4	
Acidi									
Alcol									
Anfetamine									
Cocaina									
Ecstasy									
Eroina									
Fumo di tabacco									
Hashish									
LSD									
Marijuana									



N. totale item problematici: _____ / 140

N. totale incoerenze di grado 1: _____ / 140

N. totale incoerenze di grado 2: _____ / 140

N. totale incoerenze di grado 3: _____ / 140

N. totale incoerenze di grado 4: _____ / 140



Allegato 3

ASPETTI FARMACOLOGICI E CLINICI DEI VARI PRODOTTI A BASE DI COCAINA: SCHEMA TECNICA RIASSUNTIVA

A cura di Fabrizio Schifano⁽¹⁾, Giovanni Serpelloni⁽²⁾, Oliviero Bosco⁽³⁾, Sara Bertoncelli⁽³⁾
da Serpelloni G. et al., Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, op. cit.

(1) University of Hertfordshire, School of Pharmacy, College Lane Campus, Hatfield, Herts

(2) Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

(3) Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20, Verona

Introduzione

La cocaina è una sostanza stimolante che dà dipendenza e che colpisce direttamente il cervello. In natura la cocaina è presente come alcaloide nelle piante appartenenti alla famiglia delle eritroxilacee e in maggiore quantità nell'*Eritroxylum Coca* ed *Eritroxylum Novogranatense*, due arbusti che crescono spontaneamente in Sud America. Dalle foglie di coca si forma, dopo un processo di macerazione, una pasta da cui si estrae per raffinazione una polvere cristallina biancastra che contiene la cocaina cloridrato. Generalmente i trafficanti la mescolano con altre sostanze, come maizena, talco e/o zucchero; o con certe droghe come la procaina, un anestetico locale di composizione chimica simile; o con altri stimolanti, come le amfetamine. Solitamente la cocaina si vende per strada sotto forma di polvere bianca, fine e cristallina che si conosce come "coke" o coca, "C", "snow" (neve), "flake" (fiocco), o "blow" (soffio). Le preparazioni contenenti cocaina sono diverse fra loro e si distinguono per la quantità della sostanza presente, per la via di somministrazione e le caratteristiche farmacocinetiche.

Preparazioni e vie di somministrazione

Foglie di coca

Tra le popolazioni peruviane vi è l'uso di masticare le foglie di coca allo scopo di aumentare la resistenza fisica e di alleviare il senso della fame e della fatica.

Forma:	Foglia
Via di somministrazione:	Orale (masticazione e suzione lenta). L'assorbimento della cocaina inizia già nella mucosa orale e continua in quella del tratto gastroenterico. Attraverso la via orale la biodisponibilità è del 30-40%.
Effetti:	La masticazione delle foglie di coca produce effetti lievi e prolungati. La cocaina è misurabile nel sangue entro 5 minuti dall'inizio della masticazione ed entro 15 minuti dalla deglutizione. La durata massima degli effetti di una dose media (20-50 mg) vanno da 45 a 90 minuti.
Purezza:	0.5 - 1%
Tagli:	L'aggiunta di sostanze basiche quali calce o ceneri di origine vegetale, durante la masticazione delle foglie di coca, facilitano l'estrazione della cocaina e ne aumenta la biodisponibilità a livello orale.

Cocaina idrocloride

La formulazione di cocaina prevalentemente utilizzata, e storicamente più nota, è la forma cloridrata.

Forma:	Sale cloridrato (forma in polvere della cocaina) altamente solubile in acqua
Via di somministrazione:	<p>Principalmente per via intranasale (sniffata), ma può anche essere iniettata (per via sottocutanea, intramuscolare o endovenosa) e ingerita. La via nasale è spesso utilizzata dai consumatori abituali. I cristalli di cocaina cloridrato, finemente tritati, vengono disposti su un piano rigido sino a formare una striscia lineare e quindi inalati mediante una cannuccia. Ciascuna striscia può contenere da 10 a 40 mg di cocaina secondo il grado di purezza della sostanza. In pochi minuti inizia l'effetto euforizzante che si protrae per altri 20-45 minuti.</p> <p>La via sottocutanea e intramuscolare, a causa dell'effetto vasocostrittore, comportano un assorbimento più lento e pertanto gli effetti sono meno rapidi rispetto alla via endovenosa. Per via endovenosa la biodisponibilità è del 100%. La cocaina può anche essere depositata su un foglio di alluminio, che viene scaldato e ne vengono inalati i vapori, generalmente attraverso una cannuccia. Ultimamente si sta diffondendo tra i giovani l'assunzione per via orale, tramite l'ingestione di un succo composto da cocaina, acqua e bicarbonato di sodio. L'uso comporta un assorbimento piuttosto lento e scarso, con effetti non intensi ma più persistenti.</p>
Effetti:	Gli effetti compaiono entro pochi minuti raggiungendo il picco massimo (high) in 15-30 minuti. Attraverso la somministrazione endovenosa gli effetti sono più rapidi.
Purezza:	50%
Tagli:	Lignocaine idrocloride e fenacetina

Cocaina Freebase

Per cocaina freebase si intende la forma base della cocaina cloridrato, ovvero la trasformazione della cocaina in sali (solubile in acqua) nell'alcaloide base. Si ottiene dissolvendo dapprima la cocaina cloridrato in acqua e aggiungendo poi ammoniaca (o una base forte) per eliminare i protoni in eccesso. La soluzione ottenuta in questo modo non è però ancora libera da tagli. Alla soluzione ottenuta si aggiunge quindi etere etilico ottenendo, dopo l'evaporazione dell'etere etilico, una freebase quasi del tutto priva di taglio. Preparare la freebase è estremamente pericoloso, poiché sono possibili esplosioni o produzioni di fiamme e quindi incendi. Con la scoperta della cocaina base, che può essere facilmente fumata, si è arrivati al vero boom dell'uso di cocaina.

Forma:	Cocaina cristallizzata (stato alcaloide)
Via di somministrazione:	Principalmente fumata, ma può anche essere iniettata
Effetti:	L'effetto compare entro 5-10 secondi dando un "high" molto breve ma molto intenso. Data la notevole superficie di assorbimento degli alveoli polmonari, la via inalatoria garantisce l'assorbimento di dosi particolarmente elevate in tempi brevi, che possono spiegare la pericolosità della cocaina sotto questa forma. Essa è relativamente inefficace quando somministrata per via intranasale o in vena.
Purezza:	70-90% ma può anche essere inferiore



Cocaina crack

“Crack” è il nome in gergo che viene dato ai cristalli di cocaina ottenuti processando la cocaina in polvere per trasformarla in una sostanza che si possa fumare. Il termine “crack” si riferisce al suono scricchiolante che si ascolta quando si fuma questo miscuglio. La cocaina “crack” si processa con ammoniaca o bicarbonato di sodio ed acqua, ed è scaldata per eliminare il cloridrato. Il crack è usato più del freebase in quanto si salta il passaggio dell’eliminazione del taglio con etere che ne rende meno pericolosa la preparazione.

Forma:	Cocaina cristallizzata (stato alcaloide)
Via di somministrazione:	Principalmente fumata o iniettata, ma può anche essere ingerita.
Effetti:	Simili a quelli del freebase
Purezza:	30-80%

Cocaina base

Questa forma di cocaina non viene processata per essere convertita in cocaina idrocloride, pertanto è uno stato base o alcaloide.

Forma:	Simile a fiocchi (stato alcaloide). La cocaina base è presente nella pasta di coca, ma nella pasta stessa sono contenute anche la meno volatile cocaina solfato, altri alcaloidi e i solventi usati per l’estrazione della cocaina dalle foglie (metanolo, cherosene, etc.).
Via di somministrazione:	Principalmente fumata (ma può anche essere iniettata o ingerita). Il modo più efficace per la sua assunzione è rappresentato dalla inalazione dopo riscaldamento. Alla temperatura di combustione di una sigaretta, circa 800 gradi, la cocaina cloridrato si decompone, così che nel prodotto di pirolisi non è possibile recuperarne più dell’1%. Alla stessa temperatura, la cocaina base viene recuperata per il 18-20%; a temperature più basse, circa 200 gradi, è possibile recuperarne circa l’84%. Per questo motivo i fumatori adottano delle tecniche che consentono la riduzione della temperatura di combustione: un esempio è l’utilizzo di pipe ad acqua. La cocaina viene depositata su un foglio di alluminio che viene scaldato. Quindi ne vengono inalati i vapori (generalmente tramite una cannuccia).
Effetti:	Simili a quelli indotti dal crack o dalla freebase

Cocaina nera

Questo tipo di cocaina deve il suo nome alle particelle magnetiche nere di ferro e di potassio tiocianato che vengono utilizzate per mascherare la cocaina quando viene trasportata per lo spaccio. Essa permette agli spacciatori di passare più facilmente inosservati, anche ai controlli delle unità cinofile. Questo miscuglio viene poi processato per estrarre la cocaina prima di essere venduta sul mercato. Il risultato può essere quello di un colore più scuro della cocaina e del crack che si trovano sul mercato di strada.

Meccanismo d’azione

L’effetto farmacologico principale della cocaina a livello del Sistema Nervoso Centrale (SNC) è quello di bloccare il recupero di dopamina nel terminale presinaptico. Il risultato è un aumento del livello di dopamina

a livello delle terminazioni sinaptiche dei neuroni dopaminergici del SNC. Inoltre, la cocaina può bloccare anche il riassorbimento presinaptico di noradrenalina e serotonina. L'iperfunzionamento cronico di tali sistemi indotto dalla cocaina porta ad un deficit della dopamina. Questo fenomeno è alla base della depressione e dell'esaurimento psicofisico che compaiono durante l'astinenza nei cocainomani.

Gli effetti della cocaina

La cocaina possiede principalmente tre tipi di effetti:

1. anestetico a livello locale;
2. simpaticomimetico: aumento della tachicardia, vasocostrizione, ipertermia, aumento della pressione arteriosa, etc.;
3. stimolante del Sistema Nervoso Centrale: aumenta la vigilanza, induce euforia, acuisce le sensazioni percettive, dà un senso di accresciuta forza fisica e capacità mentale, diminuisce la sensazione di sonno e la fame.

Gli effetti della cocaina si verificano più o meno rapidamente e dipendono dalla modalità di assunzione (in ordine di velocità: iniezione endovenosa, inalazione per via nasale, masticazione delle foglie). Gli effetti psicologici sono di natura estremamente variabile in quanto dipendono dagli stati emotivi e dalle aspettative connesse all'assunzione della sostanza e dal valore accreditato alla cocaina.

