

33. Indicazioni strategiche di prevenzione

Serpelloni Giovanni ¹, Bonci Antonello ², Rimondo Claudia ³

¹ Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

² National Institute On Drug Abuse

³ Sistema Nazionale di Allerta Precoce - Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

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

Scarsità
di prove
di efficacia



sostanze o sul prolungamento del periodo di non uso tra i giovani. Di seguito si riportano i principali aspetti di alcuni degli studi considerati.

Icelandic
model

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.

Positive Youth
Development

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.

Towards No
Drug Use

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 1.578 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.

Eu-Dap

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 sarebbe 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.

Meta-analisi

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.

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 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:

Elementi di efficacia

- 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 raccomandazio-

Prevenzione universale



ni 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 selettiva

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.

Selezionare i contesti e i gruppi a rischio

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:

- 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: genere maschile (in particolare per consumo di sostanze considerate socialmente meno accettabili), 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.

Prevenzione indicata

La *prevenzione indicata*, infine, si rivolge e sviluppa il suo intervento a favore di persone ad alto rischio di malattia, che hanno già sperimentato sostan-

ze 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.

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.)

Tipicamente questo approccio nei setting scolastici include diverse componenti dell'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.

Approcci
multicomponenti

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.

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.

Gli approcci
Community based:
lavorare con la
comunità locale

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



Percorso
preventivo
educativo
precoce

Non serve sempre parlare esplicitamente di cocaina o 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. In particolare nella prima infanzia (4-10 anni) i contenuti informativi dei progetti di prevenzione dovrebbero riguardare la corretta alimentazione. In seguito, occorrerebbe centrarsi sul consumo di alcol e tabacco e, quindi, sull’uso di sostanze illecite.

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 esaurienti 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 discendenti 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

Ogni società ha un insieme di valori, credenze, e costumi, che ritiene determinante trasmettere alle nuove generazioni. Le società più statiche ripropongono nel tempo gli stessi modelli; quelle più instabili, o dinamiche, registrano, tra una generazione e l'altra, grandi o piccole modificazioni.

In particolare, nei giovani adolescenti, una forte influenza viene determinata dal gruppo dei pari che riveste una grande importanza nel processo di crescita degli individui, una sorta di palestra per imparare a divenire adulti. Nel momento in cui gli adolescenti avvertono il giusto bisogno di prendere le distanze dalla famiglia e dalla scuola per cercare una propria dimensione individuale più autonoma, il gruppo offre accoglienza, protezione e riconoscimento per la nuova identità che essi vanno formando. Il gruppo è un luogo in cui coltivare la crescita, l'innovazione e la critica alle gerarchie e alla rigidità del mondo degli adulti. Non sempre però la trasgressione e la contestazione si orientano in modo creativo: talvolta queste prendono strade distruttive, come nel caso di certe forme di contestazione che sconfinano nella violenza e nel teppismo o nell'uso e abuso di sostanze tossiche (fumo, alcool, droghe).

Comunità:
l'importanza del
gruppo dei pari

Le tre agenzie educative, che per secoli hanno presieduto l'educazione dei giovani individui, stanno purtroppo perdendo il loro primato e, di fatto, già da qualche tempo sono state affiancate da un'altra tipologia di agenzie educative: quella "virtuale". Per agenzie educative "virtuali" intendiamo quelle agenzie educative che agiscono principalmente attraverso canali di comu-

Nuove agenzie educative
"virtuali"



nicazione che non sono controllabili e i cui messaggi, quindi, di qualunque tipo essi siano, possono giungere agli adolescenti senza alcun controllo né filtro da parte degli adulti, esercitando su di essi una forte influenza dal punto di visto formativo ed educativo. Ci si riferisce a canali quali:

- Internet;
- la TV e i media – programmi televisivi, reality show, tresh show, ecc., telefonia mobile;
- la pubblicità;
- il mondo dello spettacolo: cinema, musica e spettacolo che promuovono l'uso di droghe e alcol.

Il relazionarsi attraverso questi canali con cantanti, divi, sportivi, operatori dello spettacolo, stili di vita raccontati nei film, ecc. ha attribuito ai media e al mondo della comunicazione virtuale un prestigio ed un'autorevolezza maggiori di quello che potevano avere in passato i genitori, gli insegnanti, i leader delle comunità.