Gli effetti solitamente ricercati sono:

- aumento della vigilanza e delle capacità mentali
- euforia
- accrescimento delle sensazioni percettive
- aumento dell'intensità delle emozioni e delle sensazioni sessuali
- sicurezza e fiducia in se stessi
- aumento della forza fisica e della resistenza alla fatica

Aspetti clinici

La natura degli effetti della cocaina varia non soltanto in dipendenza dell'entità della dose, ma anche con la frequenza con la quale essa viene assunta. La cocaina assunta per via intranasale, raggiungendo in pochi secondi il sistema nervoso centrale, provoca una sensazione di intenso piacere ('rush'). La velocità d'azione farmacologica della cocaina, però, fa sì che l'euforia che si instaura dopo il rush svanisca dopo una trentina di minuti, lasciando il soggetto in condizioni di ansia, depressione ed irritabilità ('down') ed inducendolo a ripetere l'assunzione della dose. Terminata la disponibilità della cocaina, termina anche il 'binge' (letteralmente: abbuffata). A questo segue, per 1-4 giorni, uno stato di estrema astenia e sonnolenza, denominato 'crash'. Al 'crash' segue la 'astinenza' propriamente detta, caratterizzata da depressione, stanchezza, irritabilità e soprattutto il desiderio compulsivo e irrefrenabile della cocaina ('craving'). Normalmente, è a questo punto che si verifica una ricaduta. Questa modalità d'assunzione, pertanto, conduce facilmente al consumo cronico della cocaina e allo svilupparsi della dipendenza.

Complicanze mediche e psichiche connesse all'abuso di cocaina

Le complicanze mediche connesse all'abuso di cocaina in generale consistono principalmente in:

Effetti fisici:

- Aumento della frequenza cardiaca
- Aumento della contrattilità del ventricolo sinistro
- Aumento della pressione arteriosa
- Rischi considerevoli di trombosi, infarto miocardico e danni permanenti al sistema cardiovascolare
- Iper-produzione di adrenalina
- Aumento della produzione di endotelina



- Diminuzione della produzione di ossido nitrico
- Aumento dell'aggregabilità piastrinica nel sangue
- Accelerazione del processo aterosclerotico.

Effetti psichici:

- Distorsione cognitiva e delle capacità recettive, sensazione di aumento delle percezioni
- Attenuazione della reattività fisica e mentale
- Riduzione del senso di fatica
- Alterazione del sonno e della sensazione di fame e sazietà
- Senso di euforia

Effetti a lungo termine:

- Depressione, ansia, irritabilità, paranoia, insonnia e psicosi
- Perdita di peso
- Distruzione del sistema immunitario
- Rottura del setto nasale in caso di assunzione reiterata per via intranasale

Sintomi di overdose:

- Agitazione, ostilità, allucinazioni, convulsioni, ipertermia, infarto, paralisi muscolare e della respirazione, morte.

L'intossicazione cronica da cocaina può portare a un vistoso deperimento organico (per anoressia e insonnia) e a gravi turbe neurologiche e psichiatriche. Le alterazioni neurologiche sono rappresentate da tremori, tic, corea, attacchi epilettici, convulsioni e paralisi. Le turbe psichiatriche tipiche dell'abuso cronico di cocaina sono invece le manie, i comportamenti ripetitivi e stereotipati, i deliri paranoici.

Gli effetti e la tossicità della cocaina sono condizionati anche dalla modalità e dal tipo di forma con cui viene assunta. Fattori fondamentali sono la velocità di assorbimento e la concentrazione della cocaina.

Per esempio, quando si inala regolarmente si può avere perdita del senso dell'olfatto, emorragie nasali, perforazione del setto nasale, problemi di deglutizione, raucedine e irritazione generale del setto nasale, cosa che può produrre una condizione cronica d'infiammazione e secrezione del naso. Quando s'ingerisce la cocaina può causare cancrena negli intestini perché riduce il flusso del sangue. Inoltre, le persone che se la iniettano, hanno tracce di punture o "tracks", solitamente negli avambracci. Ancora, coloro che l'assumono per via endovenosa possono sperimentare reazioni allergiche, alla droga o ad alcune delle componenti che si aggregano alla cocaina nel taglio, e a volte queste reazioni possono provocare la morte.

I consumatori abituali di cocaina, in particolare coloro che se la iniettano, hanno un rischio maggiore di contrarre malattie infettive, come quella del virus HIV o dell'AIDS, e l'epatite. Infatti, l'uso di droghe illecite, incluso il "crack", è diventato uno dei principali fattori di rischio per nuovi casi di infezione da HIV. L'uso cronico di crack fumato può determinare disturbi respiratori (nel ritmo e nella profondità) e infiammazione delle vie aeree e broncospasmo.

Possibili associazioni della cocaina con altre sostanze

Le combinazioni più pericolose sono principalmente due:

Cocaina e alcol (cocaetilene)

La cocaina e l'alcol sono di frequente consumate assieme (Schifano et al, 2001). La cocaina è transesterificata nel fegato a cocaetilene, che mostra alcune proprietà simil-cocaina. Sia l'alcol che il cocaetilene riducono la clearance della cocaina rispettivamente del 47% e 26%, prolungando perciò gli effetti della cocaina stessa e mitigando il 'comedown' che segue alla sua assunzione. Inoltre, l'alcol aumenta la velocità degli effetti della cocaina, rende più difficile controllare la propria aggressività, le proprie paure o ansie. Il cocaetilene incrementa i livelli di dipendenza e presenta elevati rischi di cardiotoxicità. Inoltre, l'assunzione di cocaina può avere pericolose interazioni farmacologiche quando, in concomitanza all'assunzione, si è sotto terapia medico-farmacologica di qualsiasi tipo.

Benché sia necessario intensificare la ricerca, si deve iniziare a prendere in considerazione l'ipotesi che molte delle morti causate dalle droghe, siano dovute ad una combinazione di cocaina e alcool.

Cocaina ed eroina (SpeedBall)

L'assunzione di cocaina combinata all'eroina è ricercata dal consumatore poiché migliora il down della coca, ma aumenta enormemente il rischio di blocco respiratorio e collasso cardiocircolatorio.

Di seguito riportiamo le possibili associazioni della cocaina con altre sostanze stupefacenti.

Combinazione della sostanza	Via di assunzione	Effetto	Tipo di utilizzo
Cocaina e alcool	La cocaina è assunta in genere per via inalatoria e l'alcool per via orale. Possono essere anche combinate ed assunte per via iniettiva. Anche la coca si dissolve nell'alcool.	Produce cocaetilene nel fegato che interagisce con il sistema di gratificazione e va a creare la sensazione di "euforia".	E' la combinazione più diffusa nel Regno Unito. L'uso è di tipo ricreazionale e cronico.
Crack ed eroina (speedball)	Possono essere assunte una dopo l'altra per via inalatoria (fumate) o iniettiva. Possono inoltre essere combinate insieme per via iniettiva.	Quando assunte insieme la cocaina e l'eroina potenziano i loro effetti reciprocamente creando sensazioni molto forti. Prolunga anche le sensazioni di down.	Questo utilizzo è in genere tipico degli utilizzatori cronici. Si sono verificati però casi di uso di eroina nell'ambito della cultura "dance".
Crack e cannabis	Il crack può essere fumato in associazione con la cannabis.	La cannabis viene utilizzata per alleviare le sensazioni di down.	Uso ricreazionale.
Cocaina e Ketamina	Abitualmente sniffate, o una dopo l'altra, o mescolate in un'unica riga. Possono essere assunte anche sotto forma di una pasta fumabile ("blocchetto fumabile" smokeable rock)	Questa combinazione procura sensazioni di euforia e allucinazioni.	Principalmente con scopo ricreazionale, viene utilizzato anche dai consumatori cronici.
Cocaina e Ecstasy	L'ecstasy viene assunta per via orale mentre la cocaina per via inalatoria (sniffata).	La cocaina aumenta la sensazione di euforia provocata dall'ecstasy.	Principalmente uso ricreazionale, ma viene utilizzato anche per "grandi abbuffate".
Cocaina e Viagra	La cocaina viene assunta per via inalatoria, il viagra per via orale.	La cocaina, così come il viagra, possono intensificare le sensazioni durante un rapporto sessuale.	Uso ricreazionale.
Cocaina e steroidi	Le sostanze vengono assunte separatamente.	Entrambe le sostanze agiscono sull'umore.	Uso ricreazionale.
Crack e amfetamine	Possono essere assunte separatamente oppure combinate in un'unica miscela. Gli "speed rock" sono di colore rosato.	Entrambe le droghe hanno effetti simili, ma le amfetamine rilasciano la dopamina piuttosto che prevenire il riassorbimento.	Uso ricreazionale, consumatori cronici.



Bibliografia

Gold, Mark S. Cocaine, and "crack", : Clinical Aspects (181-198), Substance Abuse: A Comprehensive Textbook, Third Edition, Lowinson, ed. Baltimora, MD: Williams & Wilkins, 1997.

National Institute on Drug Abuse. NIDA Infofact, "Crack" and Cocaine, 1998.

National Institute on Drug Abuse, Research Report series, "Cocaine addiction and abuse", 1999.

Schifano F., Cocaine misuse and dependence. Current Opinion in Psychiatry, 9: 225-30, 1996.

Schifano F., Eccitanti e psichedelici del sabato sera. Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo, 21: 9-12, 1998.

Schifano F., New trends in drug addiction: synthetic drugs. Epydemiological, clinical and preventive issues. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 10: 63-70, 2001.

www.coca.org.uk

www.salus.it/medicinadelledipendenze/aggressivita5.html (V Manna)

http://www.ti.ch/di/POL/prevenzione/stupefacenti/sostanze/default_cocaina.htm



Allegato 4

LE COMPLICANZE INFETTIVE LEGATE ALL'ABUSO DI COCAINA

Premessa

L'uso di droghe e la tossicodipendenza possono complicarsi con varie patologie infettive, sostenute da virus, batteri, miceti ed anche protozoi. Lo spettro delle complicanze varia da infezioni localizzate alla cute a gravi infezioni sistemiche. I principali meccanismi responsabili di tali infezioni sono legati ai comportamenti che ne caratterizzano l'assunzione, ed in particolare all'iniezione di materiale non sterile e allo scambio di siringhe. I cocainomani possono andare incontro a tutte le complicanze infettive descritte nei tossicodipendenti, ma presentano un rischio ancor maggiore di sviluppare infezioni trasmesse per via sessuale (per via dell'effetto della cocaina sul comportamento) ed endocarditi (favorite, in congiunzione con l'utilizzo della via parenterale, dagli effetti cardiovascolari della sostanza). Con l'aumentare della popolazione di soggetti che utilizzano cocaina, è ipotizzabile in un prossimo un aumento parallelo delle complicanze infettive legate all'uso della sostanza. È importante che i medici che hanno in carico pazienti con problemi di dipendenza siano a conoscenza di tali problematiche.

Peculiarità delle complicanze infettive negli utilizzatori di cocaina

Gli effetti sul sistema cardiovascolare giocano un ruolo importante nel determinare di alcune complicanze infettive legate alla cocaina, ed in particolare delle endocarditi. Così come per altre droghe quali l'eroina, la somministrazione parenterale di cocaina può associarsi ad un vasto spettro di infezioni, responsabili di elevata morbidità ed anche mortalità. In tal caso, la trasmissione dell'infezione può essere legata all'uso promiscuo delle siringhe, con possibilità di trasmissione di patogeni per via ematica (come nel caso dell'infezione da HIV e dei virus epatitici), o all'introduzione di microrganismi contaminanti le sostanze d'abuso ed i parafernalia, o più semplicemente alla rottura dell'integrità delle barriere mucocutanee con possibilità di invasione profonda da parte dei batteri componenti la flora superficiale (come nel caso delle endocarditi stafilococciche). Tra le infezioni così originate ricorderemo quelle della cute e dei tessuti molli, le sepsi, le infezioni osteoarticolari, le endocarditi batteriche, le infezioni vascolari non cardiache, le polmoniti, le epatiti, gli ascessi splenici, le infezioni del sistema nervoso centrale, le endoftalmiti, nonché l'infezione da HIV.

Un cenno particolare meritano le endocarditi nel cocainomane. In effetti, a causa della breve emivita della sostanza, la frequenza delle iniezioni e il conseguente rischio infettivo aumentano significativamente. Indipendentemente poi dalla via di somministrazione, la cocaina esercita profondi effetti sul sistema cardiovascolare. Lo spasmo coronario inducibile dalla cocaina, in associazione all'attività pro-coagulante può essere responsabile di lesioni endoteliali e successiva formazione di microtrombi, sui quali la possibilità di aderire e di proliferare di microrganismi circolanti nel sangue (ad es. in occasione della somministrazione parenterale) è elevata. Questi dati potrebbero spiegare l'elevata prevalenza di endocardite batterica negli utilizzatori di cocaina rispetto ad altre sostanze di abuso. Con gli stessi meccanismi, si è visto che la cocaina può determinare la formazione di lesioni trombotiche a distanza dal sito di iniezione ed anche lesioni infartuati dei muscoli e della cute dopo uso inalatorio.

Complicanze
dirette legate
alla via di
somministrazione

Anche la via inalatoria determina una certa propensione a determinare o comunque favorire patologie infettive. In particolare, l'assunzione intranasale di cocaina può rendersi responsabile di una sindrome acuta delle vie aeree inferiori, per la quale non si esclude una patogenesi idiosincrasica specifica o innescata dagli additivi impiegati nella preparazione del crack, e di una polmonite interstiziale, con depositi di silicati, rapidamente evolvente verso l'insufficienza respiratoria. Da ricordare, però, che anche l'inalazione di eroina può causare reazioni da ipersensibilità a livello polmonare ed edema polmonare.

Le infezioni oculari superficiali possono essere favorite, tra l'altro, dall'uso di crack, che può provocare lesioni corneali. Tali lesioni sono riconducibili sia a effetti tossici diretti, sia alla diminuzione della sensibilità soggettiva dovuta alle proprietà anestetiche della sostanza.

Dal momento che il crack viene spesso utilizzato in ambienti sovraffollati, poco ventilati, vi è la possibilità di trasmissione di agenti responsabili di infezioni respiratorie. Tale modalità è stata documentata in una epidemia di tubercolosi in un locale dove si utilizzava crack in California.

Ancora più importanti sono gli effetti della cocaina sul comportamento, compresa l'attività sessuale. Ne consegue che l'impiego di cocaina può associarsi ad aumentata incidenza di malattie a trasmissione sessuale, quali infezione da HIV, sifilide, epatite B, sifilide e gonorrea. A tal proposito, in Italia ed in altri paesi europei, la trasmissione sessuale è divenuta la principale modalità di acquisizione dell'infezione da HIV.

Queste allarmanti osservazioni rendono prioritaria l'implementazione di adeguate misure di prevenzione delle infezioni tra i tossicodipendenti in genere, ed in modo particolare tra i cocainomani.

Complicanze
indirette

Bibliografia

De Lima MS, de Oliveira Soares BG, Reisser AA, Farrell M - Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review - *Addiction*. 2002 Aug; 97 (8):931-49.

Sofuoglu M. and Kosten T.R., Novel Approches to the Treatment of Cocaine Addiction, *CNS Drugs*. 2005; 19(1): 13-25.

Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AA, Pani PP, Silva de Lima M, Soares B, Vecchi S. Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD006754.

Lima AR, Lima MS, Soares BG, Farrell M. Carbamazepine for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD002023. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD002023. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD002023.

Soares BG, Lima MS, Reisser AA, Farrell M. Dopamine agonists for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(4):CD003352. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003352.

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD006306.

Gates S, Smith LA, Foxcroft DR. Auricular acupuncture for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD005192.



Allegato 5

**I TRATTAMENTI PER I DISTURBI CORRELATI ALLA COCAINA:
EVIDENZE DISPONIBILI DA REVISIONI SISTEMATICHE E
META-ANALISI DI STUDI CLINICI**

La Food and Drug Administration (<http://www.fda.gov/>), al momento attuale, non riconosce trattamenti farmacologici specifici per i disturbi correlati a cocaina. Nonostante gli sforzi della ricerca non è stato ancora identificato un trattamento farmacologico di provata efficacia per la cura dei disturbi correlati alla cocaina (De Lima L.S. et al. 2002, Sofuoglu M. 2005). Allo stato attuale gli interventi che presentano risultati significativi in termini di efficacia sono quelli che si basano sull'integrazione di strategie di trattamento farmacologico e psicologico (nella maggior parte degli studi sull'uomo la valutazione dell'efficacia dei trattamenti farmacologici è testata in associazione ad intervento psicologico di terapia cognitivo comportamentale standardizzata).

Sebbene non ci siano farmacoterapie approvate per la dipendenza da cocaina, un certo numero di farmaci sono stati testati e sono in corso di studio avendo evidenziato dei risultati promettenti. Tra questi ci sono anticonvulsivanti, antidepressivi, agonisti della dopamina, ed antipsicotici. Tra gli interventi valutati, inoltre, si segnala l'agopuntura auricolare. Tutti i sopracitati interventi sono stati oggetto di revisioni sistematiche e meta-analisi della letteratura. I principali risultati di tali ricerche sono qui di seguito riassunti.

Più di una review Cochrane, e relativi aggiornamenti, hanno valutato l'efficacia di numerosi farmaci anticonvulsivanti in questo campo (Monizzi S. et al. 2008, Lima A.R. et al., 2009). Le revisioni includevano vari farmaci (carbamazepina, gabapentin, tiagabina, fenitoina) e numerosi studi randomizzati (sino a 16, per un totale di oltre 1.000 pazienti). Al momento non vi sono evidenze che supportano l'utilizzo di anticonvulsivanti per il trattamento della dipendenza da cocaina.

Anticonvulsivanti
nella terapia
della dipendenza
da cocaina

Una revisione Cochrane, e successivi aggiornamenti, ha valutato l'impiego di antidepressivi per il trattamento della dipendenza da cocaina. Sono stati inclusi 20 studi randomizzati, ed oltre 1.300 pazienti. I risultati della revisione non forniscono prove di efficacia relative all'utilizzo degli antidepressivi nella dipendenza da cocaina. Allo stato attuale delle conoscenze, queste sostanze non sembrano poter diventare il farmaco d'elezione per il trattamento indiscriminato di tutti i dipendenti da cocaina. Rimane sconosciuta l'efficacia degli antidepressivi prescritti in associazione con interventi psicosociali più strutturati del counseling.

Antidepressivi per
la dipendenza
da cocaina

Gli elevati tassi di abbandono del trattamento riscontrati negli studi inclusi nella revisione suggeriscono inoltre la necessità dell'utilizzo, da parte di chi vuole condurre ricerche sugli effetti delle sostanze farmacologiche per il trattamento della dipendenza da cocaina, di approcci specifici tesi a migliorare la compliance.

In questa revisione sono stati inclusi 17 studi randomizzati, per un totale di oltre 1.100 pazienti (Soares B.G. et al. 2003). I risultati della revisione dimostrano che non vi sono evidenze di efficacia che giustifichino l'uso clinico degli agonisti della dopamina nel trattamento della dipendenza da cocaina. Data la mancanza di prove di efficacia, gli autori suggeriscono ai clinici di valutare l'utilità di questo tipo di trattamenti considerando sia i possibili benefici che i potenziali effetti collaterali ad essi associati. Inoltre, dato l'alto numero di abbandoni terapeutici, dovrebbe essere presa in considerazione la possibilità di utilizzo di approcci terapeutici diversi, quali ad esempio gli interventi psicoterapeutici.

Agonisti della
dopamina per
la dipendenza
da cocaina

Questa revisione ha incluso 7 studi randomizzati, e circa 300 pazienti (Amato L. et al. 2003). La revisione conclude che, sebbene bisogna essere cauti nel trarre conclusioni sulla base di risultati provenienti da un numero limitato di studi di piccole dimensioni, al momento non vi sono evidenze che supportino l'utilizzo degli antipsicotici per il trattamento della dipendenza da cocaina. Inoltre, la maggioranza degli studi inclusi non considera esiti importanti quali gli effetti collaterali, l'uso di cocaina durante il trattamento ed il craving. Nello sforzo di rispondere alle esigenze dei clinici, dei pazienti e delle famiglie dovremmo migliorare la ricerca primaria nel campo delle dipendenze patologiche. I vari farmaci precedentemente utilizzati hanno evidenziato livelli modesti di efficacia negli studi clinici controllati.

Antipsicotici per
la dipendenza
da cocaina

Lo scopo della revisione Cochrane di seguito presentata era quello di valutare gli studi clinici randomizzati relativi all'efficacia degli interventi psicosociali per il trattamento dell'abuso di psicostimolanti (Knapp W.P. et al. 2007). Sono stati inclusi anche studi che consideravano persone dipendenti da più sostanze o in trattamento di mantenimento con metadone. Gli psicostimolanti considerati per questa revisione erano cocaina ed amfetamine.

Interventi
psicosociali
per disturbi
correlati all'uso
di cocaina
ed amfetamine

La ricerca in letteratura ha portato all'identificazione di 56 studi. Di questi 26 hanno soddisfatto tutti i criteri necessari per essere inclusi nella revisione. Il numero totale di soggetti trattati era di 3187 persone.

Gli interventi valutati erano:

- 1) Terapia supportivo-espressiva verso counseling
- 2) Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) + contingency verso CBT + bonus
- c) CBT (individuale e di gruppo) verso CBT (di gruppo)

I risultati evidenziano pochi cambiamenti significativi rispetto ai tassi di uso di sostanze nelle persone trattate con gli interventi studiati nella revisione. Inoltre, sulla base delle prove disponibili, non è possibile identificare un singolo trattamento in grado di affrontare nella sua complessità e risolvere un disturbo cronico recidivante quale è quello di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo di questa revisione consisteva nel determinare se l'agopuntura auricolare fosse un trattamento efficace per la dipendenza da cocaina ed investigare se la sua efficacia è influenzata dal regime di trattamento. Nello studio sono state valutate persone dipendenti da cocaina o da crack. Sono stati considerati per l'inclusione anche gli studi che includevano pazienti con diagnosi supplementari quali ad esempio la dipendenza da oppiacei. Degli studi considerati, 7 hanno soddisfatto i criteri di inclusione, per un totale di 1021 persone.

L'agopuntura
auricolare per
la dipendenza
da cocaina

La revisione conclude che non vi sono prove di evidenza che suggeriscono che l'agopuntura auricolare sia un trattamento efficace per la dipendenza da cocaina. In ogni caso, la qualità delle evidenze disponibili è bassa e, pertanto, i risultati non sono conclusivi. Tuttavia il diffuso uso di agopuntura non è a tutt'oggi basato su prove di evidenza scientifica.

In conclusione, anche i risultati delle meta-analisi sulle terapie disponibili per la dipendenza da cocaina evidenziano i limiti, non solo nella disponibilità di farmaci efficaci, ma anche nella qualità variabile degli studi clinici randomizzati attraverso i quali tali farmaci sono stati valutati.



Bibliografia

Rezza G. Infezioni e mortalità nei tossicodipendenti. *Ann Ist Super Sanità* 2002;38(3):297-303.