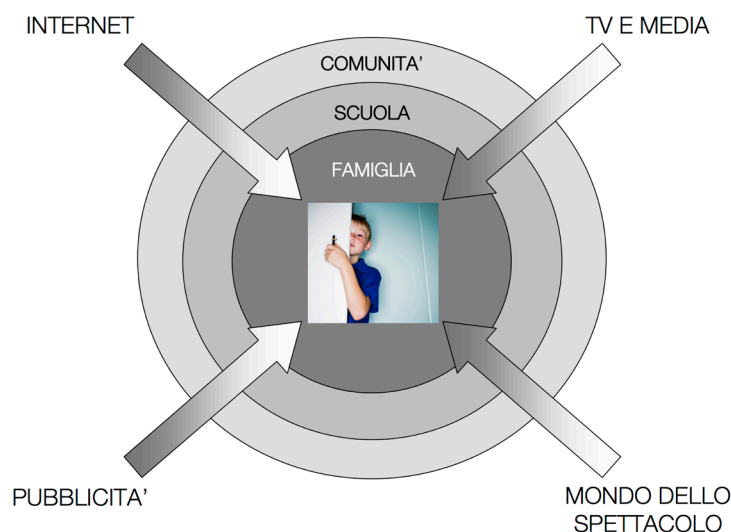
Pertanto, le relazioni educative sono depotenziate, gli esempi di vita sono mediati dai mezzi di comunicazione di massa e le affermazioni "l'ha detto la tv", "sta scritto sul giornale" o "lo fa anche il tale divo dello spettacolo" hanno assunto un valore di verità ed imitazione.

Coinvolgimento delle agenzie educative

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.

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 3 - Agenzie educative tradizionali e le nuove agenzie educative “virtuali”.

Chiarito quanto sopra, 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. Nella fattispecie, tali elementi sono (Tabella 3):

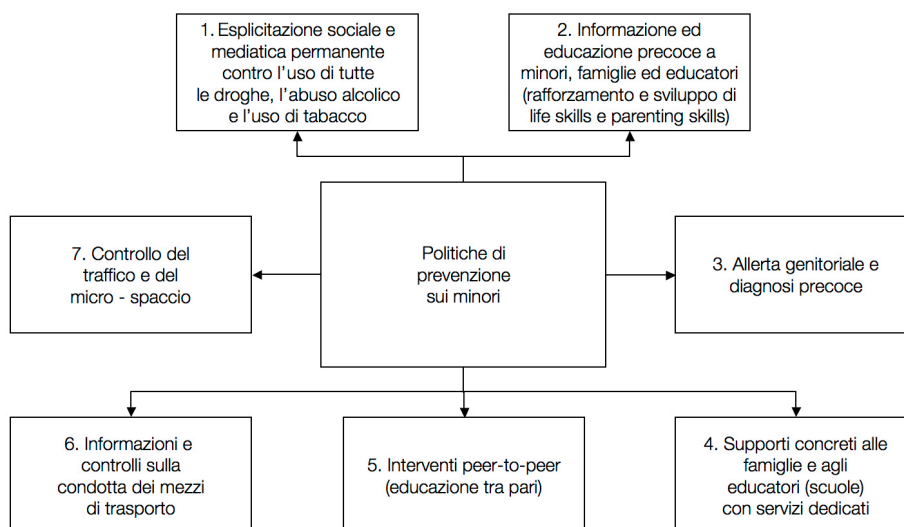
Figura 4 - Principali elementi costituenti le politiche di prevenzione rivolte ai minori.



Tabella 3 - 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 proiettate nel futuro come 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 skill 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 e 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 skill.



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.

33.1 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 famigliari 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.

Comportamento
prevalente: non
uso di sostanze

Va evidenziato che la maggior parte degli adolescenti non usa droghe e, nella fattispecie, non consuma cocaina. Pertanto, l’idea che è opportuno trasmet-

tere 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.

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

No ad immagini
promozionali

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 ac-

Uso illecito e
credibilità



quisire 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.

Indicazioni di orientamento ai servizi

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.

Caratteristiche dei messaggi

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 messaggio 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.

B. I target

Distinti target, distinti messaggi

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 33.4). 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).

Vulnerabilità ai 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.

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

Prevenzione sensibile alle differenze di genere



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.

C. Valutazione ex-ante ed ex-post

Sondaggi

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.

D. Mezzi di comunicazione ed influenza sociale

Mezzi di comunicazione e minori

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.

Scorretto uso dei mezzi di comunicazione

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 trans-dissociative, sintomi psicotici e crisi di

astinenza quando l'accesso al computer viene interdetto.

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 (<http://edu.dronet.org/>) 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 33.6).
- 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 33.6).

33.2 Coinvolgimento diretto dei ragazzi 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.

Comunicazione
"peer to peer"

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.

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

33.3 Coinvolgimento del mondo dello spettacolo

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.

Al contrario, per molti giovani può essere molto attraente l'atteggiamento trasgressivo di alcuni artisti. Tuttavia, senza voler giudicare la matrice compor-

Testimonial
contro
l'uso di droghe



I messaggi

tamentale talvolta espressa da questi ultimi, è necessario che artisti e persone dello 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!".

Coinvolgimento dei mezzi di comunicazione

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 autocoscienza 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.

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

A. Ruolo della famiglia

Approcci educativi: il ruolo fondamentale dei genitori

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 influen-

zato 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.

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.

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 auto-

Inibizione e
attivazione

La possibile
tolleranza
in genitori
ed insegnanti



mo 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. 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 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.

Capacità genitoriali

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.

Parent training

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.

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 conse-

cutive. 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 skill, 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 skill 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 auto-protettivi 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.

Life skill

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



Life skill training

I programmi di life skill training si basano sull'insegnamento di abilità generali legate ai temi della salute e del benessere e 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 per promuovere buone relazioni sociali. Il training, per essere efficace, 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.

Insegnamento delle life skill

Proprio perché le life skill 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 skill 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 skill education.

Programmi di influenza sociale (CSI)

In ambito scolastico, gli studenti che partecipano a programmi di potenziamento delle life skill 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.

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.

Il senso di appartenenza e drop-out scolastico

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.

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 interventi di prevenzione nelle scuole è la massiccia presenza di stranieri nel nostro Paese, e quindi anche tra i banchi di scuola, caratterizzata da diverse sottopopolazioni (si tenga presente la multi etnicità del fenomeno migratorio 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:

- 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 ci affermano che:

- uno dei fattori principali da considerare nella progettazione di un inter-

Le evidenze



vento 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 quale 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.

Interventi
maggiormente
efficaci

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

- 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.

Centri di
Informazione e
Consulenza: dalla
terapia alla
pratica

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 33.1, 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 4).

Il sito <http://edu.dronet.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 le campagne di comunicazione 2008, 2009 e



2010 promosse dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Tabella 4 - Indirizzi dei siti governativi e loro contenuto.

Indirizzo	Contenuto
http://edu.dronet.org/	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 poter 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.
www.droganograzie.it	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.
www.dronet.org	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.
www.droganews.it	Il portale propone diversi contenitori tematici che ospitano una raccolta di notizie selezionate, tradotte e inserite dai redattori del sito e relative ad aspetti come la prevenzione, la farmacologia, gli aspetti psico-socio-educativi, l'epidemiologia, le neuroscienze. Altri contenitori raccolgono le segnalazioni relative alle più recenti pubblicazioni in ambito epidemiologico, normativo, di controllo del traffico e dello spaccio, la newsletter mensile.
www.politicheantidroga.it	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 le campagne di comunicazione 2008, 2009 e 2010 con spot radio e tv, manifesti e opuscoli delle campagne sugli effetti negativi per la salute derivanti dall'uso di sostanze psicoattive.

33.5 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
prima dei 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 trime-

Drug test come
accertamento
sanitario
preventivo
professionale



strale 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 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 33.5), 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.

Riservatezza e professionalità

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.

Counseling

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.

Consenso del minore

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, al contrario, 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.

Prevenzione a domicilio

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 Medici Medicina Generale e l'organizzazione di servizi domiciliari di testing che prevedano la disponibilità di perso-

nale sanitario specializzato a recarsi presso il domicilio di quelle famiglie che preferiscono effettuare il test tra le mura di casa propria.

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 dall'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.

Supporto alla famiglia

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 minorenne 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.

Precauzioni sulle
modalità di
relazione

Per questa ragione, più che imporre con la forza modelli di comportamento ritenuti corretti, i genitori, e gli educatori in senso lato, dovrebbero utilizzare 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 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", "in fondo non c'è niente di male se ci divertiamo un po' nel fine settimana con qualche spinello". La raccomandazione semplice e chiara 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 grande 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.

Affidamento del drug test

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.