Rezza G, Cruciani M. Le complicanze infettive legate all'uso di cocaina., in G. Serpelloni et al. 2006, op. cit.

Levine DP, Brown PD. Infection in Injection Drug users. In Mandell, Douglas, Bennett(eds). *Principles and practice of Infectious diseases*. Churchill Livingstone. Vth ed. 2000.

Warner EA. Cocaina abuse. *Ann Intern Med* 1993; 119: 226-35.

Selwyn PA, Hartel D, Wasserman W, Drucker E. Impact of the AIDS epidemic on morbidity and mortality among intravenous drug users in a New York City methadone maintenance program. *Am J Public Health* 1989;79:1358-62.

Rezza G, Nicolosi A, Zaccarelli M, et al. Understanding the dynamics of the HIV epidemic among intravenous drug users: across-sectional versus a longitudinal approach. *J AIDS* 1994;7:500-3.

Gordon RJ, Lowy FD. Bacterial infections in drug users. *N Engl J Med*. 2005; 353:1945-54.

Chaisson RE, Bacchetti P, Osmond D, Brodie B, Sande MA, Moss AR. Cocaine use and HIV infection in intravenous drug users in San Francisco. *JAMA*. 1989; 261:561-5.



Allegato 6

PRINCIPI GENERALI PER L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI SANITARI PER I TRATTAMENTI DELLA DIPENDENZA DA COCAINA

A cura di Giovanni Serpelloni⁽¹⁾, Francesco Zavattaro⁽²⁾

Tratto da Cocaina. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, op. cit.

(1) Capo Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

(2) SDA – Università Bocconi, SDA Professor, Public Management and Policy Department

Introduzione

Attualmente i sistemi sanitari regionali per l'assistenza ai tossicodipendenti sono, per la stragrande maggioranza dei casi, orientati al trattamento delle persone con dipendenza da eroina, strutturati cioè in un modo che, per le peculiari e diverse caratteristiche dei pazienti che presentano dipendenza da cocaina, sono attualmente poco idonei a fornire assistenza a questo gruppo di persone in difficoltà.

Lo sforzo che stanno facendo in questi anni è quello di adeguare i vecchi sistemi ai nuovi bisogni, purtroppo con tutte le inerzie e le complicazioni che tali operazioni comportano. Le difficoltà non dipendono solo dal fatto che questa tipologia di pazienti è poco conosciuta nelle sue caratteristiche di fondo e nei suoi bisogni, ma anche dal fatto che solitamente si tenta un adeguamento dei vecchi sistemi alle nuove problematiche che si presentano. Spesso, infatti, non ci si rende conto del fatto che sia le strutture sia gli operatori presentano caratteristiche di base che poco collimano con i nuovi bisogni degli utenti e che probabilmente è necessario pensare ad un nuovo sistema, che non passi solo attraverso semplicistiche e uniche soluzioni strutturali (nuove unità organizzative, più risorse umane, ecc.) ma, soprattutto, attraverso lo sviluppo e l'acquisizione di una nuova cultura professionale degli operatori, dei dirigenti aziendali e regionali. Oltre a questo aspetto è innegabile che anche l'organizzazione generale dei servizi debba rapidamente adeguarsi.

Le condizioni contingenti e la necessità di razionalizzare l'uso delle risorse porta ad una conseguente maggiore integrazione di alcune componenti sanitarie che, ad oggi, sono state poco presenti ed utilizzate nel sistema delle dipendenze: i medici di medicina generale, le cliniche private (convenzionate o no), gli ambulatori e i centri specialistici, le unità di emergenza.

Un grande passo avanti dovrà, inoltre, essere fatto nella riconversione della rete delle attuali comunità terapeutiche, sempre più in crisi sia per la diminuzione degli ingressi (e quindi la conseguente riduzione degli introiti necessari per la sopravvivenza dell'organizzazione stessa), sia per il profondo cambiamento delle caratteristiche dell'utenza che necessita di un forte adeguamento delle modalità assistenziali che, con tanta fatica, nel tempo si erano apprese e consolidate.

Non vi è dubbio che, un patrimonio organizzativo ed umano di questo tipo, debba trovare una nuova valorizzazione e che questo debba avvenire con una nuova specializzazione dei modelli organizzativi e dei sistemi assistenziali residenziali e semiresidenziali fino ad oggi utilizzati. L'emergenza cocaina e il futuro che verrà, possono costituire un'importante ed effettiva opportunità per recuperare e rivalorizzare questo patrimonio e contemporaneamente per soddisfare bisogni sociosanitari della comunità estremamente rilevanti ed importanti.

Bisogni ed offerte

Da un punto di vista organizzativo, al fine di riorganizzare una valida offerta, è utile comprendere che esistono diverse macrotipologie di pazienti e che non tutti esplicitano una domanda di assistenza. Fondamentalmente, al solo scopo di poter affrontare in maniera pratica il problema dell'organizzazione di una rete assistenziale per il trattamento, potremo distinguere 5 macrocategorie di domanda in base all'afferenza alla rete assistenziale attualmente esistente:

1. soggetti che si rivolgono ai servizi pubblici (Sert);
2. soggetti già in carico ai servizi pubblici e spesso in trattamento anche per altre droghe;

3. soggetti che si rivolgono a servizi sanitari privati (cliniche, ambulatori, centri specializzati) e che non gradiscono recarsi presso i servizi pubblici;
4. soggetti che accedono ai servizi di emergenza per overdose o patologie acute correlate all'abuso di cocaina e crack (es. incidenti stradali, episodi cardiovascolari, ecc.);
5. soggetti che non si rivolgono a nessun tipo di servizio.

È innegabile che le macrocategorie si autodefiniscono in base ad una serie di fattori quali, per esempio: la possibilità di sostenere le spese di trattamenti in centri privati ad alto costo; la necessità di privacy in base alla posizione sociale e professionale occupata; la distanza dai centri di cura; la possibilità di assentarsi e dare discontinuità al lavoro; il livello di qualità delle condizioni di cessione delle prestazioni e delle condizioni alberghiere desiderato; il grado di motivazione al trattamento; la gravità e il disagio derivante dai disturbi cocaina correlati, ecc.

Nello strutturare sistemi di risposta alle esigenze socio-sanitarie di questa parte di popolazione, quindi, è necessario procedere con un approccio integrato che tenga conto del fatto che i pazienti possono trovarsi in vari punti del sistema sanitario e che per ottenere una risposta efficace e nello stesso tempo economicamente performante, è necessario prevedere un forte coordinamento organizzativo che razionalmente si orienti verso modelli di tipo dipartimentale. Tutto questo al fine di organizzare una "filiera produttiva" che possa dare risposte complete su tutta la gamma di bisogni sociosanitari dei soggetti assuntori di cocaina e crack.

Alcune indicazioni riportate in letteratura: i livelli di assistenza

Un importante documento inglese sui trattamenti e sulle modalità di intervento per la dipendenza da cocaina e crack, definisce alcune linee generali di indirizzo derivanti dall'osservazione pratica e dalle evidenze scientifiche, che risulta utile considerare al fine di definire possibili modelli assistenziali e assetti organizzativi per i sistemi sanitari deputati ai trattamenti della dipendenza da cocaina. Le considerazioni che devono essere valutate possono essere così riassunte:

1. gli interventi più efficaci sembrano essere quelli di tipo psico-sociale sotto forma di terapia di gruppo o counseling individuale all'interno di setting residenziali o ambulatoriali giornalieri;
2. i consumatori con problematicità maggiori richiedono un trattamento intensivo residenziale;
3. i servizi devono specializzarsi nell'utilizzare strategie specifiche per attrarre questa tipologia di assuntori che differiscano da quelle standard per gli utilizzatori di sostanze oppiacee, sia per quanto riguarda il primo contatto che per l'intero svolgimento del trattamento;
4. i tempi di attesa per il trattamento devono essere necessariamente brevi;
5. non esiste una farmacoterapia univocamente riconosciuta per il trattamento della dipendenza da cocaina, pertanto l'utilizzo di farmaci è motivato dalla presenza di una dipendenza da altre droghe stupefacenti oppure dalla concomitante presenza di problemi di salute mentale;
6. il fenomeno del policonsumo deve essere considerato attentamente;
7. gli operatori delle tossicodipendenze devono ricevere una formazione specifica sugli effetti della sostanza, le conseguenze dell'abuso e le problematiche specifiche ad essi correlate poiché spesso gli utenti dei servizi riferiscono di aver riscontrato una scarsa preparazione da parte degli operatori.

La National Treatment Agency (NTA) fissa vari livelli di assistenza e ritiene che i servizi per il trattamento della dipendenza da cocaina e da crack dovrebbero sviluppare un sistema di assistenza integrato dei diversi livelli, in modo da permettere un passaggio flessibile da una forma all'altra di trattamento in base alle esigenze specifiche del paziente.

1° livello: Assistenza primaria - "Primary Care"

Includono servizi di assistenza primaria, di sostegno sociale, accoglienza-ricovero, prevenzione dei rischi per la salute, interventi di crisi, servizi psichiatrici generici.

Come tutti gli assuntori di sostanze stupefacenti e alcol, anche gli utilizzatori di cocaina sono esposti a generici e specifici problemi di salute (salute cagionevole, problemi polmonari, cardiovascolari e problemi di salute mentale) che richiedono un primo livello di cura.



1. I sintomi fisici collegati all'abuso di cocaina e di crack devono essere riconosciuti in prima istanza e devono ricevere una valutazione appropriata con successivo invio agli specialisti. Particolare attenzione va rivolta alle situazioni d'urgenza (sintomatologia cardiovascolare, polmonare, overdose);
2. i consumatori di cocaina e di crack riportano spesso dei problemi di salute mentale (ansia, depressione, paranoia e psicosi) conseguenti all'abuso, oppure un'esacerbazione delle condizioni psicologiche già esistenti. Per questo motivo devono essere stilati dei protocolli di intervento specifici per le problematiche che possono essere riportate in fase di accoglienza;
3. riduzione del rischio per la salute. I servizi per le tossicodipendenze devono attrezzarsi con strategie e pratiche specifiche per informare ed educare gli assuntori (scambio di siringhe per coloro che utilizzano la via endovenosa) al fine di aumentare la consapevolezza circa i rischi associati all'assunzione della sostanza. Un'attenzione particolare va rivolta agli assuntori di crack che tendono ad iniettarsi la sostanza più frequentemente rispetto agli utilizzatori di eroina causando maggiori danni ai tessuti e alle vene. È necessario, inoltre, specializzarsi sulle possibili cause di morte correlate all'uso di cocaina e crack;
4. HIV ed epatiti: la via endovenosa è in aumento per gli assuntori di crack, che in tal modo si espongono ad un maggiore rischio di contrarre patologie infettive quali HIV ed Epatiti;
5. sistemazione in alloggi per gli utenti più disagiati e senza tetto (soprattutto utilizzatori di crack o utenti già in trattamento per la dipendenza da eroina che utilizzano anche cocaina) tramite il lavoro degli assistenti sociali;
6. campagne informative specifiche per cocaina e crack.

2° livello: Servizi per l'abuso di sostanze con accesso aperto - "Intervention"

Includono servizi di informazione sulle droghe e sui trattamenti, servizi di primo contatto, servizi di strada (riduzione del rischio per la salute), piani di trattamento per persone con problemi di giustizia. Il primo obiettivo è quello di favorire la consapevolezza che l'assunzione della sostanza è un problema.

A questo livello, i servizi dovrebbero offrire informazioni sulla dipendenza da cocaina e crack, interventi di strada per la riduzione del rischio per la salute, colloqui di assessment, colloqui motivazionali al trattamento, prescrizione di farmaci, assistenza sociale (per alloggio, impiego, benefici, debiti), consulenza legale, sostegno per i familiari. Questi servizi devono permettere un invio diretto alle strutture specializzate nel caso in cui vengano rilevate complicanze mediche e psichiatriche.

3° livello: Servizi per il trattamento dell'abuso di sostanze – "Community-based"

Sono servizi che offrono disintossicazione, un sostituto farmacologico alla sostanza illegale, una pianificazione di cura, psicoterapia e consulenza strutturate, programmi giornalieri strutturati, terapia per pazienti con problemi di giustizia, programmi post-trattamento residenziale o post detenzione, terapie complementari. Un'indicazione interessante per la strutturazione dei programmi ambulatoriali è la flessibilità degli orari, in quanto spesso gli assuntori di cocaina, soprattutto se riportata come sostanza primaria, trovano delle difficoltà nel rendere compatibili gli impegni di lavoro con la necessità di una cura. Un'idea potrebbe essere quella di offrire degli spazi serali o nei weekend. I servizi per le tossicodipendenze, infatti, tendono a fornire delle offerte di trattamento modellate sulle esigenze degli utenti tradizionali (eroinomani per la maggioranza) che solitamente sono disoccupati o al di fuori dell'iter scolastico.

4° livello: Servizi residenziali per persone dipendenti da alcol e droghe - "Inpatient Treatment", "Residential Rehabilitation"

A questo livello di assistenza vengono indirizzati gli utenti che presentano una storia clinica più grave e che richiedono pertanto un intervento di cura più intensivo. Questi servizi offrono programmi intensivi e strutturati in un ambiente residenziale o in ospedale in regime di ricovero e mirano al raggiungimento dell'astinenza e al mantenimento nel tempo degli obiettivi terapeutici raggiunti. Essi possono fornire interventi ad ogni livello della riabilitazione: disintossicazione, riabilitazione, programma post-trattamento. Alcuni hanno una formula di accesso libera, altri richiedono l'invio da parte di medici, di servizi sociali o sanitari. Ogni servizio riabilitativo offre programmi diversificati circa la durata e l'intensità del programma sulla base dell'approccio psicoterapico proposto. La maggioranza dei centri richiedono, come condizione di accesso, lo stato astinente, sebbene molti abbiano al loro interno servizi di disintossicazione. Sono previsti anche trattamenti per persone che vengono segnalate dagli Organi di Giustizia.

Indicazioni pratiche del “National Treatment Agency for Substance Misuse” per gli operatori

Oltre all'elenco dei quattro livelli di assistenza, il “National Treatment Agency for Substance Misuse” fornisce anche i punti che devono essere sviluppati e rinforzati dagli operatori del settore al fine di offrire un trattamento efficace per i consumatori di cocaina e crack.

1. Gli operatori devono ricevere una formazione specifica sugli effetti della cocaina e del crack e sui comportamenti d'abuso correlati. Devono, pertanto, avere una competenza particolare relativamente a:
 - differenze tra cocaina e crack;
 - diverse tipologie di assuntori e diversi background socio-culturali;
 - attenzione particolare alle differenze tra i sessi (cocaina e disturbi alimentari, crack e prostituzione, maternità, ecc.);
 - diversi contesti di assunzione;
 - effetti fisici e psichici delle due sostanze;
 - vie di somministrazione ed effetti correlati;
 - rischi e conseguenze fisiche e psicologiche associate;
 - fenomeno del policonsumo (associazione di cocaina e altre sostanze stupefacenti oppure cocaina e alcol);
2. L'équipe all'interno dei servizi deve necessariamente essere multidisciplinare (medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori), in modo da riuscire a far fronte alle specifiche esigenze degli utenti e indirizzare correttamente il livello di cura: devono essere predisposti interventi informativi e strategie specifiche per la riduzione del rischio per la salute (scambio di siringhe, interventi educativi per comportamenti sessuali sicuri), specializzati anche relativamente alla diversa modalità di assunzione (iniettiva, inalatoria, respiratoria, orale) che si correla a rischi diversi.
3. E' indispensabile coinvolgere le famiglie e gli amici dei consumatori fornendo informazioni specifiche sulle sostanze, counseling e gruppi di auto-aiuto.
4. I servizi devono prevedere, all'interno dei loro programmi, gruppi per la prevenzione della ricaduta e per la gestione del comportamento d'abuso in modo da fornire agli utenti valide strategie e tecniche per far fronte alle situazioni a rischio (trigger). Tali gruppi sono utili a tutti i livelli di cura, sebbene siano indispensabili e di fondamentale importanza nelle prime fasi del trattamento e in quelle post-trattamento;
5. Oltre alle classiche offerte di trattamento si consiglia caldamente di aggiungere all'interno dei propri programmi anche le cosiddette “terapie complementari” (agopuntura auricolare, tecniche di rilassamento ecc) che aumentano l'attrattività degli utenti ai servizi e spesso agevolano anche la ritenzione in trattamento; affinché i programmi riabilitativi risultino efficaci, è necessario sviluppare strategie specifiche post-trattamento per il mantenimento degli obiettivi terapeutici raggiunti.
6. Al fine di attrarre gli utenti ai servizi è utile prendere in considerazione alcuni aspetti di base:
 - pubblicizzazione delle offerte disponibili tramite posters, radio, informazione nelle scuole;
 - offrire programmi basati sulla riservatezza e sulle flessibilità in relazione ai bisogni dell'utenza;
 - ridurre i tempi di attesa per la presa in carico e il trattamento, dal momento che la richiesta di aiuto, spesso, arriva quando il paziente si trova in una forte situazione di crisi.

Sintesi delle caratteristiche generali dei centri che trattano la dipendenza da cocaina

Addentrando sempre più nella dimensione pratica della questione, è necessario prendere in considerazione ulteriori informazioni utili alla strutturazione futura dei sistemi assistenziali. Tali informazioni derivano dalla disamina della letteratura esistente e dall'osservazione diretta del nostro gruppo di lavoro. Nella pratica clinica, al di là delle aspettative e delle indicazioni teoriche di indirizzo, si può rilevare che:

1. La maggior parte dei centri internazionali che forniscono trattamenti per la dipendenza da cocaina offrono anche contemporaneamente trattamento per altre dipendenze. Esistono rari centri specializzati solo sulla cocaina.
2. La maggioranza delle cliniche applica programmi personalizzati con un adattamento degli obiettivi alle



caratteristiche e ai bisogni del paziente.

3. La maggior parte delle offerte propone un trattamento di disintossicazione medica iniziale seguito da un approccio fondamentalmente di tipo psico-sociale, sotto forma di terapie di gruppo o individuali;
4. L'approccio psicologico più utilizzato, soprattutto nei paesi anglosassoni e americani, è quello cognitivo comportamentale, accompagnato da un supporto di gruppo, spesso attraverso le organizzazioni dei Narcotici Anonimi. Molto ridotto è, invece, l'utilizzo dell'approccio psicoanalitico applicato in modo isolato ed esclusivo.
5. I programmi ambulatoriali vengono attivati, soprattutto, per quelle persone che presentano una storia clinica meno grave e che hanno minori possibilità economiche e/o impossibilità di assentarsi dal lavoro per lunghi periodi di tempo, come sarebbe richiesto per la partecipazione a programmi residenziali.
6. La durata media dei programmi oscilla tra i 3 e i 6 mesi, con alta variabilità da organizzazione ad organizzazione ed in relazione alla storia individuale del paziente.
7. Un ruolo rilevante gioca la partecipazione da parte del paziente a gruppi di auto-aiuto post trattamento intensivo, che viene caldamente consigliata soprattutto dalle cliniche americane, al fine di ridurre le probabilità di recidiva e migliorare l'efficacia del trattamento nel lungo termine;
8. Gli ambienti di erogazione dei trattamenti sono fondamentalmente tre: ambulatoriale, residenziale e domiciliare (anche se non molto frequente), oppure è prevista una integrazione dei tre ambienti all'interno di un percorso terapeutico programmato in fasi successive. Esse vedono, in prima battuta, un trattamento intensivo di detossificazione ed antiastinenziale e successivamente cure semi-intensive per la riabilitazione e il rinforzo di comportamenti di sobrietà.
9. Nell'analisi fatta si ritrovano soprattutto organizzazioni operanti nel privato che, nelle loro offerte, enfatizzano molto gli aspetti relativi alla privacy del trattamento e degli ambienti di cura. Oltre alle classiche sessioni di terapia individuale e di gruppo, vengono proposte anche terapie complementari, quali: agopuntura auricolare, tecniche di rilassamento per la gestione dello stress e dell'ansia associati alla sospensione dell'assunzione della sostanza. Sebbene non ci sia ancora nessuna prova sull'efficacia di questi trattamenti, essi vengono comunque proposti poiché aumentano l'attrattività per i pazienti e spesso aumentano la ritenzione in trattamento.
10. In molti di questi centri si ritrovano programmi paralleli e coordinati per la detossificazione da alcol, dipendenza questa frequentemente associata a quella da cocaina.

Va ricordato, però, che le varianti tra i diversi paesi possono risentire sicuramente del tipo di Sistema Sanitario Nazionale esistente e di come l'assistenza sanitaria pubblica fornisca al cittadino risposte concrete e gratuite ai problemi correlati all'uso di cocaina e/o altre sostanze stupefacenti e alcoliche.

Accessibilità e permanenza in trattamento: l'importanza dell'anonimato

Uno dei problemi principali segnalati circa l'accessibilità ai servizi, soprattutto da parte dei soggetti integrati socialmente e che hanno un'occupazione, è la necessità di accedere a programmi che garantiscano la riservatezza tramite la non registrazione dei dati anagrafici in archivi che potrebbero essere facilmente consultati da varie persone all'interno del Sistema Sanitario. Dal momento che questa esigenza è molto sentita e condiziona l'accesso alle strutture sanitarie pubbliche, sarà necessario strutturare processi assistenziali fortemente orientati e predisposti ad assistere le persone in assenza di dati anagrafici e, cioè, in completo anonimato, cosa peraltro prevista esplicitamente dalla legislazione specifica per le tossicodipendenze.

Tipologie di trattamenti disponibili ed efficaci e correlazioni con gli assetti organizzativi e i processi assistenziali

Anche le diverse tipologie di trattamenti a disposizione possono influenzare l'organizzazione assistenziale da adottare. Le tipologie di terapia più utilizzate sono senz'altro quelle dei gruppi psicologici e dei gruppi di auto-aiuto utilizzate, soprattutto, negli Stati Uniti.

Da una sintetica disamina eseguita da alcuni autori, gli approcci più diffusi possono essere ricondotti ad

alcune principali macro-tipologie, distinguibili per il ricorso a diverse e specifiche modalità di trattamento dei problemi di dipendenza.

Tabella n. 1 - Principali tipologie di trattamenti per la dipendenza da cocaina.