La disponibilità del ragazzo a sottoporsi ai controlli dei genitori sarà accompagnata, come "contropartita", 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, si è osservato che 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"

TRACCIA PER POSSIBILI ORIENTAMENTI AI GENITORI IN SEGUITO AD ESITO POSITIVO DEL TEST DEL FIGLIO MINORENNE (Tab. 5a)

Libertà di movimento	Gestione del denaro	Gruppo di amici	Divertimenti	Affettività e attività sessuale regole	Controlli di assunzione di sostanze	Orari di entrata e uscita
<p>Si condizionato da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rispetto dei doveri ▪ degli orari ▪ con chi è ▪ dove ▪ per fare cosa ▪ mezzo di trasporto ▪ possibile accertamento con test al ritorno 	<p>Somme assegnate per soddisfare necessità personali (bisogni secondari) differenziate per fasce d'età (fabbisogno settimanale in pre-adolescenza e mensile in adolescenza)</p> <p>Gestione delle entrate fornite da altri parenti tramite i genitori;</p> <p>Gestione delle somme autoguaragnate con lavori saltuari controllata dai genitori;</p> <p>Spese preventivate con i genitori;</p> <p>Conservazione ed accesso al denaro mediato dai genitori.</p>	<p>Frequentazione consigliata di coetanei;</p> <p>Meglio se gli amici sono conosciuti dai genitori;</p> <p>Favorire l'accesso degli amici a casa e favorire la conoscenza reciproca;</p> <p>Favorire le relazioni amicali all'interno degli ambienti del tempo libero e scolastico frequentati dai figli.</p>	<p>Selezione dei luoghi di ritrovo (discoteche, locali notturni, ecc.);</p> <p>Proposta di forme di divertimenti con la partecipazione di educatori per incentivare la relazione, la creatività, l'attività fisica, il teatro, ecc.</p>	<p>Riconoscimento ed interpretazione delle emozioni, dei rituali di relazione e dei gesti;</p> <p>Verificare le informazioni di educazione sessuale;</p> <p>Controllo dell'accesso alla pornografia, ai rapporti sessuali di coppia :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ rapporti protetti; ▪ rapporti all'interno di una situazione affettiva e di rispetto reciproco; ▪ il più tardi possibile; ▪ consapevolezza; ▪ saper dire di no o di sì al momento giusto. 	<p>Casuali/random - minimo ogni 3 o 4 mesi;</p> <p>Gestiti in ambito sanitario sempre con counselling e consenso informato dell'interessato;</p> <p>Finalità diagnostici precoci per ridurre mortalità e invalidità (temporanea e/o permanente).</p>	<p>Buona norma del rientro;</p> <p>Orari prefissati secondo l'età – consigliati ma variabili in base alle caratteristiche del ragazzo e dell'ambiente:</p> <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 <p>Uscita "gestita" in collaborazione anche con altri genitori.</p>

TRACCIA PER POSSIBILI ORIENTAMENTI AI GENITORI IN SEGUITO AD ESITO POSITIVO DEL TEST DEL FIGLIO MINORENNE (Tab. 5b)

Limitazioni	Uso di sostanze	Rapporti con altri genitori	Compiti/Doveri	Sincerità Onestà	Rispetto	Vigilanza e controllo
<ul style="list-style-type: none"> Libertà di movimento; Uso del cellulare; Uso della play station; Libertà nel tempo libero; 	<ul style="list-style-type: none"> Alcoli: NO se <18 anni; Tabacco:NO Droghe: NO Farmaci: solo su prescrizione medica 	<ul style="list-style-type: none"> Avvisare i genitori del rischio droga o abuso alcolico presente nel gruppo dei figli; Rompere l'omertà; Attivare relazioni dirette finalizzate a formazione/ sostegno sulle possibili reazioni improprie di alcuni adulti; • Possibilità di comunicazione differita tramite operatori sanitari (vedi parents' notification) 	<ul style="list-style-type: none"> Rispetto orario scolastico; Rendimento sufficiente; Collaborazione ai compiti domestici; Ordine e pulizia della propria stanza; Cura di sé (mantenimento/ regolarità del ciclo sveglia-sonno, mangiare correttamente e nel rispetto degli orari e dei rituali famigliari) Rispetto degli altri 	<ul style="list-style-type: none"> Explicitare che la sincerità e l'onestà sono i valori che stanno alla base del rapporto genitori – figli; 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" 	<ul style="list-style-type: none"> "Se vuoi rispetto dai rispetto"; L'essere leali è la prima forma di rispetto; La mancanza di rispetto verso i fratelli o i genitori non può essere tollerata; Il rispetto va mantenuto e preteso anche nelle parole e nel linguaggio utilizzato: non è solo una questione semantica; I genitori devono essere i primi a rispettare i propri figli mostrando interesse e attenzione ai loro problemi (reciprocità). 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagnamento del figlio nei luoghi di divertimento e sportivi; Selezionare attentamente i luoghi del divertimento; Conoscere gli amici e le frequentazioni dei figli minori. Ricordare responsabilità dei genitori anche con risvolti penali per mancato controllo e vigilanza;



33.6 Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori

A. Programmi di allerta genitoriale

Allerta e
responsabilizzazione
dei genitori

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 farlo.