Gruppi di supporto psicologico
<p>Gruppi di Self-Help dei 12 passi (Cocainomani Anonimi, Narcotici Anonimi, CDA) che, a partire dal primo modello di AA (fondato nel 1935 da due uomini, Bill Wilson, un agente di commercio, e il Dottor Bob, nel tentativo di aiutarsi a vicenda a smettere di bere), costituiscono il modello di Gruppo di Self-help più diffuso</p>
<p>Gruppi di Counseling sulle droghe (GDC), di durata definita, modello "professionale" più diffuso</p>
<p>Gruppi di matrice cognitivo-comportamentale, di durata definita, quali i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction) • Modelli di fase (di Banys e Washton) (4)
<p>Gruppi di matrice psicodinamica, senza limiti prefissati di tempo, quali i:</p> <ul style="list-style-type: none"> • MDGT (Terapia Dinamica modificata di gruppo) di E.J. Khantzian (5) • IGP (Gruppi di Terapia Interpersonale) di Rounsaville (6), ispirati al modello di psicoterapia interattiva di Gruppo di Yalom (7-8), meno diffusi.
Terapie farmacologiche
<p>Anticorpi anti-cocaina</p>
<p>Inibitori del "carrier" delle amine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analoghi della cocaina: RT1-55, GBR, -CIT, MC-N-5652, Benzotropine, Ifentropil, • Psicostimolanti: Methylphenidato, Bupropione, Mazindol • Antidepressivi: Imipramina, Desipramina, Nortriptilina, Fluoxetina, Paroxetina, Clomipramina
<p>Stimolatori del rilascio di amine:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DA -> Amantadina • 5-HT -> Fenfluramina • NE+DA+5-HT -> Dietilpropione, anfetamine
<p>MAO-inibitori</p>
<p>Revulsivanti: Disulfiram</p>
<p>Antagonisti dei recettori Dopaminergici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D2 Agonisti: Bromocriptina, Amantadina • D2 Antagonisti: Pergolide, Lisuride • D2+D1 Antagonisti: Flupentixolo • D2+D3 Antagonisti: Haloperidolo • D2+5-HT2a Antagonisti: Clozapina, Risperidone, Olanzapina



Altri Mediatori:

- GABA: Carbamazepina, Baclofen,
- Glutaminergico: Destrofan
- Oppiacei Antagonisti: Naltrexone
- Agonisti/Antagonisti: Buprenorfina
- K-antagonisti: U 50.488
- Ca-antagonisti: Nifedipina, Nimesipina

Approcci Psicosociali

Counseling:

- Individuale (IDC*)
- di Gruppo (GDC**)

Terapia Cognitivo-comportamentale (CT):

- Contingency Management Approach:
- Aversive Counting Conditioning (Hanker 1982; Elkins 1993)
- Rewarding (Higgins 1991, 1996) (9-10)
- Relapse Prevention
- Coping Skill Training (Monti 1989) (11)
- Motivational Enhancement (Miller 1985) (12)
- Cue Exposure ('O'Brien – Mc Lellan 1990) (13)
- Relapse Prevention Training
- CTAG (Gruppi di Terapia Cognitiva dell'Addiction)

Terapia psicodinamica:

- Supportivo Espressivo – SE (Luborsky 1984) (14)
- Interpersonale (Rounsaville 1985) (6)
- Dinamica di Gruppo (Khantzian 1990) (15)

Modelli Integrati:

- Community Reinforcement (Azrin 1976) (16)
- Neurobehavioral Model (Matrix/Washton) (17)

Trattamenti così variegati vengono erogati in ambienti ed in tempi diversi, condizionando l'esistenza di forti interdipendenze e quindi di forte integrazione dei processi assistenziali. Di conseguenza, è necessario prevedere processi ed assetti organizzativi che permettano una buona continuità ed integrazione tra le unità operative del sistema pubblico e del privato sociale accreditato ma anche del volontariato che, spesso, gestisce in maniera molto efficace questa problematica tramite gruppi di auto-aiuto.

Organizzazione sanitaria e fase clinica del paziente

Nel mettere a punto i sistemi e le organizzazioni sanitarie deputate all'assistenza dei pazienti con dipendenza da cocaina, è necessario tenere conto di diversi fattori oltre, ovviamente, agli aspetti sanitari ed ai rischi per la salute strettamente correlati all'uso di questa sostanza (gravità clinica). L'organizzazione sanitaria, intendendo con questo termine soprattutto l'organizzazione dell'offerta, dovrà considerare, infatti, la fase clinica in cui si trova il paziente e il grado e il tipo di motivazione che esprime nel voler intraprendere e mantenere un trattamento.

Tabella n. 2 - Principali fasi cliniche, caratteristiche e necessità derivanti.

Fase	Caratteristiche	Indicazioni organizzative per la strutturazione dell'offerta
1. Paziente in fase di iniziazione all'uso di sostanze	Soggetto che assume saltuariamente la sostanza, da breve tempo, in assenza di dipendenza. Di solito con ridotte problematiche sanitarie e bassa motivazione al cambiamento.	Ambiente: informale non sanitario, esterno. Accesso: semplificato, ricerca del contatto attivo. Interventi: informativo, motivazionale, riduzione del rischio. Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio.
2. Intossicazione acuta (overdose)	Consequente ad un sovradosaggio di assunzione della sostanza con gravi conseguenze sanitarie e pericolo di vita. In questa fase, se il paziente sopravvive, è possibile che la motivazione al cambiamento possa subire cambiamenti positivi in relazione al grave trauma subito. Il proporre percorsi di detossificazione e riabilitazione in questo momento potrebbe risultare utile e proficuo.	Ambiente: sanitario di assistenza intensiva, Ospedale. Accesso: urgente, non volontario. Interventi: ripristino ed assistenza funzioni vitali, proposta post trattamento intensivo di inserimento in trattamento per la dipendenza con accompagnamento attivo ai centri di cura. Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio.
3. Astinenza / Craving	Consequente a non assunzione della sostanza, desiderio/ricerca della sostanza accompagnata da sintomi psicofisici. Le condizioni di salute sono in relazione alla durata della tossicodipendenza. La motivazione al trattamento solitamente, anche se presente, non è intensa e duratura tale da portare all'intraprendere un trattamento. Il desiderio e la ricerca conseguente all'astinenza presentano un drive molto più forte della ricerca del cambiamento attraverso un trattamento che spesso ha bisogno di tempi, attese e sforzi molto più lunghi ed impegnativi di quelli necessari per procurarsi la droga.	Ambiente: sanitario di assistenza semintensiva, ambulatoriale o domiciliare o residenziale. Accesso: volontario, programmato. Interventi: sintomatico farmacologico e di supporto psicologico, proposta post-trattamento sintomatico di inserimento in trattamento per la dipendenza con accompagnamento attivo ai centri di cura. Operatori: medici e psicologi addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio
4. Intossicazione cronica con dipendenza:		
4.1 dipendenza con refrattarietà al trattamento (precontemplazione)	Presenza di addiction con indisponibilità al trattamento, negazione del problema e non percezione del rischio.	Ambiente: informale non sanitario, esterno. Accesso: semplificato, ricerca del contatto attivo. Interventi: informativo, motivazionale, Operatori: addestrati al counseling motivazionale e alla riduzione del rischio.
4.2 dipendenza con disponibilità attiva al trattamento (azione)	Presenza di addiction con disponibilità al trattamento, riconoscimento del problema e adeguata percezione del rischio.	Ambiente: informale non sanitario, esterno. Accesso: semplificato, in anonimato, ricerca del contatto attivo. Interventi: informativo, motivazionale, con accompagnamento/invio ai centri di cura. Operatori: addestrati al counseling motivazionale e all'accoglienza.



4.3 dipendenza in trattamento intensivo	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali protette o ospedaliere con un programma intensivo di cura.	Ambiente: sanitario, ospedaliero. Accesso: programmato, volontario. Interventi: disintossicazione, supporto psicologico. Operatori: medici e psicologi specialisti, personale di supporto addestrato.
4.4 dipendenza in trattamento semi intensivo stabilizzato	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali o ambulatoriali o di gruppo, che mantiene una buona adherence alle cure e ai controlli, con stabilizzazione del quadro clinico.	Ambiente: residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, gruppi. Accesso: programmato, volontario. Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento. Operatori: medici e psicologi specialisti, personale di supporto addestrato.
5. In dimissione	Soggetto in fase di terminazione del trattamento. Alto rischio di recidiva.	Ambiente: residenziale, semiresidenziale o ambulatoriale, gruppi. Accesso: programmato, volontario. Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento. Operatori: psicologi specialisti, personale di supporto addestrato.
6. Paziente in fase quiescente post trattamento (nel periodo dei 12 mesi post-dimissione)	Soggetto dimesso dal trattamento semi intensivo, in fase di reinserimento e riabilitazione, consolidamento della condizione drug free.	Ambiente: ambulatoriale, gruppi. Accesso: programmato, volontario. Interventi: riabilitazione, supporto psicologico e reinserimento. Operatori: psicologi specialisti, personale di supporto addestrato.
7. Paziente in recidiva	Paziente in fase di ricaduta con riassunzione (occasionale o continuativa) della sostanza. Importante la tempestività della risposta nel recuperare la ricaduta e riattivare un adeguato trattamento e supporto psicologico.	Ambiente: residenziale. Accesso: programmato, volontario. Interventi: sintomatico, supporto psicologico intensivo individuale e di gruppo. Operatori: medici, psicologi specialisti, personale di supporto addestrato.

Conclusioni

Il successo della risposta al problema cocaina nel nostro paese passa sicuramente attraverso la riorganizzazione dei sistemi aziendali e le programmazioni regionali coordinate sia a livello territoriale che nazionale. Va, quindi, sottolineata la necessità che tali sistemi siano coordinati ed integrati anche a livello nazionale. In altre parole, è necessario evitare che vi siano difformità tra Regione e Regione con politiche socio sanitarie disomogenee, se non addirittura contrapposte. Per quanto riguarda il livello aziendale, invece, la forma più idonea di organizzazione risulta essere una ulteriore specializzazione del Dipartimento delle Dipendenze nella sua forma strutturata.

Bibliografia

- Serpelloni G., Simeoni E., Ramazzo L., "Quality Management – Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze, Regione Veneto, 2002.
- GLADA, "An evidence base for the London crack cocaine strategy", A consultation document prepared for the Greater London Alcohol and Drug Alliance, April 2004.
- National Treatment Agency for Substance Misuse, 1st DRAFT, "Treating crack and cocaine misuse" A resource pack for treatment providers, Feb 2003.
- Washton, (1989), A. Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention. New York: W.W. Norton and Company.
- Khantzian E.J., Halliday K.S., Golden S., et al. (1992), Modified Group Therapy for Substance Abusers: a Psychodynamics Approach to Relapse Prevention, *American Journal on Addictions*, 1: 67-76.
- Rounsaville B.J., Gawin F.H., Kleber H.D. (1985), Interpersonal Psychotherapy adapted for ambulatory cocaine abusers, *Am J Drug Alcohol Abuse*, 11: 171-191.
- Yalom I.D. (1983), *Inpatient Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Yalom I.D. (1985), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, New York.
- Higgins S.T., Delaney D.D., Budney A.J., Bickel W.K., Huges J.R., Foerg F., Fenwick J.W. (1991), A behavioural approach to achieving initial cocaine abstinence, *Am J Psychiatry*, 148(9): 1218-1224.
- Higgins, E. T., & Kruglanski, A. W. (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. New York: Guilford, (1996).
- Monti P.M., Abrams D.B., Kadden R.M., Cooney N.L. (1989), *Treating Alcohol Dependence: A Coping Skills Training Guide in the Treatment of Alcoholism*. Guilford, New York.
- Miller, W. R., *Motivational Enhancement Therapy with Drug Abusers (1995) [A clinical research guide for therapists in applying Motivational Enhancement Therapy (MET) with drug abusers. This document is an adaptation and extension on the Project MATCH MET therapist manual]*.
- O'Brien C. P., Childress A. R., McLellan A. T. Conditioning factors may help to understand and prevent relapse in patients recovering from drug abuse. *NIDA Research Monograph*, USGPO, 1990.
- Luborsky L. (1984), *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive Treatment*. Basic Books, New York.
- Khantzian E.J., Halliday K., McAuliffe W.E. (1990), *Addiction and the Vulnerable Self*, Guilford, New York.
- Azrin N.H. (1976), Improvements in the Community-Reinforcement Approach to Alcoholism, *Behav Res Ther* 14(5): 339-348.
- Washton, A.M. (1997), Structured outpatient group treatment. In Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, J.G., eds. *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 3rd Ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, pp. 440-447.
- Il Dipartimento delle Dipendenze, Linee di indirizzo e orientamento, Roma 9 giugno 2003, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Palazzo Chigi. Documento metodologico redatto da G. Serpelloni (Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 Verona) e F. Zavattaro (Direttore dell' Executive Master In General Management in Sanità Pubblica- SDA- BOCCONI) su mandato regionale e DNPA.



Allegato 7



UNITED NATIONS
Office on Drugs and Crime

**GUIDA ALLA REALIZZAZIONE DI PROGRAMMI
DI FORMAZIONE SULLE ABILITÀ GENITORIALI NELLA
PREVENZIONE DELLA TOSSICODIPENDENZA, 2009**

Testo originale:

Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention

Scaricabile da www.dronet.org

Abstract

Le famiglie supportive sono essenziali per crescere bambini sani e ben inseriti dal punto di vista sociale, mentale e fisico, e per evitare problemi successivi durante l'adolescenza.

Gli sforzi affrontati da molti genitori per prendersi cura delle proprie famiglie comprendono il mantenimento di un equilibrio tra la vita familiare e quella lavorativa, il destreggiamento tra gli impegni economici, la garanzia di un adeguato sostegno, la dedizione di contatti sociali e di tempo alla famiglia affinché questa sia solida e rimanga unita.

Talvolta, però, i genitori si trovano ad affrontare problemi di tossicodipendenza in famiglia, che influiscono sulle loro abilità genitoriali. Fattori quali la mancanza di sicurezza, di fiducia e di calore nelle relazioni genitori-figli, la mancanza di una vita familiare strutturata, di una disciplina adeguata, di limiti sufficienti, possono mettere i bambini in una condizione di rischio per lo sviluppo di problemi comportamentali, di tossicodipendenza e/o di disturbi mentali successivi.

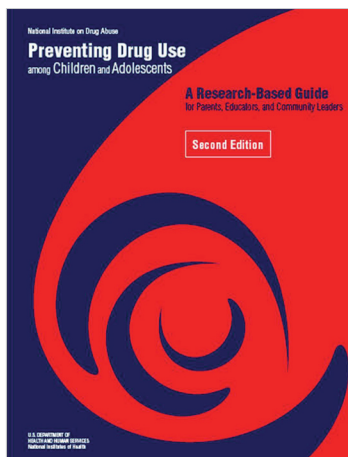
I programmi di formazione sulle abilità familiari si sono dimostrati efficaci nel prevenire molti di questi comportamenti rischiosi, compreso l'abuso di sostanze. Gli studi confermano che la formazione sulle abilità produce risultati migliori rispetto ai programmi che forniscono ai genitori soltanto semplici informazioni sulle sostanze e sui danni che possono causare alla salute. Ancora meglio, i programmi che includono la formazione di abilità per i genitori, i figli e le famiglie stesse, possono essere realizzati lungo un arco temporale che va dall'infanzia all'adolescenza e si sono rivelati efficaci nel modificare il funzionamento familiare e le pratiche genitoriali in modo durevole. Ciò consente di vivere in ambienti più sani e supportivi nei quali i bambini possono crescere e svilupparsi.

L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC), nell'ambito delle iniziative volte a promuovere pratiche di provata efficacia scientifica, ha avviato una revisione dei programmi di formazione sulle abilità familiari e della loro efficacia a livello mondiale. Il processo di revisione si è focalizzato su programmi universali indirizzati a tutti i genitori e alle famiglie, e su programmi selettivi rivolti a genitori e famiglie appartenenti a gruppi o comunità che, per la loro situazione socio-economica, risultano particolarmente a rischio di tossicodipendenza.

Questa guida è stata messa a punto sulla base della revisione di oltre 130 programmi di formazione sulle abilità familiari: si rivolge a tutte quelle strutture competenti per l'implementazione di tali interventi e intende fornire informazioni e indicazioni utili per l'attivazione e la realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali a livello di prevenzione universale e di prevenzione selettiva.



Allegato 8



PREVENIRE L'USO DI DROGHE TRA I BAMBINI E GLI ADOLESCENTI. UNA GUIDA PER GENITORI, EDUCATORI E AMMINISTRATORI BASATA SULLA RICERCA SCIENTIFICA. Seconda edizione - 2005

Testo originale:

Preventing drug use among children and adolescents: a research-based guide for parents, educators, and community leader. Second edition.

Scaricabile da www.dronet.org

Principi per la pianificazione della prevenzione

PRINCIPIO 1

I programmi di prevenzione dovrebbero accrescere i fattori di protezione ed eliminare o ridurre i fattori di rischio (Hawkins et al. 2000).

- Il rischio di diventare tossicodipendente dipende dal rapporto tra il numero e la tipologia dei fattori di rischio (es. atteggiamenti e comportamenti devianti) e il numero e la tipologia dei fattori di protezione (ad es. il sostegno genitoriale).
- L'impatto potenziale di determinati rischi e dei fattori protettivi cambia con l'età. Per esempio, su un bambino hanno un maggior impatto i fattori di rischio all'interno della famiglia, mentre, per un adolescente, un fattore di rischio più significativo potrebbe essere la frequentazione di ragazzi tossicodipendenti.
- Un intervento precoce sui fattori di rischio (ad es. su un comportamento aggressivo e su una scarsa capacità di autocontrollo) ha spesso un impatto maggiore rispetto ad un intervento successivo in quanto va a modificare il percorso di vita di un bambino allontanandolo dai problemi e indirizzandolo verso comportamenti positivi (Ialongo et al. 2001).
- Anche se i fattori di rischio e quelli di protezione possono riguardare persone di tutti i gruppi, possono avere un effetto differente a seconda dell'età, del genere, dell'etnia, della cultura e dell'ambiente.

PRINCIPIO 2

I programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di sostanze: dall'utilizzo di una sola sostanza a quello di più sostanze contemporaneamente; l'uso di droghe legali quali per es. l'alcool o il tabacco da parte di minorenni, l'uso di droghe illegali come per es. la marijuana o l'eroina; l'uso inappropriato di sostanze ottenute legalmente (per es. gli inalanti), i farmaci da prescrizione e i prodotti da banco (Johnston et al. 2002).

PRINCIPIO 3

I programmi di prevenzione dovrebbero adattarsi al problema d'abuso specifico della comunità locale, modificare i fattori di rischio e rafforzare i fattori di protezione identificati.

PRINCIPIO 4

I programmi di prevenzione, per accrescere la loro efficacia, dovrebbero considerare i fattori di rischio specifici e caratteristiche della popolazione quali l'età, il sesso e l'appartenenza etnica.

PRINCIPIO 5

I programmi di prevenzione dovrebbero favorire i legami e le relazioni familiari, includere l'insegnamento delle abilità genitoriali, promuovere lo sviluppo, la discussione, e l'applicazione delle regole, prevedere la formazione sui metodi educativi e l'informazione sulle droghe.

I legami famigliari sono il fondamento delle relazioni tra genitori e figli. Il legame può essere rafforzato attraverso percorsi di skill training o di appoggio ai genitori:

- Il controllo da parte dei genitori e la loro supervisione sono critici per la prevenzione dall'uso di droghe. Queste abilità possono essere migliorate con: training per la fissazione di regole famigliari, tecniche per supervisionare le attività dei figli, metodi per lodare i figli per i loro buoni comportamenti, una giusta disciplina che rafforzi le regole famigliari.
- L'educazione sulle droghe e l'informazione ai genitori rinforza ciò che i figli stanno apprendendo sugli effetti nocivi delle droghe e fornisce anche delle occasioni per discutere in famiglia circa l'uso di sostanze lecite ed illecite.
- Interventi brevi, centrati sulla famiglia, indirizzati alla popolazione generale possono modificare specifici comportamenti genitoriali in grado di ridurre il futuro rischio d'uso di sostanze nei figli.

PRINCIPIO 6

I programmi di prevenzione possono essere attuati in età prescolare intervenendo sui fattori di rischio per l'abuso di droghe quali: comportamento aggressivo, scarse abilità sociali, difficoltà di apprendimento (Webster-Stratton 1998, Webster-Stratton 2001).

PRINCIPIO 7

I programmi di prevenzione per le scuole elementari dovrebbero focalizzarsi sul miglioramento del rendimento scolastico e sull'apprendimento socio-emotivo per far fronte ai fattori di rischio per l'abuso di sostanze, quali l'aggressività precoce, scarsi risultati scolastici e l'abbandono scolastico. L'educazione deve vertere sulle seguenti abilità (Ialongo et al. 2001; Conduct Problems Prevention Work Group 2002):

- auto-controllo
- consapevolezza emotiva
- comunicazione
- problem-solving
- supporto scolastico, specialmente nella lettura

PRINCIPIO 8

I programmi di prevenzione per la scuola media e superiore dovrebbero accrescere le competenze scolastiche e sociali con le seguenti abilità (Botvin et al. 1995, Scheier et al. 1999):

- abitudini di studio e supporto scolastico
- comunicazione
- assertività
- capacità di resistenza all'uso di droghe
- rinforzo di atteggiamenti anti-droga
- rafforzamento dell'impegno personale contro l'uso di droghe

PRINCIPIO 9

I programmi di prevenzione rivolti alla popolazione generale, in momenti di transizione cruciali come il passaggio alla scuola media possono produrre effetti benefici, persino tra le famiglie e i figli ad alto rischio. Tali interventi non selezionano le popolazioni a rischio ma promuovono il legame con la scuola e la comunità (Botvin et al. 1995, Dishion et al. 2002).

PRINCIPIO 10

L'associazione di due o più programmi di prevenzione, per es. quello basato sulla famiglia e quello sulla scuola, risulta essere più efficace di un singolo programma (Battistich et al. 1997).

PRINCIPIO 11

I programmi di prevenzione per la comunità destinati a raggiungere più ambienti, per es. le scuole, le associazioni, i media, risultano essere più efficaci se i messaggi, in ciascun ambiente, sono coerenti tra di loro e indirizzati alla comunità (Chou et al. 1998).