Il principio
di cautela

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 famigliari, 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 famigliari 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.

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”.

“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.

Attività
scientificamente
orientata

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.

Modalità per la
comunicazione

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 rispettose anche delle singole tradizioni e culture originarie.



Anonimato

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 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.

Counseling

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.

Reazioni dei genitori contattati

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:

- 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'accredimento.

Accreditamento dei
servizi

C. Terapia familiare

Il coinvolgimento dei genitori potrà avvenire anche attraverso forme di terapia familiare cui affiancare le consuete terapie cognitivo-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.

Comunicazione tra
genitori e figli

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

La terapia in ambito extrafamigliare, 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 famigliare e sulle pratiche genitoriali conducono ad un significativo miglioramento nei problemi droga-correlati nei giovani.

33.7 Servizi o fasce orarie dedicate ai minori

Servizi dedicati

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.

Consultori

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 famigliare, 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.

Terapie

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.

Al fine di facilitare quanto più possibile l'avvicinamento di una persona consumatrice di cocaina, soprattutto se minorenni, 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

33.8 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

33.9 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.

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).

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

Accertamenti
clinico-tossicologici

Esame obiettivo e
strumentale

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

33.10 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

Repressione e
contrasto



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.

B. Traffico illecito negli ambienti scolastici

Controllo
e scuole

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.

Interventi coordinati

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.

Vigilanza preventiva

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.

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.

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 33.4).

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.

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 "Incolmunità 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

Partecipazione attiva

F. Unità operative territoriali e Sistema Nazionale di Allerta

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.

33.11 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 6). 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 6 - 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: <ul 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: <ul 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	<ul 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	<ul 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)	<ul style="list-style-type: none">a. N. di portali tematici su droga e alcol attivatib. N. degli accessi ai portali tematici attivatic. N. di C.I.C. attivi e funzionantid. N. di programmi di life skill 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 skill (%) (N. scuole che hanno accettato di attuare programmi di life skill sul N. totale delle scuole esistenti)f. Tasso di attuazione dei programmi di life skill (%) (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 skill (%) (N. di scuole che hanno attuato il programma sul N. totale di scuole esistenti)h. N. di programmi di parent training attivatii. N. di genitori coinvolti sul N. totale dei genitori coinvolgibili nei programmi di parent trainingg. N. di insegnanti coinvolti sul N. totale degli insegnanti coinvolgibili nei programmi di parent training
5. Allerta precoce e responsabilizzazione dei genitori	<ul style="list-style-type: none">a. N. di genitori che hanno acconsentito ad attivare l'allerta (tasso di adesione al programma)b. N. di allerte attivatec. N. di genitori allertatid. N. di soggetti testati a seguito dell'allerta e risultati positivi al drug test sul N. totale dei soggetti testati a seguito dell'allertae. N. di terapie famigliari effettuate per soggetto risultato positivo al drug testf. assunzione di sostanze a 3, 6, 12 mesi
6. Diagnosi precoce e supporto alle famiglie	<ul style="list-style-type: none">a. N. drug test eseguiti per fascia d'età (10-12/13-15/16-18)b. N. drug test eseguiti a domicilioc. N. soggetti che hanno rifiutato il drug testd. N. soggetti risultati positivi al drug teste. N. soggetti risultati negativi al drug test
7. Servizi o fasce orarie dedicate ai minori	<ul style="list-style-type: none">a. N. strutture che predispongono servizi dedicati ai minorib. N. soggetti che si rivolgono ai consultoric. 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	<ul style="list-style-type: none">a. N. smart shop controllati sul N. totale degli smart shop nel territoriob. 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

- 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: àpproccio 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 centered 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&languageISO=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/FinalReport2.pdf
 - Fabbri L., Rossi B., La costruzione della competenza interculturale, Guerini a 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, Liau 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-sntdrugstrategy.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 all. 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 AIDS1994;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. 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 (ESPA).
- 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. Coivering activities inn 2008, Vienna 2009.
- UNODC, Drug abuse prevention among youth from ethnic and indigenous minorities, 2005 Vienna.
- 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., Cocaina 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 epatiti 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.



Sitografia

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