*PRINCIPIO 12*

Se le comunità adeguano i programmi ai bisogni, alle regole, alle diverse culture, dovrebbero mantenere gli elementi essenziali dell'intervento originale basato sulla ricerca che includono:

- struttura (come il programma è organizzato e costruito)
- contenuto (informazioni, abilità e strategie del programma)
- consegna (come il programma viene adattato, implementato, valutato)

PRINCIPIO 13

I programmi per la prevenzione dovrebbero essere a lungo termine, con interventi ripetuti (per es. programmi di richiamo) per rinforzare gli obiettivi di prevenzione originari. Gli studi dimostrano che i benefici derivanti dai programmi di prevenzione per la scuola media diminuiscono se vengono meno i programmi di follow-up nella scuola superiore (Scheier et al. 1999).

PRINCIPIO 14

I programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti sulle norme per una buona gestione della classe, per es. come premiare i comportamenti adeguati dello studente. Tali tecniche aiutano ad incoraggiare il comportamento positivo degli studenti, la motivazione allo studio, il rendimento ed il legame con la scuola (Ialongo et al. 2001).

PRINCIPIO 15

I programmi di prevenzione risultano molto efficaci quando utilizzano tecniche interattive, quali per es. discussioni di gruppo, situazioni di role-play nelle quali i ragazzi interpretano il ruolo dei genitori, che consentono il coinvolgimento attivo nell'apprendimento sull'abuso di droghe e rafforzano le capacità (Botvin et al. 1995).

PRINCIPIO 16

I programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere economicamente vantaggiosi. Recenti studi americani dimostrano infatti, come ogni dollaro investito nella prevenzione corrisponda a un risparmio fino a 10 dollari per il trattamento d'abuso di alcool e di altre sostanze (Penta 1998, Hawkins 1999, Aos et al, 2001, Spoth et al. 2002).

Bibliografia

- Aos, S.; Phipps, P.; Barnoski, R.; and Lieb, R. The Comparative Costs and Benefits of Programs to Reduce Crime. Volume 4 (1-05-1201). Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy, May 2001.
- Ashery, R.S.; Robertson, E.B.; and Kumpfer K.L., eds. Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998.
- Battistich, V.; Solomon, D.; Watson, M.; and Schaps, E. Caring school communities. *Educational Psychologist* 32(3):137–151, 1997.
- Bauman, K.E.; Foshee, V.A.; Ennett, S.T.; Pemberton, M.; Hicks, K.A.; King, T.S.; and Koch, G.G. The influence of a family program on adolescent tobacco and alcohol. *American Journal of Public Health* 91(4):604–610, 2001.
- Beauvais, F.; Chavez, E.; Oetting, E.; Deffenbacher, J.; and Cornell, G. Drug use, violence, and victimization among White American, Mexican American, and American Indian dropouts, students with academic problems, and students in good academic standing. *Journal of Counseling Psychology* 43:292–299, 1996.
- Botvin, G.; Baker, E.; Dusenbury, L.; Botvin, E.; and Diaz, T. Long-term follow-up results of a randomized drug-abuse prevention trial in a white middle class population. *Journal of the American Medical Association* 273:1106–1112, 1995.
- Chou, C.; Montgomery, S.; Pentz, M.; Rohrbach, L.; Johnson, C.; Flay, B.; and Mackinnon, D. Effects of a community-based prevention program in decreasing drug use in high-risk adolescents. *American Journal of Public Health* 88:944–948, 1998.
- Conduct Problems Prevention Research Group. Predictor variables associated with positive Fast Track outcomes at the end of third grade. *Journal of Abnormal Child Psychology* 30(1):37–52, 2002.
- Dishion, T.; McCord, J.; and Poulin, F. When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist* 54:755–764, 1999.
- Dishion, T.; Kavanagh, K.; Schneiger, A.K.J.; Nelson, S.; and Kaufman, N. Preventing early adolescent substance use: A family centered strategy for the public middle school. *Prevention Science* 3(3):191–202, 2002.
- Gerstein, D.R. and Green, L.W., eds. Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington, DC: National Academy Press, 1993.
- Hansen, W.B.; Giles, S.M.; and Fearnow-Kenney, M.D. Improving Prevention Effectiveness. Greensboro, NC: Tanglewood Research, 2000.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; Kosterman, R.; Abbott, R.; and Hill, K.G. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 153:226–234, 1999.
- Hawkins, J.D.; Catalano, R.F.; and Arthur, M. Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors* 90(5):1–26, 2002.
- Ialongo, N.; Poduska, J.; Werthamer, L.; and Kellam, S. The distal impact of two first-grade preventive interventions on conduct problems and disorder in early adolescence. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 9:146–160, 2001.
- 16 Johnston, L.D.; O'Malley, P.M.; and Bachman, J.G. Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975–2002. Volume 1: Secondary School Students. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2002.
- Kosterman, R.; Hawkins, J.D.; Spoth, R.; Haggerty, K.P.; and Zhu, K. Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions: Proximal outcomes from Preparing for the Drug Free Years. *Journal of Community Psychology* 25(4):337–352, 1997.
- Kosterman, R.; Hawkins, J.D.; Haggerty, K.P.; Spoth, R.; and Redmond, C. Preparing for the Drug Free Years: Session-specific effects of a universal parent-training intervention with rural families. *Journal of Drug Education* 31(1):47–68, 2001.



Kumpfer, K.L.; Olds, D.L.; Alexander, J.F.; Zucker, R.A.; and Gary, L.E. Family etiology of youth problems. In: Ashery, R.S.; Robertson, E.B.; and Kumpfer K.L.; eds. *Drug Abuse Prevention Through Family Interventions*. NIDA Research Monograph No. 177. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 42–77, 1998.

Moon, D.; Hecht, M.; Jackson, K.; and Spellers, R. Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse* 34(8):1059–1083, 1999.

Oetting, E.; Edwards, R.; Kelly, K.; and Beauvais, F. Risk and protective factors for drug use among rural American youth. In: Robertson, E.B.; Sloboda, Z.; Boyd, G.M.; Beatty, L.; and Kozel, N.J., eds. *Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*. NIDA Research Monograph No. 168. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 90–130, 1997.

Palmgreen, P.; Donohew, L.; Lorch, E.P.; Hoyle, R.H.; and Stephenson, M.T. Television campaigns and adolescent marijuana use: Tests of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health* 91(2):292–296, 2001.

Pentz, M. A. Costs, benefits, and cost-effectiveness of comprehensive drug abuse prevention. In: Bukoski, W.J., and Evans, R.I., eds. *Cost-Benefit/Cost-Effectiveness Research of Drug Abuse Prevention: Implications for Programming and Policy*. NIDA Research Monograph No. 176. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, pp. 111–129, 1998.

Plested, B.; Smitham, D.; Jumper-Thurman, P.; Oetting, E., and Edwards, R. Readiness for drug use prevention in rural minority communities. *Substance Use And Misuse* 34(4 and 5):521–544, 1999.

Scheier, L.; Botvin, G.; Diaz, T.; and Griffin, K. Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education* 29(3):251–278, 1999.

Spoth, R.; Guyull, M.; and Day, S. Universal family-focused interventions in alcohol-use disorder prevention: Cost effectiveness and cost-benefit analyses of two interventions. *Journal of Studies on Alcohol* 63:219–228, 2002.

Spoth, R.L.; Redmond, D.; Trudeau, L.; and Shin, C. Longitudinal substance initiation outcomes for a universal preventive intervention combining family and school programs. *Psychology of Addictive Behaviors* 16(2):129–134, 2002.

Thornton, T.N., et al., eds. *Best Practices of Youth Violence Prevention: A Sourcebook for Community Action*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, September 2000.

U.S. Department of Education, Office of Special Education Research and Improvement, Office of Reform Assistance and Dissemination. *Safe, Disciplined, and Drug-Free Schools Programs*. Washington, DC, 2001.

Webster-Stratton, C. Preventing conduct problems in Head Start children: Strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 66:715–730, 1998.

Webster-Stratton, C.; Reid, J.; and Hammond, M. Preventing conduct problems, promoting social competence: A parent and teacher training partnership in Head Start. *Journal of Clinical Child Psychology* 30:282–302, 2001.

Wills, T.; McNamara, G.; Vaccaro, D.; and Hirky, A. Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology* 105:166–180, 1996.



Allegato 9



MERCER D.E., WOODY G.E.
IL COUNSELING INDIVIDUALE NELLA DIPENDENZA.
UNA GUIDA PER IL TRATTAMENTO INDIVIDUALE DELLA
DIPENDENZA DA COCAINA ATTRAVERSO
IL COUNSELING, 1999

Testo originale:

Individual drug counseling. Therapy manuals for drug addiction.

Scaricabile da www.dronet.org

Abstract

Questo manuale tecnico realizzato dal National Institute on Drug Abuse americano sull'approccio del counseling nel trattamento della dipendenza da cocaina, descrive le terapie più efficaci e scientificamente supportate dell'approccio cognitivo comportamentale per il trattamento individuale del cocainismo. Questo manuale, quindi, vuole essere una guida per i counselor delle dipendenze per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina.

Il modello di counseling qui descritto è stato sviluppato originariamente per l'utilizzo che ne viene fatto all'interno del "Collaborative Cocaine treatment Study" (Mercer and Woody 1992) sponsorizzato dal National Institute on Drug Abuse. Tale modello nasce come trattamento ambulatoriale di pazienti in programma drug free e in programma di trattamento metadonico (Woody et al. 1977). Nel manuale sono presenti anche contributi di clinici e teorici come Alan Marlatt, Terrene Gorski, Dennis Daley e Arnold Washton.

Questo modello di counseling individuale può essere considerato come una componente di un più vasto programma di trattamento ambulatoriale per la dipendenza da cocaina. Può essere offerto indipendentemente dagli altri trattamenti ed essere punto di riferimento per altri tipi di intervento, a seconda dei casi.

Il drug counseling individuale si focalizza sui sintomi della dipendenza e sulle relative aree disfunzionali del comportamento, oltre che sul contenuto e sulla struttura del programma terapeutico in atto. Questo modello di counseling prevede una revisione periodica del percorso che il soggetto ha intrapreso, enfatizza i cambiamenti comportamentali e fornisce al paziente delle strategie di gestione dei problemi e degli strumenti per la guarigione, promuove la filosofia dei 12 passi e la partecipazione ai gruppi.

L'obiettivo primario è quello di assistere il paziente nel raggiungere e mantenere l'astinenza da sostanze stupefacenti e da comportamenti di dipendenza. L'obiettivo secondario, invece, è quello di aiutare il paziente a riprendersi dai danni che la dipendenza ha prodotto nella sua vita, a mantenere l'astinenza e a sviluppare le competenze psicosociali e lo sviluppo spirituale necessari per proseguire il percorso verso la guarigione, rendendolo il vero artefice del proprio cambiamento.

Al fine di favorire la diffusione dei contenuti di questo testo si è ritenuto utile curarne la traduzione in lingua italiana, affinché gli operatori e i professionisti che operano nell'ambito delle tossicodipendenze possano disporre di linee guida internazionali basate sulla ricerca scientifica per procedere al meglio nel proprio lavoro.

